



Mapeamento dos termos da linguagem de enfermagem na doença de Parkinson

Mapping nursing language terms of Parkinson's disease

Mapeo de los términos del lenguaje de enfermería en la enfermedad de Parkinson

Michelle Hyczy de Siqueira Tosin¹, Débora Moraes Campos¹, Luciana Blanco², Rosimere Ferreira Santana³, Beatriz Guitton Renault Baptista de Oliveira⁴

¹ Mestranda, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

² Enfermeira, Rede Sarah Hospitais de Reabilitação, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Professora Adjunta, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico, Universidade Federal Fluminense Niterói, RJ, Brasil.

⁴ Professora Titular, Departamento de Fundamentos de Enfermagem e Administração, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Implementing cross-mapping of Nursing language terms with the terminology of NANDA International, contained in records of patients with Parkinson's disease in rehabilitation. **Method:** Descriptive study of cross mapping, carried out in three steps. A simple random sample of 67 files of patients who participated in the rehabilitation in the period between March 2009 and April 2013. **Results:** We identified 454 terms of Nursing language that resulted in 54 diagnoses after cross-mapping, present in 11 of the 13 taxonomy domains. The most mapped diagnosis was "Impaired urinary elimination" (59.7%), followed by "Urgent urinary incontinence" (55.2%), "Willingness to self-control improved health" (50.7%), "Constipation" (47.8%) and "Compromised physical mobility" (29.9%). Seven described terms were not mapped due to a corresponding defining characteristic being absent. **Conclusion:** It was possible to determine the profile of patients, as well as the complexity of nursing care in the rehabilitation of patients with Parkinson's disease.

DESCRIPTORS

Parkinson Disease; Classification; Nursing Diagnosis; Rehabilitation Nursing; Terminology.

Autor Correspondente:

Michelle Hyczy de Siqueira Tosin
Av. Embaixador Abelardo Bueno, 1500 - Barra da Tijuca
CEP 22775-040 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
michellehyczy@gmail.com

Recebido: 04/08/2014
Aprovado: 19/03/2015

INTRODUÇÃO

O cuidado de Enfermagem ao paciente com doença de Parkinson (DP), que é atendido em um programa de reabilitação neurológica, pode ser considerado um trabalho complexo, tanto pelos sinais e sintomas da própria doença como pelo enredamento inerente aos princípios da reabilitação⁽¹⁻²⁾.

Esta enfermidade, que acomete cerca de cinco milhões de pessoas em todo o mundo, foi vista por muito tempo como um distúrbio do movimento, que apresentava como características principais sintomas motores clássicos decorrentes da depleção de dopamina em regiões encefálicas específicas. No entanto, estudos recentes revelaram que as manifestações clínicas da DP não estão relacionadas apenas com a disfunção dopaminérgica ocorrida na substância negra. Muito além, o acometimento disseminado no sistema nervoso central favorece o aparecimento de sintomas considerados não motores, caracterizados por disfunções vesicais, intestinais, sexuais e mentais⁽¹⁻³⁾.

Esses achados vieram redirecionar o debate sobre a fisiopatologia da DP e fomentar a discussão sobre o impacto desses sintomas na evolução dessa enfermidade, considerada progressiva e multissistêmica^(1,3).

Nesse sentido, a atuação do enfermeiro no contexto da reabilitação de pacientes com DP perpassa os aspectos relacionados às limitações impostas pela doença. O enfermeiro reabilitador desenvolve ações voltadas para prevenção de agravos e complicações, promoção da saúde, e tratamento dos sinais e sintomas. Suas ações estão focadas no indivíduo acometido em seu amplo contexto familiar, sociocultural e psicoespiritual, de forma a contribuir com o corpo de conhecimento científico existente na equipe multidisciplinar em reabilitação⁽²⁾.

Entretanto, pesquisas de enfermagem que enleiam essa temática ainda são incipientes e regionalizadas, em países como Estados Unidos da América, Canadá e Reino Unido^(2,4-5). No Brasil, a produção científica que versa sobre o cuidado de enfermagem na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson ainda é escassa.

Para tanto, o uso da linguagem padronizada por um sistema de classificação de enfermagem, como um recurso para a transmissão das informações científicas e tecnológicas desta profissão, poderá alavancar o conhecimento nesta área, pois a utilização deste recurso proporciona entendimento até mesmo por indivíduos que não dominam completamente o idioma empregado, atingido, assim, patamares universais⁽⁶⁾.

Na atualidade, dentre os sistemas de classificação de Enfermagem existentes, destaca-se a taxonomia proposta pela NANDA-Internacional (NANDA-I). Esta foi criada como uma ferramenta para padronização diagnóstica, que pode ser utilizada nos diversos cenários de cuidados de Enfermagem, dentre eles no da reabilitação⁽⁷⁾.

Sob esse prisma, o uso dos Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I, possibilita a aproximação do enfermeiro junto ao paciente com DP, permitindo a identificação das necessidades de cuidado⁽²⁾. Isso se deve tanto à facilidade em seu manuseio como à amplitude taxonômica proporcionada, uma vez que a sua estrutura está dividida em 13 domínios, 47 classes e 201 Diagnósticos de Enfermagem⁽⁸⁻⁹⁾.

Dimensão esta capaz de englobar muitos dos aspectos que envolvem esta enfermidade em um contexto amplo como o da reabilitação.

Desta forma, o enfermeiro reabilitador, como profissional atuante na equipe multidisciplinar, que possui um papel importante no diagnóstico, na prevenção e no tratamento das alterações motoras e não motoras em pacientes com Doença de Parkinson, deverá fundamentar-se na padronização da linguagem para uniformizar e aperfeiçoar a sua assistência, facilitar a troca de informações entre os estudiosos do assunto e subsidiar a prestação de cuidado baseado em evidências^(2,6).

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo realizar o mapeamento cruzado dos termos da linguagem de Enfermagem, com a terminologia NANDA Internacional, contidos em prontuários de pacientes com doença de Parkinson em reabilitação.

MÉTODO

Estudo descritivo, de mapeamento cruzado. Este é um recurso metodológico utilizado para comparar dados não padronizados com a linguagem padronizada eleita⁽¹⁰⁾.

O cenário foi o Centro Internacional de Neuroreabilitação e Neurociência, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Nesse centro, são atendidos crianças e adultos portadores de seqüela neurológica decorrente de lesão congênita ou adquirida do sistema nervoso central. A equipe de reabilitação é multidisciplinar, e o tratamento proposto inclui o acompanhamento do processo de reabilitação do paciente e orientação aos familiares, considerando as particularidades de cada caso.

No cenário do estudo, o cuidado prestado ao paciente pelo enfermeiro é registrado em prontuário eletrônico, de forma textual. Nesses prontuários, os enfermeiros descrevem os fenômenos por meio de termos contidos na linguagem habitualmente usada pela equipe. Para essa pesquisa, os autores consideraram os trechos das evoluções que continham tais termos para identificar os *contextos diagnósticos*, pois não havia um campo específico para descrição dos Diagnósticos de Enfermagem no sistema eletrônico de prontuários.

Desde a inauguração, em março de 2009 até abril de 2013, foram admitidos 1.266 pacientes com o diagnóstico de DP. Destes, 796 possuíam evoluções de Enfermagem. Para definição amostral, optou-se por utilizar, como critério de inclusão, prontuários em que houvesse cinco ou mais evoluções de Enfermagem, resultando em 167 prontuários. Destes, foram descartados os que continham, além do diagnóstico de DP, outros títulos diagnósticos médicos associados e que caracterizavam outras síndromes parkinsonianas, como Parkinsonismo secundário, por exemplo. Assim, foi obtido um total de 148 prontuários.

Com base nessa população, foi realizado o cálculo amostral para estudos descritivos com amostra probabilística, do tipo aleatória simples, por meio da fórmula⁽¹¹⁾:

$$n_0 = 1/(E_0)^2 \text{ e } n = N.n_0/N+n_0$$

Foram considerados, neste caso: N = tamanho da população (148 prontuários), E₀ = erro amostral tolerável (9%),

n_0 = primeira aproximação do tamanho da amostra (123 prontuários) e n = tamanho da amostra (67 prontuários).

Assim, a amostra foi composta por 67 prontuários, representando 45% da população total, considerando erro amostral de 9% e um intervalo de confiança de 95%. Do total de prontuários, foram analisados 335 registros.

Para a realização da coleta de dados realizou-se um teste piloto, para fins de treinamento e aprimoramento de três pesquisadoras quanto ao instrumento de coleta de dados, à busca nos prontuários e às regras do mapeamento. Após a uniformização, procedeu-se com a coleta e análise dos dados, no período de junho de 2013 a junho de 2014, em três etapas: (1) extração e normalização de termos; (2) separação e comparação dos termos não padronizados com os padronizados por NANDA-I e (3) avaliação e refinamento do mapeamento.

Na primeira etapa, as três pesquisadoras, no período de agosto a novembro de 2013, realizaram a extração eletrônica na íntegra das informações para a composição de um banco de dados contendo: os dados dos pacientes; o diagnóstico médico e o tempo de evolução da doença; o trecho referente ao contexto diagnóstico exato, extraído das evoluções de Enfermagem; e a extração dos termos da linguagem de Enfermagem, que indicassem ou excluíssem hipóteses diagnósticas (características definidoras ou fatores de risco). Por exemplo: no trecho da evolução em que estava descrito *Paciente encontra-se continente, porém com uma urgência miccional*, o termo *urgência* foi destacado por fragmentação do trecho da evolução. No trecho descrito *Paciente mantém o hábito intestinal a cada dois dias, com presença de fezes ressecadas e necessidade de grande esforço ao evacuar*, foram destacados os termos *fezes ressecadas* e *esforço ao evacuar*.

Esses dados foram arquivados em uma planilha do Excel for Windows e submetidos à normalização por meio da correção de ortografia, da adequação de tempos verbais, e da uniformização de gênero e de número, além de terem sido excluídas as repetições e sinônimas das expressões casuais que não designam conceitos particulares.

Na segunda etapa, as três pesquisadoras, no período de dezembro de 2013 a maio de 2014, procederam ao mapeamento cruzado dos termos levantados na etapa anterior com os Diagnósticos de Enfermagem da taxonomia NANDA-I. Para tanto, foram utilizadas as seguintes regras do mapeamento cruzado: mapear o contexto do termo e mapear o significado das palavras e não somente as palavras⁽¹⁰⁾.

Os termos da linguagem de Enfermagem foram comparados com as características definidoras ou fatores de risco da NANDA-I. 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 do sistema de classificação, este foi categorizado como combinação exata; mas quando esse termo apresentou sinônimos, conceitos similares e termos relacionados, ele foi cate-

gorizado como combinação parcial. Os termos que não apresentaram semelhança com o sistema de classificação, não tiveram nenhuma combinação, porém, mesmo assim, foram expostos para análise.

Para a apresentação dos resultados das análises, as combinações exatas e parciais foram consideradas com o mesmo valor. Nos exemplos supracitados, o termo “urgência”, extraído da fragmentação do trecho da evolução, considerado o contexto diagnóstico, foi considerado combinação exata da característica definidora de NANDA-I, o que levou ao diagnóstico *Eliminação urinária prejudicada*. Já os termos *fezes ressecadas* e *esforço ao evacuar* foram considerados combinação parcial e correlacionados aos termos padronizados de NANDA-I *Fezes duras e formadas* e *Esforço para evacuar*, que levaram ao diagnóstico de *Constipação*.

Os dados identificados nessa segunda etapa foram organizados em uma segunda planilha do Excel for Windows, a qual foi constituída de: título diagnóstico; definição; termos não padronizados e termos padronizados de NANDA-I, que corresponderam às evidências clínicas confirmatórias da presença do diagnóstico.

A terceira etapa, realizada no período de junho de 2014, consistiu na avaliação e no refinamento do mapeamento cruzado. Para tanto, os dados levantados foram analisados por peritos, sendo dois enfermeiros especialistas na área de Classificação de Enfermagem e três na área de interesse do diagnóstico. Para a seleção dos especialistas, considerou-se a experiência prática mínima de 5 anos, ou que possuísem título de doutorado e experiência em pesquisas sobre Sistemas de Classificação em Enfermagem. Os peritos expuseram sua concordância, ou não, referente à relação estabelecida pelos autores entre os títulos diagnósticos, os termos não padronizados e as características definidoras ou fatores de risco de NANDA-I. Essa etapa foi realizada em dois ciclos: individual e em grupo. Não foram necessários novos ciclos, pois houve consenso entre os peritos a partir do segundo ciclo. Esse fato também eximiu a necessidade de análise de concordância estatística.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Parecer nº 691.310).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 63% de pacientes do sexo masculino, com idade média de 69,3 anos \pm 10. O tempo de evolução da doença de Parkinson variou de 1 a 24 anos, sendo que 75% destes apresentavam de 1 a 8 anos de evolução da DP. No que se refere aos Diagnósticos de Enfermagem, foram identificados 454 termos da linguagem de Enfermagem que resultaram em 54 diferentes diagnósticos de NANDA-I. A organização da Tabela 1 baseou-se na ordem decrescente da presença do diagnóstico isolado. O cálculo da frequência percentual foi realizado de acordo com o total de prontuários analisados.

Tabela 1 – Diagnósticos de Enfermagem NANDA Internacional em pacientes com doença de Parkinson do programa de reabilitação - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Domínio NANDA-I	Diagnóstico de Enfermagem segundo NANDA-I	N	%
Eliminação e Troca	Eliminação urinária prejudicada	40	59,7
	Incontinência urinária de urgência	37	55,2
	Constipação	32	47,8
	Constipação percebida	12	17,9
	Incontinência urinária reflexa	7	10,4
	Incontinência urinária de esforço	4	6,0
	Incontinência urinária funcional	4	6,0
	Incontinência urinária por transbordamento	4	6,0
	Disposição para eliminação urinária melhorada	2	3,0
	Incontinência intestinal	1	1,5
Subtotal		143	213,4
Promoção da Saúde	Disposição para autocontrole da saúde melhorada	34	50,7
	Comportamento de saúde propenso a risco	7	10,4
	Estilo de vida sedentário	3	4,5
Subtotal		44	65,7
Atividade/ Repouso	Mobilidade física prejudicada	20	29,9
	Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída	16	23,9
	Risco de perfusão tissular cerebral diminuída	16	23,9
	Padrão de sono prejudicado	8	11,9
	Défice no autocuidado para banho	5	7,5
	Deambulação prejudicada	3	4,5
	Disposição para sono melhorado	3	4,5
	Défice no autocuidado para vestir-se	2	3,0
	Capacidade para transferência prejudicada	2	3,0
	Défice no autocuidado para higiene íntima	2	3,0
	Privação do sono	1	1,5
	Mobilidade no leito prejudicada	1	1,5
	Perfusão tissular periférica ineficaz	1	1,5
Subtotal		80	119,4
Percepção/ cognição	Comunicação verbal prejudicada	10	14,9
	Memória prejudicada	8	11,9
	Percepção sensorial perturbada auditiva	4	6,0
	Confusão crônica	3	4,5
	Controle de impulsos ineficaz	3	4,5
	Confusão aguda	1	1,5
Subtotal		29	43,3
Segurança/ proteção	Risco de quedas	10	14,9
	Integridade da pele prejudicada	3	4,5
Subtotal		13	19,4
Nutrição	Deglutição prejudicada	9	13,4
	Risco para volume de líquido deficiente	7	10,4
	Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais	5	7,5
	Volume de líquido deficiente	4	6,0
	Disposição para nutrição melhorada	2	3,0
	Nutrição desequilibrada: mais que as necessidades corporais	2	3,0
	Disposição para equilíbrio de líquido melhorado	1	1,5
	Risco de volume de líquido excessivo	1	1,5
	Volume de líquido excessivo	1	1,5
Subtotal		32	47,8

continua...

...continuação

Domínio NANDA-I	Diagnóstico de Enfermagem segundo NANDA-I	N	%
Conforto	Isolamento social	9	13,4
	Dor crônica	8	11,9
Subtotal		17	25,4
Princípios da vida	Falta de adesão	7	10,4
Subtotal		7	10,4
Enfrentamento/ tolerância ao estresse	Tristeza crônica	4	6,0
	Sobrecarga de estresse do cuidador	3	4,5
	Ansiedade	3	4,5
	Enfrentamento ineficaz	2	3,0
	Medo	1	1,5
Subtotal		13	19,4
Papéis e relacionamentos	Processos familiares interrompidos	2	3,0
	Processos familiares disfuncionais	1	1,5
Subtotal		3	4,5
Sexualidade	Disfunção sexual	1	1,5
Subtotal		1	1,5

Nota: (n=67).

No entanto, identificaram-se sete contextos diagnósticos, descritos em 38 prontuários, que não foram mapeados

devido à inexistência de característica definidora correspondente na taxonomia. Estes estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Contextos diagnósticos identificados em prontuários de pacientes com doença de Parkinson que não foram passíveis de mapeamento com NANDA International - Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Contextos diagnósticos identificados nas evoluções	Repetições
Independente para as Atividades de Vida Diária	16
Marcha independente e segura	9
Mudança do padrão da letra/micrografia	4
Deglutição eficiente	4
Humor/ cognição preservados	3
Função renal preservada	2
Total	38

DISCUSSÃO

As características amostrais desta pesquisa corroboram estudos que mostram que a doença de Parkinson acomete com maior frequência os homens, principalmente, na faixa etária acima de 60 anos⁽¹²⁻¹³⁾. Em se tratando do tempo de evolução da doença, há evidências crescentes de que a sua progressão não é linear e está diretamente relacionada aos aspectos individuais⁽¹³⁾. Estes vão desde traços genéticos até a idade de início e o perfil dos sintomas. Assim, indivíduos com DP podem conviver dissemelhantemente com esta enfermidade por até 40 anos⁽¹³⁾, o que demanda do enfermeiro reabilitador o conhecimento aprofundado e pormenorizado para atuar junto a esta população.

Os resultados desta pesquisa revelam que, apesar da maior parte dos indivíduos encontrar-se em menor tempo de evolução da doença, a variabilidade de Diagnósticos de Enfermagem não foi menor. Observa-se que estes estão distribuídos por quase todos os domínios de NANDA-I, denotando a magnitude dos aspectos abordados e relacionados à DP, que se manifesta com diversidade de sinais e sin-

tomas, tanto fisiológicos quanto biopsicossociais^(2,9). Além disso, demonstram a complexidade do julgamento clínico do enfermeiro reabilitador que atua neste universo.

No que se refere aos Diagnósticos de Enfermagem mais mapeados, os resultados desta pesquisa mostram o predomínio de diagnósticos relacionados aos sintomas não motores da doença de Parkinson. Estes resultados convergem com estudos que mostram que, dentre os sintomas não motores, a constipação intestinal e as alterações vesicais são os mais presentes, acometendo 70 a 80% e 38 a 71% dos pacientes, respectivamente⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. No presente estudo, observa-se a inversão da predominância destes sintomas, o que torna importante analisar as peculiaridades que compõe a população.

E apesar dos sintomas não motores da DP serem os mais mapeados neste estudo, aqueles relacionados aos sintomas motores da doença estavam notavelmente presente. No contexto da enfermagem em reabilitação neurológica, a mobilidade física prejudicada é um aspecto enfatizado na avaliação.

Sabe-se que, na DP, é comum o surgimento de um ou mais sintomas motores, como a rigidez, a bradicinesia, a instabilidade postural e o tremor de repouso, que acarretam prejuízo na capacidade funcional do indivíduo⁽¹³⁾. Diante disso, destacam-se os diagnósticos relacionados ao déficit para execução das Atividades de Vida Diária, como: *Mobilidade física prejudicada*, *Mobilidade no leito prejudicada*, *Déficit no autocuidado para banho*, *Deambulação prejudicada*, *Déficit no autocuidado para vestir-se*, *Capacidade para transferência prejudicada* e *Risco de quedas*, que estiveram registrados, na somatória dos dados, em 64% dos prontuários.

Desse modo, o Enfermeiro reabilitador deve estar atento para aspectos que interferem diretamente na capacidade funcional e na qualidade de vida do indivíduo, identificando o uso adequado das medicações e resposta terapêutica satisfatória, presença de flutuações motoras, alterações da marcha e do equilíbrio⁽¹⁾. Salienta-se, ainda, que não só sintomas motores podem comprometer a capacidade do indivíduo para realizar suas atividades de vida diária. Nesse sentido, quantificar o grau de exigência cognitiva e/ou física para completar uma tarefa específica são medidas de avaliação funcional necessárias nesta população. E estas informações influenciarão diretamente as decisões sobre a reabilitação, as necessidades de cuidados, os planos de tratamento e a educação do cuidador/familiar⁽¹⁶⁾.

As alterações da mobilidade ainda avultam o risco de quedas, que pode ser potencializado pela instabilidade postural, reconhecida como sintoma motor clássico da DP. Um estudo realizado revelou que as quedas ocorreram em 48% dos pacientes com DP e que 24% destes caíram mais de uma vez⁽¹⁷⁾. Os dados do presente estudo mostram que o assunto foi identificado nas evoluções de Enfermagem, no entanto, a presença constatada, em comparação com os dados da literatura, sugere a necessidade de maior ênfase na busca por esse diagnóstico durante a anamnese realizada pelo enfermeiro.

Em menor proporção, outros diagnósticos foram identificados neste estudo em diferentes domínios de NANDA-I. Dentre eles, destacam-se os diagnósticos *Deglutição prejudicada* e *Risco para volume de líquido deficiente*. Estes são diagnósticos que podem ou não estar relacionados entre si, uma vez que a alteração da capacidade de deglutição pode levar o indivíduo à restrição do consumo hídrico. A literatura incentiva a ingestão de, pelo menos, oito copos de líquidos por dia, incluindo sucos, água, dentre outros, para a manutenção da saúde e prevenção de complicações, como a constipação intestinal e insuficiência renal⁽¹⁸⁾.

Já a alteração da deglutição, ou disfagia orofaríngea, é observada mais frequentemente em pacientes em estágio mais avançado da doença. Na literatura, a prevalência de disfagia varia de 18,5 a 100%⁽¹⁹⁾. Os mecanismos patológicos da disfagia orofaríngea na DP não são muito claros. Nos estudos, eles têm sido relacionados à disautonomia, que é considerada uma alteração de gravidade variável e de fisiopatologia complexa, que leva à alteração neuronal na via simpática pré-ganglionar⁽¹⁾.

Para o diagnóstico *Comunicação verbal prejudicada*, sabe-se que dentre os sintomas bulbares presentes na DP, a disartria e a hipofonia são alterações resultantes da bradicinesia e da rigidez orofacial e laringeal⁽¹³⁾. Essas alterações são

caracterizadas pela redução do volume e da intensidade da voz, tornando-a monótona e hesitante, e com frases curtas. Outras alterações podem estar relacionadas à velocidade da fala, caracterizadas por palilalia e gagueira⁽¹³⁾. Salienta-se, portanto, a necessidade do enfermeiro em caracterizar esse sintoma junto ao paciente, para melhor definição diagnóstica, que culminará na elaboração do plano de cuidados mais adequado e assertivo.

Observou-se também neste estudo que a dor crônica foi uma queixa frequente. Dentre as principais etiologias da dor na DP, podemos citar a musculoesquelética, que ocorre em consequência da rigidez, pela distonia; e a dor central, causada pelo *off* ou ainda pelas comorbidades tão comuns nesses pacientes⁽¹³⁾. Desta forma, sua causa é considerada multifatorial e, assim como os sintomas motores, pode ter aspecto flutuante. Logo, suas causas e relações devem ser necessariamente investigadas a cada atendimento de Enfermagem, sobretudo se presente como conteúdo em um protocolo de atendimento que considere a linguagem padronizada.

A queixa de disfunção sexual, descrita em apenas um prontuário, teve como característica definidora de acordo NANDA-I *alteração percebida na excitação sexual*, que foi mapeada através do cruzamento com o termo *hipersexualidade*. Composto o hall dos sintomas não motores, as alterações comportamentais advindas da desregulação dopaminérgica podem ser caracterizadas por hipersexualidade, ciúme compulsivo, disforia, jogo/compra patológica, dentre outros⁽¹³⁾. Considerando o programa de reabilitação, a atenção para esse diagnóstico torna-se necessária para ações intervencionistas que demandam da equipe a tomada de decisão em conjunto, pois neste caso é importante a discussão entre o enfermeiro com a equipe médica, para ajuste medicamentoso, e com a equipe da psicologia, para orientação quanto o manejo dos sintomas^(2,12,20).

Da mesma forma, destacam-se as alterações da memória, que também são consideradas sintomas não motores e estão relacionadas aos estágios mais avançados da DP. Nesses estágios os pacientes podem apresentar sintomas neuropsiquiátricos, como depressão, déficit cognitivo e alucinações visuais⁽²⁰⁾. Prevê-se também a influência de alguns medicamentos utilizados no controle da DP, que levam à piora desses sintomas⁽²⁰⁾. Com isso, torna-se imprescindível a elaboração do plano de cuidados em reabilitação pautado no treino familiar, com a orientação da família para o manejo dos sintomas e a discussão com a equipe médica para reavaliação da terapia medicamentosa⁽²⁾.

Mas ainda que o treino familiar seja um importante recurso na reabilitação, a presença dos Diagnósticos de Enfermagem *Processos familiares disfuncionais* e *Processos familiares interrompidos* nos remete à necessidade de análise prévia da condição familiar. Em inter-relação direta com o diagnóstico anterior, observou-se, neste estudo, que a piora cognitiva/comportamental dos pacientes com DP, levou à mudança da dinâmica familiar devido à mudança da participação do paciente nas tomadas de decisão. Muitas das vezes isso levou à deterioração e ao conflito nos relacionamentos familiares. O termo *Sobrecarga de estresse do cuidador*, citado no domínio Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, está diretamente relacionado a esses fatores. Alterações socioeconômicas, advindas da inversão de papéis

na estrutura familiar devem ser levadas em consideração no programa de reabilitação desse paciente/família⁽⁴⁾.

Diante desse contexto, a abordagem multidisciplinar em reabilitação, que vise à orientação familiar para o manejo e o ajuste medicamentoso para minimizar os sintomas manifestados é de extrema importância⁽²⁾. Da mesma forma, a orientação familiar para busca de recursos advindos da legislação e das políticas públicas de atenção ao paciente com DP e portador de deficiências pode propiciar meios de organização do sistema familiar⁽⁴⁾.

Para o diagnóstico *Isolamento social*, essa discussão destaca que as complicações motoras e até mesmo outros sinais não motores da DP, como incontinência urinária, disfunção gastrointestinal, hipotensão ortostática e alterações cognitivas, são capazes de interferir negativamente na função social dos pacientes, propiciando, assim, o isolamento social⁽⁴⁾. Outra variável importante relacionada ao isolamento social é a depressão, que, nos pacientes com DP, pode estar relacionada ao desequilíbrio de neurotransmissores e à constatação das limitações funcionais e cognitivas, impostas pela própria doença⁽¹⁾.

Diante desses aspectos, a busca do enfermeiro reabilitador pelo diagnóstico *Disposição para autocontrole da saúde melhorada* se faz importante não só para população de pacientes com doença de Parkinson, mas para todos no contexto da reabilitação. Os conceitos e princípios da reabilitação preveem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a redução da deficiência, incapacidade e desvantagem⁽²⁾. Assim, as potencialidades preexistentes no indivíduo são restauradas.

O reconhecimento do paciente frente às suas potencialidades é um dos maiores desafios da reabilitação que, na maioria das vezes, depara-se com um indivíduo focado em suas limitações e, assim, considerado passivo ao tratamento. Portanto, identificar a necessidade de prover subsídios a esse indivíduo, para que ele esteja disposto a reassumir o controle de sua vida e de sua saúde, é parte imprescindível do processo de reabilitação.

Nesse sentido, a presença do diagnóstico *Falta de adesão*, mostra o quão desafiador é o papel do enfermeiro reabilitador. Neste estudo, observou-se, principalmente, a baixa adesão à correta terapia medicamentosa e, na maior parte dos casos, a automedicação esteve presente. Sabe-se do bem-estar gerado ao paciente que, após a ingestão da medicação antiparkinsoniana, vivencia uma melhora dos sintomas motores da doença. Em alguns casos, quanto mais prolongado é o tempo de uso dessa medicação, menor é seu efeito no sistema nervoso central e, conseqüentemente, menor é o tempo de ação do medicamento⁽¹³⁾.

Dessa forma, pacientes ao longo do desenvolvimento da doença tendem a reduzir o intervalo de ingestão do fármaco, e muitos o fazem sem a supervisão médica. Porém, estudos

mostram que, como parte dos sintomas não motores da DP, as alterações comportamentais podem estar presentes e o mau uso/abuso das drogas dopaminérgicas pode contribuir para tais alterações, caracterizando-se na chamada desregulação dopaminérgica⁽¹³⁾.

Assim, é importante identificar essa alteração para prevenir futuras complicações, e a equipe de enfermagem que atua diretamente no controle e na orientação para uso correto dos medicamentos poderá contribuir enfaticamente com a equipe multidisciplinar em saúde na detecção desta alteração⁽²¹⁾.

Para os diagnósticos identificados nas evoluções de Enfermagem que não foram passíveis de mapeamento com a taxonomia NANDA-I, notabiliza-se a presença de diagnósticos relacionados à promoção da saúde. Isso se deveu ao fato de terem sido considerados diagnósticos que não podem ser configurados como alterações e, portanto, não são passíveis de intervenção corretiva, e sim preventiva.

Os registros mostraram que os enfermeiros buscam por sinais e sintomas que possam influenciar na capacidade funcional do indivíduo para realização de suas Atividades de Vida Diária, como a marcha, a deglutição, a cognição, dentre outros. No entanto, mesmo na ausência de tais sinais e sintomas, eles os deixam registrados, a fim de acompanhamento longitudinal do paciente que cursa com uma doença progressiva e de caráter flutuante.

CONCLUSÃO

O mapeamento cruzado permitiu identificar os termos da linguagem de Enfermagem e compará-los com o sistema de classificação NANDA-I. Na categorização dos 54 diagnósticos encontrados, verificou-se a maior presença de sintomas não motores da DP, principalmente aqueles relacionados à função urinária e à função intestinal. Dentre estes, *Eliminação urinária prejudicada* e *Constipação* estiveram presentes em 59,7% e 47,8% dos prontuários analisados, respectivamente.

Os sintomas motores relacionados à capacidade de mobilidade do paciente também foram descritos, e destes, *Mobilidade física prejudicada* foi o mais mapeado (29,9%). Porém nesta mesma categoria, alguns diagnósticos não foram passíveis de mapeamento, sendo esta uma das limitações deste estudo.

A principal dificuldade encontrada para esta pesquisa esteve relacionada à sua análise, pois se notabiliza a escassez de estudos que relacionam os sintomas da DP com Diagnósticos de Enfermagem. Mesmo diante disso, os achados apontam para a complexidade do cuidado prestado na reabilitação ao paciente com Parkinson e reforçam a importância da padronização da linguagem de Enfermagem para o avanço científico e profissional.

RESUMO

Objetivo: Realizar o mapeamento cruzado dos termos da linguagem de Enfermagem, com a terminologia da NANDA Internacional, contidos em prontuários de pacientes com doença de Parkinson em reabilitação. **Método:** Estudo descritivo, de mapeamento cruzado, executado em três etapas. Amostra aleatória simples constituída de 67 prontuários de pacientes que participaram da reabilitação no período entre março de 2009 e abril de 2013. **Resultados:** Foram identificados 454 termos da linguagem de Enfermagem que, após o

mapeamento cruzado, culminaram em 54 diagnósticos, presentes em 11 dos 13 domínios da taxonomia. O diagnóstico mais mapeado foi “Eliminação urinária prejudicada” (59,7%), seguido por “Incontinência urinária de urgência” (55,2%), “Disposição para autocontrole da saúde melhorada” (50,7%), “Constipação” (47,8%) e “Mobilidade física prejudicada” (29,9%). Sete termos descritos não foram mapeados devido à inexistência de característica definidora correspondente. **Conclusão:** Foi possível determinar o perfil dos pacientes, assim como a complexidade do cuidado de enfermagem na reabilitação de pacientes com doença de Parkinson.

DESCRITORES

Doença de Parkinson; Classificação; Diagnóstico de Enfermagem; Enfermagem em Reabilitação; Terminologia.

RESUMEN

Objetivo: Realizar el mapeo cruzado de los términos del lenguaje de Enfermería, con la terminología de NANDA Internacional, contenidos en fichas clínicas de pacientes con enfermedad de Parkinson en rehabilitación. **Método:** Estudio descriptivo, de mapeo cruzado, llevado a cabo en tres etapas. Muestra aleatoria simple constituida de 67 fichas clínicas de pacientes que participaron de la rehabilitación en el período entre marzo de 2009 y abril de 2013. **Resultados:** Fueron identificados 54 términos del lenguaje de Enfermería que, tras el mapeo cruzado, culminaron en 11 de los 13 dominios de la taxonomía. El diagnóstico más mapeado fue “Eliminación urinaria perjudicada” (59,7%), seguido de “Incontinencia urinaria de urgencia” (55,2%), “Disposición para autocontrol de la salud mejorada” (50,7%), “Estreñimiento” (47,8%) y “Movilidad física perjudicada” (29,9%). Siete términos descritos no fueron mapeados en virtud de la no existencia de característica definidora correspondiente. **Conclusión:** Fue posible determinar el perfil de los pacientes, así como la complejidad del cuidado de enfermería en la rehabilitación de pacientes con enfermedad de Parkinson.

DESCRIPTORES

Enfermedad de Parkinson; Clasificación; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería em Rehabilitación; Terminología.

REFERÊNCIAS

- Olanow CW, Schapira AH. Therapeutic prospects for Parkinson disease. *Ann Neurol*. 2013;74(3):337-47.
- Young-Mason J. The fine art of caring: people with Parkinson disease and their care partners. *Clin Nurse Spec*. 2015;29(2):121-2.
- 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.
- Murdoch C, Cousins W, Kernohan WG. Running Water Won't Freeze: how people with advanced Parkinson's disease experience occupation. *Palliat Support Care*. 2014;29:1-10.
- Kim SR, Chung SJ, Yoo S. Factors contributing to malnutrition in patients with Parkinson's disease. *Int J Nurs Pract*. 2014 Dec 17. [Epub ahead of print]
- Nytun JP, Fossum M. Information model for learning nursing terminology. *Stud Health Technol Inform*. 2014;205:181-5.
- Kim TY, Hardiker N, Coenen A. Inter-terminology mapping of nursing problems. *J Biomed Inform*. 2014;49:213-20.
- Tastan S, Linch GC, Keenan GM, Stifter J, McKinney D, Fahey L, et al. Evidence for the existing American Nursing Association: recognized standardized nursing terminologies: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1160-70.
- NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- Juvé Udina ME, Gonzalez Samartino M, Matud Calvo C. Mapping the Diagnosis Axis of an Interface Terminology to the NANDA International Taxonomy. *ISRN Nurs*. 2012:676905.
- Hulley SB, Cumming SR, Browner WS, Grady DG, Hearst NB, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Connolly BS, Lang AE. Pharmacological treatment of Parkinson disease. *JAMA*. 2014;311(16):1670-83.
- Fahn S, Jankovic J, Hallett M. *Principles and practice of movement disorders*. 2th ed. New York: Elsevier; 2011.
- 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 Neurosci Nurs*. 2013;45(6):382-92.
- Sakakibara R, Doi H, Sato M, Hirai S, Masaka T, Kishi M, et al. Nizatidine ameliorates slow transit constipation in Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(2):399-401.
- Shin JY, Hendrix CC. Management of patients with Parkinson disease. *Nurse Pract*. 2013;38(10):34-43.
- Ebersbach G, Moreau C, Gandor F, Defebvre L, Devos D. Clinical syndromes: Parkinsonian gait. *Mov Disord*. 2013;28(11):1552-9.
- Barichella M, Cereda E, Madio C, Iorio L, Pusani C, Canello R, et al. Nutritional risk and gastrointestinal dysautonomia symptoms in Parkinson's disease outpatients hospitalised on a scheduled basis. *Br J Nutr*. 2013;110(2):347-53.
- Ou R, Guo X, Wei Q, Cao B, Yang J, Song W, et al. Prevalence and clinical correlates of drooling in Parkinson disease: a study on 518 Chinese patients. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014;16(14):476-3.
- 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. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013;84(1):14-7.
- Shin JY, Habermann B, Pretzer-Aboff I. Challenges and strategies of medication adherence in Parkinson's disease: a qualitative study. *Geriatric Nurs*. 2015 Feb 26. [Epub ahead of print]