



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
DOUTORADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL – DINTER UECE/UERN

LÍVIA NORNYAN MEDEIROS SILVA

EFEITO DA AURICULOTERAPIA NOS SINTOMAS MOTORES DA DOENÇA DE
PARKINSON: ESTUDO CASO-CONTROLE

FORTALEZA-CEARÁ

2022

LÍVIA NORNYAN MEDEIROS SILVA

**EFEITO DA AURICULOTERAPIA NOS SINTOMAS MOTORES DA DOENÇA DE
PARKINSON: ESTUDO CASO-CONTROLE**

Projeto de tese apresentada ao curso de Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Célia de Freitas.

FORTALEZA-CEARÁ

2022

LÍVIA NORNYAN MEDEIROS SILVA

EFEITO DA AURICULOTERAPIA NOS SINTOMAS MOTORES DA PESSOA IDOSA
COM PARKINSON: ESTUDO CASO - CONTROLE

Projeto de tese apresentada ao curso de Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Célia de Freitas.

FORTALEZA-CEARÁ

2022

LÍVIA NORNYAN MEDEIROS SILVA

EFEITO DA AURICULOTERAPIA NOS SINTOMAS MOTORES DA PESSOA IDOSA
COM PARKINSON: ESTUDO CASO-CONTROLE

Projeto de tese apresentada ao curso de Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Célia de Freitas.

FORTALEZA-CEARÁ

2022

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO	6
1.2 JUSTIFICATIVA	10
2. OBJETIVO	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 AS IMPLICAÇÕES DO PARKINSON NA CAPACIDADE FUNCIONAL DO PESSOA IDOSA	15
3.2 AS PRATICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A AURICULOTERAPIA	21
4. METODOLOGIA	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	29
4.3 POPULAÇÃO /AMOSTRA	29
4.4 RECRUTAMENTO E RANDOMIZAÇÃO DA AMOSTRA	30
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS	33
4.5.1 Perfil biosociodemográfico	33
4.5.2 Escala Visual Analógica de dor	35
4.5.3 Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R)	35
4.5.4 Questionário de qualidade de vida da doença de Parkinson	35
4.5.5 Escala de atividade de parkinson (PAS)	35
4.5.6 Escala de Hoehn e Yahr Modificada	36
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
4.7 PROCEDIMENTOS	38
4.8 ANÁLISE DE DADOS	39
REFERÊNCIAS	40

RESUMO

O cuidado clínico a pessoa idosa precisa ser ampliado e direcionado para as reais necessidades de saúde, na enfermagem a mesma visa estimular uma maior qualidade de vida, funcionalidade e independência desse público. Quando nos deparamos com demandas específicas em saúde na população idosa, temos que contemplar a heterogeneidade desse grupo e como os profissionais de saúde podem contribuir de forma significativa para tal. A pessoa idosa já clama por variados serviços e quando se tem o idoso com comorbidades como o Parkinson essa demanda se mostra ainda mais específica porém limitada nas opções terapêuticas para esse grupo, que muitas vezes não prioriza o foco interdisciplinar necessário a saúde. O avanço das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no cuidado holístico destinado a essa população vem beneficiar o cuidado em saúde. Assim, a utilização das PICS se constitui como um recurso terapêutico eficaz e complementar durante o surgimento de doenças crônicas como o Parkinson. Desse modo, surge a seguinte tese: A auriculoterapia pode contribuir nos sintomas motores relacionados a doença do Parkinson em pessoas idosas e com isso promover o aumento da funcionalidade e qualidade de vida dos mesmos. Tem como objetivo avaliar o efeito da auriculoterapia nos sintomas motores da pessoa idosa com Parkinson. Trata-se de uma pesquisa experimental, controlada do tipo randomizada e mascarada, a pesquisa será realizada em duas etapas, a primeira etapa trata-se de uma abordagem descritiva e exploratória, já a segunda etapa que encontra - se em desenvolvimento é experimental na qual é desenvolvida a intervenção para os grupos determinados a partir da primeira etapa. A pesquisa é composta por uma amostra de 20 idosos com doença de Parkinson. Para coleta de dados da fase descritiva foram utilizados três questionários: O bio sociodemográfico, uma escala visual analógica da dor e o Exame Cognitivo de Addenbrooke. Já na fase experimental será utilizado três instrumentos: Questionário de qualidade de vida da doença de Parkinson, Escala de atividade de Parkinson e a Escala de Hoehn e Yahr Modificada, serão aplicados antes e depois da execução da intervenção, com os grupos de auriculoterapia e com o grupo caso - controle. Nas variáveis qualitativas, realizou-se análise descritiva por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas (%). Enquanto nas variáveis quantitativas avaliadas no estudo, analisaram-se estatísticas descritivas de medidas de tendência e de dispersão dos dados.

Palavras Chaves: Doença de Parkinson, auriculoterapia, sintomas motores, terapias complementares

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

O cuidado clínico a pessoa idosa precisa ser ampliado e direcionado para as reais necessidades de saúde, na enfermagem a mesma visa estimular uma maior qualidade de vida, funcionalidade e independência desse público. O cuidado clínico possui abordagem epistemológica-técnico-linguística, que significa os aspectos do pensar e fazer com base científica sistematizado acontecendo pela relação entre o enfermeiro e a pessoa adoecida (MOURÃO NETO, *et al.*, 2021).

Quando nos deparamos com demandas específicas em saúde na população idosa, temos que contemplar a heterogeneidade desse grupo e como os profissionais de saúde podem contribuir de forma significativa para tal. A pessoa idosa já clama por variados serviços e quando se tem o idoso com comorbidades como o Parkinson essa demanda se mostra ainda mais específica porém limitada nas opções terapêuticas para esse grupo, que muitas vezes não prioriza o foco interdisciplinar necessário a saúde (FONSECA *et al.*, 2021).

Na tentativa de promover um cuidado inovador, em detrimento ao uso de terapêuticas farmacológicas, e permitir mais qualidade de vida a auriculoterapia surge dentro do panorama das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como ferramenta importante para um cuidado clínico a pessoa idosa com Parkinson (BRASIL, 2018; RODRIGUES, *et al.*, 2019).

Cuidado caracterizado pela interação entre o profissional de saúde e a pessoa adoecida por meio de um olhar que identifique o sujeito de forma contextualizada histórico-social, e partir desse cuidado é possível intervir efetivamente no tratamento, reabilitação, cura e/ou do paciente (FRANCO; HUBNER, 2019).

Diante disso, a enfermagem é capaz de exercer seu cuidado em diversos momentos e contextos, além de alcançar a resolubilidade das necessidades do paciente utilizando seu conhecimento científico e teórico (ROLIM *et al.*, 2020).

Dentre as práticas de cuidado, as práticas integrativas e complementares, estão alcançando cada vez mais espaço, já que se constitui como mais uma terapêutica para o leque de opções do profissional de saúde realiza seu cuidado a partir de técnicas que proporcionam melhora da saúde do paciente, promovendo bem - estar e qualidade de vida (DORNELES *et al.*, 2020).

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são sistemas e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de doenças e de recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta

acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2015).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) surge em 2006 com uma abordagem trazida pelo Ministério da Saúde (MS) objetivando a implementação das PICS no Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas no cuidado integral e humanizado, ampliando possibilidades de um novo olhar para o processo do cuidar utilizando mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos por meio de tecnologias leves, eficazes e seguras (GOMES, 2017; BRASIL, 2013).

As PICS estão sendo ampliadas a cada dia, no ano de 2017, foram registrados 1,4 milhão de atendimentos individuais em práticas integrativas e complementares, a estimativa é que cerca de 5 milhões de pessoas por ano participem dessas práticas no SUS. Também, segundo MS, a acupuntura é a mais difundida com 707 mil atendimentos e 277 mil consultas individuais. Em segundo lugar, estão as práticas de Medicina Tradicional Chinesa com 151 mil sessões, como taichi-chuan e liangong. Em seguida aparece a auriculoterapia com 142 mil procedimentos contando com cerca de 30 mil profissionais capacitados por todo o Brasil (TESSER, 2017)

As Práticas Integrativas e Complementares não substituem o tratamento tradicional, elas são um adicional, um complemento no tratamento e indicadas por profissionais específicos conforme as necessidades de cada caso. As Práticas Integrativas e Complementares estão presentes em quase 54% dos municípios brasileiros, que significa aproximadamente 3.024, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras.

Em dados recentes do ano de 2020 publicados pelo MS apontam que as PICS estão presentes em 100% das capitais e possuem seus serviços distribuídos por nível de complexidade, sendo majoritariamente na atenção básica com 78% dos atendimentos individuais, seguidos pela média complexidade com 18% e a alta com 4%, o que significa 2 milhões de atendimentos das PICS nas UBS, mais de 1 milhão de atendimentos na Medicina Tradicional Chinesa, incluindo acupuntura, fitoterápicos com 85 mil atendimentos e homeopantias com 13 mil atendimentos.

O exercício das PICS é respaldada pelo enfermeiro na resolução de Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 581/2018 que autoriza e aprova como parte de suas especialidades e isso facilita e promove cada mais a o seu acesso nos diferentes serviços do SUS (BRASIL, 2018; COFEN, 2018).

Dentre as práticas integrativas, destacamos a auriculoterapia, que é a acupressão auricular que são todos sinônimos de uma terapia praticada há séculos, e acontece via

estimulação do pavilhão auditivo externo para o alívio de situações patológicas no corpo e equilíbrio energético (VIEIRA, *et al.*, 2018).

A auriculoterapia (AT) ocorre de maneira neurofisiológica, por meio dos estímulos nas terminações nervosas do pavilhão auricular que são transmitidos via nervos espinhais e cranianos para o sistema nervoso central (SNC), liberando neurotransmissores que regulam os mecanismos endógenos do organismo (ARTIOLI, *et al.*, 2019).

O pavilhão auricular apresenta uma abundante inervação composta pelos nervos auriculotemporal, ramo auricular do nervo vago, occipital menor e auricular maior e a estimulação de determinados pontos, que irão transmitir informações para estruturas do sistema nervoso como: nervos cranianos, sistema límbico, tálamo, hipotálamo, formação reticular, cerebelo e córtex cerebral (VIEIRA, *et al.*, 2018).

É cada vez mais evidenciado na literatura científica, bem como difundido em serviços de saúde, o uso de PICS em diversos contextos, faixas etárias e condições de adoecimento, sendo escolhidas como práticas terapêuticas que alcançam diversos benefícios (SILVA; CUNHA; ARAÚJO, 2020).

O público idoso está entre os que mais se beneficiam com as PICS, pois estes são usuários assíduos do SUS e absorvem uma maior oferta de serviços de saúde. A disponibilidade das PICS no SUS permite complementar as práticas tradicionais, reduzir custos e possibilita o protagonismo no processo saúde-doença. Com isso, proporciona ao paciente benefícios ao seu processo de tratamento, reabilitação ou cura e pode melhorar seu bem-estar físico, psicológico e social (ALMEIDA; ALCÂNTARA; QUEIROZ, 2021).

Diante dessa magnitude, observa-se um cenário em que temos uma parcela cada vez maior de idosos e que estão atingindo idades mais longevas, o qual demanda uma maior atenção no que tange o cuidado e necessidades de políticas públicas de saúde, sendo um tema de interesse de pesquisas científicas em razão tanto do crescente aumento da população idosa quanto pelas necessidades particulares do processo de envelhecimento, pelos seus aspectos físicos, sociais, cognitivos e clínicos (NUNES *et al.*, 2016).

Quando voltamos a atenção para a pessoa idosa com Parkinson percebe-se que é ainda mais eminente a necessidade de maior desenvolvimento e aperfeiçoamento de recursos humanos, tecnológicos e científicos para atender esse público específico e as PICS surgem no sentido de ampliar as possibilidades terapêuticas direcionadas a pessoa idosa com Parkinson.

O aumento da taxa de envelhecimento está associado a inúmeros fatores como: melhores condições de saúde, campanhas de vacinação, programas de saúde, arsenal tecnológico e medicamentoso, urbanização das cidades, melhoria nos níveis educacionais, entre

outros. Porém, permanecem problemas que além de aumentar a dependência funcional, acarretam o maior consumo de medicação, maior índice de hospitalização e piora da qualidade de vida, como quando a pessoa idosa é acometida por Parkinson, o qual representa um desafio na saúde e atrai o interesse de toda a equipe multidisciplinar(ANDRADE; PAES; *et al.*, 2017).

A Doença de Parkinson (DP) ou Parkinsonismo (PA) ou mal de Parkinson é uma patologia de origem neurológica, degenerativa de uma região conhecida como substância negra, presente no sistema nervoso central (HAYES, 2019). É a doença neurodegenerativa mais comum nos idosos, apresenta – se de forma crônica e progressiva devido à diminuição do neurotransmissor dopamina nos gânglios da base (CHOU, 2020).

O Parkinson se caracteriza por três aspectos clássicos, que são: tremor, instabilidade e bradicinesia postural (CABREIRA; MASSANO, 2019; CHOU, 2020). As primeiras manifestações da DP são observadas diante um declínio no desempenho motor, afetando a prática das atividades cotidianas desses pacientes de forma a limitar ou até mesmo impedir tais ações, sendo o diagnóstico primariamente clínico (MALAK *et al.*, 2017).

Seguindo um padrão mundial, a pirâmide etária brasileira sofre mudanças no que se refere ao perfil da população e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) está ocorrendo um aumento da expectativa de vida, justificando a elevação no número de portadores com DP. Estimava - se que, em 2004, existiam cerca de 4 milhões de pessoas com DP e, a partir disso, é esperado que, em 2030, o dobro de pessoas sejam acometidas por essa doença (TYSNES; STORSTEIN, 2017).

Atualmente sabe - se que a doença de Parkinson acomete preferencialmente pessoas com idade acima de 50 anos, de ambos os sexos e sua incidência e prevalência aumentam com o avançar da idade. (PINHEIRO; BARBOSA, 2018).

Com a progressão da doença, os pacientes podem apresentar desordens cognitivas, déficits de memória, problemas relacionados à disfunção visuo-espacial, dificuldades em realizar movimentos sequenciais ou repetitivos e lentidão nas respostas psicológicas, escrita diminuída, diminuição do volume da voz e outras complicações tanto na fala como na deglutição, significando comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico além dos sinais e sintomas e às complicações secundárias do Parkinson que interferem no nível de funcionalidade do indivíduo e podem levar ao isolamento e a pouca participação na vida social (LANA, *et al.*, 2007; FERREIRA, 2012).

Nesse cenário a auriculoterapia é considerada como uma possibilidade terapêutica de tratamento da sintomatologia do Parkinson, por ser menos traumática, com menos chances de rejeição ou de não adesão ao tratamento, e de custo relativamente baixo

Assim, a meta no atendimento à saúde não pode se limitar a prolongar a vida, mas principalmente, deve visar manter a capacidade funcional do indivíduo de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível, envolvendo os aspectos: físicos, clínicos, condições socioeconômicas, funcionalidade e integração social e familiar.

Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir as premissas dispostas em lei, dentre as quais destacamos a integralidade, que enquanto princípio do Sistema Único de Saúde busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural e a universalidade, que garante o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde, a prevenção de doenças e o acesso equitativo a cuidados integrais e continuados a toda a população idosa (REIS; SENA; SILVA, 2017).

Nesse cenário, desperta a preocupação pelas sequelas funcionais trazidas pelo Parkinson, que representa um importante problema de saúde e, quando associada ao envelhecimento da população, é um fator de impacto no detrimento da qualidade de vida da pessoa idosa. Esse quadro tem sido um dos focos da atenção que deve ser ofertada para a população idosa através das políticas públicas, visto que, além de oneroso ao sistema de saúde, também acarreta diferentes demandas no âmbito social, individual e familiar (MADEIRAS, *et al*, 2019).

Nesse contexto, que visa considerar a multidimensionalidade do cuidado ao idoso, valorizando-o de forma integral, diferenciado e sensível, temos a seguinte indagação:

O uso da auriculoterapia na pessoa idosa com parkinson possibilita a melhora dos sintomas motores, promovendo a capacidade intrínseca visto que possibilita amenizar os sintomas motores (acinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural), possibilitando a realização das atividades de vida diária e promovendo uma maior qualidade de vida?

Com o intuito de responder esse questionamento, o estudo pretende avaliar os efeitos e principais benefícios da auriculoterapia enquanto ferramenta na promoção da capacidade intrínseca e qualidade de vida da pessoa idosa com Parkinson enquanto possibilidade terapêutica disponível a esse público.

1.2 JUSTIFICATIVA

O interesse da autora pelo estudo surgiu durante o início do mestrado em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, quando iniciou a pesquisa

com a pessoa idosa e seus impactos sobre a funcionalidade na sua qualidade de vida, norteando a discussão sobre a temática do envelhecimento e a capacidade funcional e o tamanho de implicações a nível individual, familiar e social.

Nesse mesmo período a autora concluiu a pós-graduação em Acupuntura e iniciou os atendimentos ambulatoriais disponibilizando o serviço de acupuntura, auriculoterapia, eletroacupuntura entre outras práticas integrativas, realizando o atendimento em diversos grupos e faixas etárias e sendo possível observar de forma empírica os resultados da prática nos pacientes, mas principalmente entre os idosos, tendo em vista que esse grupo tinha muitas demandas de saúde e os que procuravam buscavam no atendimento uma atenção de saúde diferenciada e obtinham resultados exitosos.

A busca pela temática continuou no Grupo de Pesquisa Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade (GRUPEESS), na linha de pesquisa Cuidado Clínico de Enfermagem à Pessoa Idosa e as Práticas Educativas, na Universidade Estadual do Ceará. Nesse cenário foi possível a discussão da temática em diferentes perspectivas durante as discussões nas reuniões do grupo, foi realizado discussões em grupo, participação em *lives* abordando a temática e seminários.

Em paralelo a autora começou a atuar em um projeto da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, através da Faculdade de Ciências da Saúde (FACS/UERN) que em parceria com o Grupo de Apoio Interativo aos Portadores de Parkinson (GAIPP) realiza encontro mensais em parceria com diversos profissionais e faculdades buscando realização de atividades e discussões temáticas voltadas ao tema em questão.

Nesse mesmo período houve a inserção da pesquisadora no Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares (NUPICS) que acontece no ambulatório da Faculdade de Enfermagem (FAEN/UERN) no qual publicamos artigos científicos, livros abordando a temática do uso das práticas integrativas na saúde e organizamos eventos com o intuito de divulgar as práticas, motivar voluntários e envolver os estudantes e profissionais da saúde.

Nesses momentos de construção e reconstrução temática discutidas pelo grupo de pesquisa abordando eixos como as práticas integrativas, o envelhecimento e as principais nuances que norteiam esse público, veio em pauta a temática do Parkinson e os possíveis benefícios das PICS para esse público.

Também a experiência da pesquisadora em seu trabalho nas clínicas médica e cirúrgicas em um hospital de grande porte de urgência e emergência no estado do Rio Grande do Norte realizando atendimento à pessoa idosa com diagnóstico de Parkinson motivou o interesse no tema, visto o desconforto que a existência de muitos idosos com diminuição da sua

funcionalidade ocasionado pelas sequelas do agravamento da Parkinson, levando ao surgimento de novas queixas e piora do bem-estar e qualidade de vida dos mesmos.

Diante da observação empírica no atendimento de idosos, seja por meio das práticas integrativas ou por meio da assistência tradicional a saúde, durante o atendimento em hospitais, a possibilidade de ofertar um atendimento com riscos mínimos, baixo custo e que pudesse trazer efeitos positivos para esse idoso se mostrou como um percurso atraente a ser percorrido principalmente durante o doutorado, no qual é possibilitado que seja feita uma pesquisa mais robusta e com maior rigor metodológico e que poderá gerar experiências exitosas para esse público, demonstrando a efetividade da auriculoterapia e se mostrando como mais uma possibilidade terapêutica.

Estudos abordando a epidemiologia sobre a problemática apontam que para o parkinson o fator de risco mais importante é a idade, seguido por exposição a produtos químicos e poluentes industriais (DORSEY; ELBAZ, 2018; RIEDER, 2020). De acordo com a cor/raça, os estudos vêm mostrando uma predominância de indivíduos brancos (CORIOLANO et al., 2013).

No Brasil, a estimativa é que existam 220 mil pessoas portadoras da DP, a prevalência entre a faixa etária com 60 e 69 anos é de 7 para 1000 indivíduos. Já na população que tem entre 70 e 79 anos, a taxa de acometimento é de 15 para cada 1000 habitantes, espera-se que surjam cerca de 36 mil novos casos todos os anos, sendo a proporção de acometimento do sexo masculino superior ao sexo feminino (BOVOLENTA; FELÍCIO, 2016; TYSNES; STORSTEIN, 2017).

O tremor também é uma das características iniciais que as pesquisas apontam, surgindo inicialmente nas extremidades distais do corpo e por vezes sendo observado em condições de repouso. São manifestações iniciais também a rigidez, a bradicinesia e a instabilidade (SVEINBJORNSDOTTIR, 2016).

Para corroborar já se é possível averiguar diversos estudos que sedimentaram e confirmaram a relação entre o Parkinson e os benefícios da auriculoterapia para amenizar seus sintomas. Pesquisa realizada buscando apontar os benefícios relacionados ao uso da auriculoterapia encontrou como resultados a melhora da qualidade do sono, psicose noturna, sintomas motores noturnos, atividades de vida diária, sonolência diurna, fadiga e humor (AROXÁ et al., 2017).

Já em outro estudo realizado por Lei *et al.* (2016) em um estudo experimental apontou melhora da marcha no grupo experimental e no estudo de Konge *et al.* (2019) ele demonstra que a acupuntura diminui a fadiga entre os pacientes com Parkinson.

De forma geral observa-se que os estudos abordando o uso da acupuntura para as sintomatologias fadiga, distúrbios do sono e alterações motoras concluem que seu uso é efetivo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com Doença de Parkinson.

A temática abordada no estudo se mostra relevante em vários aspectos, seja para a pessoa idosa que possui o Parkinson, se mostrando como mais uma ferramenta para a promoção da qualidade de vida do mesmo e manutenção ou promoção da sua capacidade funcional, além das medicações, implicando em menor risco para a sua saúde

A pesquisa é importante para os profissionais de saúde, pois a utilização das PICS, permitindo maior autonomia e amplia seu arsenal no cuidado à pessoa idosa com Parkinson, além de ser considerada uma prática de baixo custo e de fácil aplicação. A utilização das PICS permite a implementação de ações/estratégias inovadoras e efetivas que contribuirão para a realização de um cuidado clínico de qualidade para a pessoa idosa, de forma segura e eficaz, configurando-se na promoção da funcionalidade e de um envelhecimento saudável.

O estudo pode nortear uma redução nos custos nos serviços e instituições de saúde, reduzindo a procura pelo paciente com sequelas graves, período de internação, custos associados ao atendimento e qualidade dos serviços ofertados, por conseguir resultados exitosos em menor tempo e com menor investimento de recursos humanos e materiais.

Por fim, mas não menos importante, os familiares e a comunidade como um todo, já que a perda da capacidade funcional é um dos principais problemas que podem ser enfrentado pelo idoso e esse fato é agravado no contexto do idoso com Parkinson que pode acontecer de forma ainda mais intensa e então um estratégia que fortaleça a capacidade funcional, englobando atividades como vestir-se, mobilizar-se no leito, banhar-se e outras ações permite que esse idoso não signifique sobrecarga de trabalho para a família e sociedade.

Além disso, a partir deste estudo, acreditamos que seja possível o fortalecimento do uso de práticas integrativas e complementares direcionadas ao idoso baseado nas suas indicações clínicas e seus benefícios.

Ainda almejamos possibilitar a identificação dos fatores que precisam ser reavaliados com o intuito de identificar as razões do sucesso ou fracasso das práticas em questão no contexto investigado, esperamos poder divulgar para a comunidade de saúde as práticas e medidas adotadas, possibilitando que sejam replicadas em outros locais.

Dessa forma, acreditamos que este estudo contribuirá com a publicação de uma tecnologia em saúde que poderá ser utilizada por enfermeiros e outros profissionais de todo o Brasil, permitindo identificar as dificuldades vivenciadas pela pessoa idosa, de forma a promover discussões na comunidade científica e clínica para criação de estratégias inovadoras

para a promoção do envelhecimento saudável e de práticas em conformidade com as melhores evidências publicadas, proporcionando resultados úteis na melhoria dos serviços de saúde para atender essa demanda de forma sensível e interdisciplinar. Também buscamos, por meio desses resultados, apontar os benefícios dessa prática e expandir as possibilidades terapêuticas ofertadas pelos profissionais.

Além disso, os resultados das intervenções das PICS são essenciais para o planejamento e direcionamento de políticas públicas que visem a promoção da saúde dos idosos e a expansão das práticas integrativas.

Sendo assim, ao promover a funcionalidade da pessoa idosa com Parkinson por meio da auriculoterapia, pode-se promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida e a reabilitação para o desenvolvimento de atividades cotidianas.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o efeito da auriculoterapia nos sintomas motores da pessoa idosa com Parkinson

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No primeiro capítulo pretendemos abordar um panorama sobre o envelhecimento populacional e as implicações do Parkinson para a pessoa idosa, apontando a definição, diagnóstico, sintomatologia e os principais impactos sobre a funcionalidade e qualidade de vida na população idosa.

No segundo capítulo será discutido a implantação das Práticas Integrativas e Complementares no Brasil e no mundo e a sua trajetória desde a aprovação da política até a sua materialização nos serviços de saúde, tendo como foco a AURICULOTERAPIA e sua definição pela visão ocidental e oriental e seus impactos na saúde da pessoa idosa.

3.1 AS IMPLICAÇÕES DO PARKINSON NA CAPACIDADE FUNCIONAL DO PESSOA IDOSA

No Brasil, segundo as projeções estatísticas da OMS, o mesmo deverá ser o sexto país do mundo em contingente de idosos até o ano 2025. Os idosos representam uma média de 8,6% da população brasileira, um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010). E para 2025 acredita-se que esse número será de 15%, ou seja, o Brasil contará com 32 milhões de idosos (SILVA *et al.*, 2014).

Um dos principais problemas de saúde que podem acarretar a pessoa idosa é a perda da funcionalidade, que agrava-se com o avanço da idade e pode representar o surgimento de novos problemas de saúde nesse público. Entre estes problemas que podem implicar no agravamento fisiológico da funcionalidade do idoso temos o parkinson, que é uma das principais doenças neurodegenerativas e atingem principalmente os idosos (SOUZA, *et al.*, 2021).

Pessoas com doença de Parkinson (DP) têm sua funcionalidade afetada devido aos inúmeros comprometimentos desencadeados pela doença, como bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural. Além disso, um maior desconforto corporal, como dores nas articulações e no corpo, e prejuízo da coordenação motora, transferências, mobilidade, controle postural e capacidade de realizar as atividades de vida diária, que podem ser observadas proporcionalmente ao tempo de evolução e à gravidade da doença (DONÁ *et al.*, 2021)

No entanto, ao se estudar o envelhecimento de uma população, mais do que uma análise de indicadores demográficos, deve-se incluir obrigatoriamente os aspectos socioeconômicos e culturais, de modo que os desafios, as consequências, as mudanças e as perspectivas percebidas nesse processo podem influenciar as políticas de saúde e sociais a serem adotadas diante desse fenômeno (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Compreender as mudanças no perfil populacional do idoso é uma forma de auxiliar

na realização de ações concretas voltadas para a saúde e bem estar dessas pessoas, uma vez que estas apresentam situações que podem ser consideradas especiais de necessidades sociais de saúde, requerendo profundas mudanças estruturais nos sistemas de saúde, não podendo ser visto apenas por um foco, pois o envelhecimento influi e é influenciado também por outras dimensões (LOPES et al., 2014).

Além desta preocupação qualitativa do bem-estar geral da sociedade, existe o olhar atento do setor público para questão quantitativa, onde a proporção direta entre patologias versus gastos é constatada através de estudos epidemiológicos, que concluem que as doenças crônicas, que foram adquiridas ao longo da vida, geram um enorme déficit para os cofres públicos e para a saúde global do indivíduo, devendo ter a prevenção como foco para diminuição dos gastos públicos na saúde, nesse panorama se destaca o Parkinsonismo ou Doença de Parkinson (BALDONI; PEREIRA, 2012; KILSZTAJN et al., 2013).

O Parkinson é um distúrbio degenerativo dos neurônios dopaminérgicos no cérebro, atualmente, não há cura e o objetivo do tratamento é proporcionar alívio sintomático para sintomas motores e não motores (FERNANDES; ANDRADE FILHO, 2018).

É importante fazer a distinção entre DP e síndrome parkinsoniana ou parkinsonismo. Clinicamente, parkinsonismo é diagnosticado quando em um paciente se reconhecem pelo menos dois dos seguintes sinais: tremor de repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. Já a doença de Parkinson acontece quando um paciente desenvolve o parkinsonismo caracterizado pelo tremor no repouso, assimetria e sem sinais atípicos (BRASIL, 2010).

O parkinson fisiologicamente corresponde a uma deficiência de dopamina no sistema nigro-estriatal. Apesar da existência de variações entre indivíduos, é necessária uma redução de cerca de 80% dos níveis de dopamina no corpo estriado para que torne-se clinicamente aparente, entretanto, dezenas de condições podem cursar para essa doença (ANDRADE; BARBOSA; CARDOSO; TEIVE, 2014).

Com o surgimento do Parkinson os pacientes apresentam congelamento da marcha com risco de quedas e mais da metade relatam engasgos e 60% dos pacientes com mais de dez anos de duração da doença apresentam demência e com o tempo do tratamento pioram a aceitação pelo uso de medicamentos, o que reflete em internação e alta mortalidade (HELY et al, 2005).

Porém existe uma série de sintomas e sinais não motores presentes na DP, tais como alterações do olfato, distúrbios do sono, hipotensão postural, constipação, mudanças emocionais, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, prejuízos cognitivos, demência, entre

outros. Não se sabe o que desencadeia o início da DP, no entanto, a maioria dos pesquisadores aponta para uma combinação de fatores genéticos e ambientais (OLANOW; BRUNDIN, 2013).

O diagnóstico é primariamente clínico, baseado na história médica e no exame físico, porém um declínio das funções pode ocorrer antes que ele seja estabelecido e a escolha do plano de atuação objetiva melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade na perspectiva de promover o maior tempo de independência e menor uso de fármacos promovendo a manutenção da autonomia, independência na realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária e diminuição do uso de medicamentos e retardo na piora dos sintomas comumente encontrados na doença (ANDRADE, et. al; 2014). (CORIOLANO, et al; 2013).

O trato nervoso extrapiramidal modula os movimentos voluntários, controla a manutenção da postura e a coordenação da marcha. O trato também influencia a atividade autonômica, sequenciamento de movimentos e atividades habituais. A degeneração dos neurônios que liberam dopamina causa um desequilíbrio dos neurotransmissores excitatórios (acetilcolina) e inibitórios (dopamina) na região. Esse desequilíbrio causa movimentos excessivos incontrolláveis, denominados discinesias, em alguns momentos, e falta de movimento, conhecido como congelamento da marcha, em outros momentos (OLANOW, et al, 2009).

É estimada que a taxa de morte dos neurônios dopaminérgicos da substância nigra situa-se ao redor de 10% ao ano e conseqüentemente, com o tempo, a sintomatologia parkinsoniana piora e a necessidade de medicamentos sintomáticos aumenta. O grau de resposta aos medicamentos vai decrescendo com a progressão da doença e novos sintomas vão surgindo. Um objetivo desejado seria reduzir ou interromper esta progressão (BARBOSA; SALLEM, 2005).

As manifestações clínicas da DP são caracterizadas por um conjunto de sintomas motores característicos na DP que incluem bradicinesia, rigidez muscular, tremor de repouso e comprometimento postural e de marcha (SANTOS; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

A bradicinesia é o início retardado dos movimentos voluntários, comumente o paciente apresenta uma postura curvada característica com uma marcha lenta e arrastada sem balanço do braço ou pode parecer rígida sem qualquer expressão facial (CRAWFORD; ZIMMERMAN, 2011).

As características não motoras da DP incluem disfunção olfativa, aparência fixa, afeto plano, comprometimento cognitivo, sintomas psicóticos, distúrbios do sono, disfunção autonômica, dor inexplicável, depressão, apatia e fadiga (KALIA, LANG, 2015).

A DP tem seu diagnóstico comumente baseado em sinais e sintomas não existindo nenhum exame específico como ressonância magnética ou tomografia computadorizada que confirmem o diagnóstico, comumente é realizada a observação da resposta após a utilização de medicação dopaminérgica (agonistas da dopamina ou levodopa) também é comumente usada no diagnóstico (PAN et al, 2014).

Atualmente, não há cura para a DP, o objetivo do tratamento é proporcionar alívio sintomático e minimizar a discinesia, sendo utilizado atualmente um grande número de agentes farmacológicos usados para distúrbios. Quando os sintomas estão sob controle por meio de medicação, os médicos e pacientes geralmente chamam isso de estado “ligado”. Por outro lado, quando os sintomas não estão sendo adequadamente controlados pela medicação, o termo usado é “desligado”. Pacientes com DP sofrem flutuações “on” e “off” (KALIA; LANG, 2015).

A queixa mais comumente encontrada entre os pacientes com DP e que procuram atendimento é para o tremor, o qual ocorre principalmente devido a um déficit de dopamina; portanto, substituir a dopamina, estimular o cérebro a liberar dopamina por meio de um agonista ou inibir a degradação da dopamina são as estratégias farmacológicas utilizadas na DP (OLANOW et al, 2009).

Uma vez que os sintomas produzem graus de incapacidade e o tratamento dopaminérgico seja necessário, tanto levodopa ou agonistas dopaminérgicos podem ser utilizados. Levodopa é o medicamento mais efetivo no controle dos sintomas da DP, especialmente rigidez e bradicinesia. Sua consistência de efeito nos mais de 30 anos de experiência valida sua utilização clínica. No entanto, o maior problema com o uso de levodopa é o aparecimento das flutuações motoras e discinesias associadas com o tratamento prolongado (BRASIL, 2017)

Em resumo, a neuroproteção na DP é uma meta ainda não atingida até o momento e nenhum medicamento pode ter recomendação na prática clínica com este propósito.

Por ser uma doença progressiva, que evolui com a piora funcional e incapacidade grave, o impacto social e financeiro é elevado, particularmente na população mais idosa. É estimado que o custo anual mundial com medicamentos antiparkinsonianos esteja em torno de 11 bilhões de dólares (CORTELETTI, 2017).

Uma vez tendo-se segurança do diagnóstico de DP, o passo seguinte é definir o impacto da doença sobre o desempenho das atividades diárias do paciente. Deve-se, então, inquire-lo pormenorizadamente sobre sua capacidade de falar, alimentar-se, deglutir, levantar-se da cadeira, vestir-se, manter higiene pessoal, escrever, rolar na cama, andar e trabalhar.

É preciso verificar o que mais tem causado impacto na saúde do idoso e essas interações, atentando-se a capacidade cognitiva, condição social, situação clínica, como morbididades preexistentes e uso de medicamentos, risco de quedas, depressão, existência de dor, nível de atividade física, estresse, qualidade do sono, entre outros.

Dessa forma, percebe-se que são inúmeros os aspectos inerentes ao envelhecimento e que estão intrinsecamente correlacionados, devendo ser obrigação da sociedade, dos profissionais e das políticas públicas a busca pela melhor solução dessa realidade.

A saúde do idoso pode ser identificada pela funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, influenciada pelo grau de autonomia e independência do indivíduo no cotidiano. Tais critérios englobam o funcionamento integrado e harmonioso das atividades de vida diária (AVD) como a cognição, humor, mobilidade e comunicação, que permitem dizer se o idoso é saudável ou não, mesmo com alguma doença (FECHINI; TROMPIERI, 2015).

Com o processo de envelhecimento, ocorrem alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento natural (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Nesse contexto, é fundamental compreender o envelhecimento populacional como um processo multifacetado e não generalizável, no qual a funcionalidade se torna uma preocupação maior da saúde pública, envolvendo questões como o cuidado à pessoa que envelhece e a promoção do envelhecimento ativo, sendo a funcionalidade uma dimensão crucial da saúde da pessoa idosa (SPOSITO et al., 2010).

A CF surge, portanto, como um importante fator de impacto na QV de idosos, sendo necessário reconhecer a relevância da dimensão funcional na atenção e na percepção da saúde da pessoa idosa (ANDRADE; MARTINS, 2011).

A incapacidade funcional é resultante da interação dinâmica entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades, a restrição na participação social e dos fatores ambientais que podem facilitar ou dificultar o desempenho dessas atividades e da participação (PILGER; MENON; FARIAS, 2013).

A dependência funcional pode levar à perda de autonomia. À medida que o idoso demonstra algum grau de dependência, para administrar seus recursos financeiros ou adquirir alimentos e bens de consumo básico, ele pode ter sua autonomia prejudicada. A incapacidade funcional decorrente do envelhecimento pode resultar em consequências negativas para o idoso e sua família (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; ASSIS et al., 2014).

A funcionalidade é uma dimensão fundamental na saúde da pessoa idosa que precisa ser mais bem compreendida pelos profissionais de saúde. Dessa forma, em 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que foi traduzida para o português e publicada no Brasil em 2003 (OMS, 2003).

A identificação das variáveis da funcionalidade global do idoso é um processo interdisciplinar, considerada como ferramenta que auxilia na eficácia diagnóstica, na detecção dos problemas de saúde que mais afetam a QV do idoso, como as síndromes geriátricas, e na elaboração de planos de cuidados que definem a atuação específica da equipe multiprofissional, tanto no âmbito ambulatorial quanto hospitalar (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Investigar os fatores determinantes e agravantes da incapacidade é uma maneira importante de diminuir a incapacidade funcional. Nesse sentido, são muitos os instrumentos utilizados para avaliação funcional em gerontologia.

Contudo, a forma como o idoso percebe sua vida, suas expectativas e suas preocupações podem influenciar sua saúde e sua autonomia. Dos fatores que estão ou podem estar associados a essa diminuição na capacidade funcional alguns podem ser revertidos ou minimizados (PEREIRA; FIRMO; GIACOMIN, 2014).

A avaliação funcional dos idosos, nos países mais desenvolvidos, vêm apontando uma melhoria nas condições de funcionalidade dessa população devido a uma multifatoriedade: melhoria da tecnologia médica, mudanças comportamentais; melhoria da condição socioeconômica, aumento do nível educacional dos idosos e mudanças no padrão epidemiológico da população, com diminuição substantiva das doenças infecciosas (PARAHYBA; VERAS, 2008).

A incapacidade na realização de uma dessas atividades instrumentais e básicas de vida diária pode prejudicar a vida social do idoso e potencialmente implica transtornos para ele e sua família que, dependendo da atividade, terá que mobilizar maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes (RAMOS et al., 2013).

As AVD são tarefas que permitem avaliar a prevalência e a tendência de deficiência, no qual as escalas de avaliação funcional classificam as atividades cotidianas de acordo com o seu nível de complexidade, abrangendo as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (LAWTON; BRODY, 1969; MAHONEY; BARTHEL, 1965).

As ABVD referem-se às tarefas do cotidiano necessárias para o cuidado com o corpo, como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência esfincteriana e

alimentar-se (MORAES, 2012). As AIVD são mais complexas e se referem ao cuidado doméstico, como preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa (MORAES, 2012).

É necessário fortalecer os idosos em sua habilidade de encontrar soluções para seus problemas, inclusive as relacionadas às ações em saúde. Dessa forma, as intervenções deverão operar na capacitação dos profissionais, na direção dos direitos humanos, da inclusão social, da humanização dos cuidados e de uma visão mais abrangente da funcionalidade, além de promover o efetivo acesso à reabilitação no sistema de saúde. Portanto, é indispensável incluir a condição funcional ao se formular políticas para a saúde da população idosa.

3.2 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A AURICULOTERAPIA

A expressão Prática Integrativa e Complementar em Saúde (PICS) é um termo que identifica o que a Organização Mundial de Saúde denomina de Medicina Tradicional Complementar. Esta se refere à união de práticas e conhecimentos em saúde que buscam estimular processos naturais de promoção, recuperação da saúde e prevenção de danos, numa relação de fatores físicos, mentais, emocionais, sociais e espirituais. As PICS priorizam o olhar ampliado, a escuta acolhedora, estabelecimento do vínculo terapêutico e da integração do indivíduo com o meio ambiente, articulando mente, corpo e espírito (BRASIL, 2006; OMS, 2013; ANDRADE, 2010).

Essas terapias constituem um novo campo de atuação na atenção à saúde, tendo alicerçado seu espaço junto às práticas de saúde. Os saberes das tradições culturais, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), a medicina ayurveda, entre outras, são utilizadas como recursos terapêuticos. Tais recursos buscam estimular os mecanismos naturais de promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos por meio de tecnologias leves, eficazes e seguras e romper com o olhar reducionista, promovendo a escuta acolhedora, as relações proximais, e um novo olhar para o cuidado (GOMES; 2017, BRASIL, 2012).

Historicamente, mesmo com a predominância da prática biomédica, foi no final do século XX que as PICS emergiram fortemente na oferta nos sistemas de saúde e uso pela população, se destacam e cada vez mais ganham espaço e representatividade na medicina ocidental. A OMS começou a incentivar a prática da Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa com foco na Atenção Primária à Saúde no final dos anos de 1970, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, Alma Ata que

ocorreu na Rússia em 1978 (OMS; 2002, MONTEIRO; 2012).

Em 2002, a OMS com base no documento “WHO Traditional Medicine – definitions” apoia a realização das práticas alternativas nos seus países membros, direcionando diversos benefícios, como o baixo custo e a alta efetividade. Priorizando a implementação de políticas para o desenvolvimento da Medicina Tradicional, designando preceitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional, acesso e orientações pelas quais as práticas da Medicina Tradicional Chinesa, acupuntura, devem ser utilizadas por seus países membros (OMS, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula o uso da Medicina Tradicional/ Medicina Complementar nos sistemas de saúde de forma integrada às técnicas da medicina ocidental moderna, em seu documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014 - 2023”, preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional, acesso, autonomia e atenção centrada no ser (OMS; 2013).

A legitimação e institucionalização das práticas complementares no Brasil teve início nos anos de 1980, principalmente, após a descentralização, participação popular e crescimento da autonomia, promovidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar de forma implícita, a importância das PICS foi discutida no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que possui protagonismo como referência histórica na incorporação dos cuidados integrais em saúde no SUS, visto que, apoiada pela Reforma Sanitária, foi deliberado no relatório final da referida conferência a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986).

Em 2006 foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) objetivando a implementação das PICS no SUS com vistas no cuidado integral e humanizado, ampliando possibilidades para um novo olhar para o processo do cuidar. Esta portaria contempla ações em cinco áreas: Homeopatia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, Antroposofia, Fitoterapia e Termalismo (BRASIL, 2006).

O Rio Grande do Norte publicou em julho de 2011 a sua Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC/RN) por meio da publicação da portaria GS/SESAP nº 274/11. Em 2017, por meio da portaria nº 849 de 27 de março de 2017, foram incorporadas 14 práticas (arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga) à PNPIC.

Posteriormente teve a publicação da lei Nº 10.933, DE 17 DE JUNHO DE 2021, que dispõe sobre a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no

âmbito da Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio Grande do Norte instituindo-se as diretrizes para organização de seu modelo de atuação no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte por meio das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde - PICS em todos os níveis de atenção à saúde orientando que as mesmas devem ser incorporadas na Atenção Básica, Média e Alta Complexidades, inclusive nos Programas Nacionais de Saúde na Escola, Saúde Prisional, Saúde Mental, prioritariamente com ênfase na Atenção Básica e nas Estratégias de Atenção à Saúde da Família.

Como resultados dos avanços das PICS no SUS referimos a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018 inclui novas atividades (apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais), atualmente disponibilizando um total de 29 práticas integrativas (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Nessa perspectiva, a inserção das PICS no SUS determina uma ação de expansão do acesso e otimização dos serviços, no intuito de permear a integralidade da atenção à saúde. As terapias complementares colaboram para promoção da saúde, principalmente pelo fato de constituírem uma nova concepção do ser, em que se enfatiza a perspectiva holística e o autoconhecimento, com impactos na vida dos sujeitos (BRASIL, 2006).

A utilização das PICS no cuidado em saúde mostra-se efetiva, pois além dos benefícios já conhecidos e comprovados cientificamente, atua na relação profissional e usuário como elemento fundamental da terapêutica; uso de ferramentas simples, de baixo custo com tecnologias leves, permite maior protagonismo do indivíduo dentro do processo saúde-doença e controle das ações e práticas que afirmam como cenário central a saúde e não a doença (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

No ano de 2017, cerca de 1,4 milhão de procedimentos individuais foram registrados como práticas integrativas e complementares pelo SUS, porém a estimativa anual é de 5 milhões de procedimentos se acrescidos os atendimentos coletivos. A acupuntura tem sido o método mais utilizado no SUS, com aproximadamente 707 mil atendimentos realizados em 2017. Além da ampla disseminação das terapias, cerca de 30 mil profissionais foram capacitados na área em 2017 (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

Atualmente, a acupuntura enquanto prática integrativa tem se fortalecido e fomentada no Brasil pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em todos os níveis de atenção no Sistema Único de Saúde, visando a atenção e assistência ao indivíduo em todos os aspectos, como na promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças mas principalmente para melhoria da sua qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Neste contexto, destaca-se a acupuntura como uma importante parte da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e vem sendo empregada por muitos séculos para tratar pessoas e se apresenta atualmente como uma alternativa importante no cuidado e tratamento de diversas enfermidades e cuidados preventivos (WINK, 2006).

Esse processo consiste no emprego de estímulos adequados em pontos precisos da pele, utilizando, para tais estímulos, agulhas, calor, silício, stippers, estímulos elétricos, ventosas, raio laser, magnetismo entre outros (GONZALVES, 2003).

No Brasil, a acupuntura foi introduzida na década de 50, trazida por Frederico Spaeth, pesquisador e mestre que fundou a Associação Brasileira de Acupuntura e o Instituto Brasileiro de Acupuntura (GONZALVES, 2003). Por meio da PNPIC podemos referir que a acupuntura se configura como basilar no rol das práticas integrativas, fortalecendo assim o olhar ampliado da saúde, as relações proximais e humanescente como pilares para um novo paradigma do cuidado e o fortalecimento do SUS (CINTRA; FIGUEIREDO, 2010).

Nesse contexto, encontramos diversas interfaces que permitem a inserção da acupuntura no intuito de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e o nível de satisfação com sua saúde. Dentro da acupuntura, temos a auriculoterapia, que é uma terapêutica que utiliza o pavilhão auricular como um microsistema para proporcionar a homeostasia psicossomática e regulação energética dos meridianos, além de promover analgesia, prevenção e alívio de sintomas a partir de estímulos em pontos específicos, agindo sobre os sistemas fisiológicos (TOLENTINO, 2016).

A origem da auriculoterapia é desconhecida e os chineses, persas e egípcios se atribuem em relação a sua criação, porém acredita-se que foi na China onde essa técnica primeiro se desenvolveu juntamente com a acupuntura sistêmica, que é, atualmente, uma das técnicas terapêuticas orientais mais conhecida e utilizada no mundo (FERREIRA, 2010).

Relatos indicam que no Antigo Egito, mulheres usavam pontos específicos no pavilhão auricular como forma de anticoncepção. Os Turcos no Século III queimavam pontos nas orelhas para o tratamento de várias doenças. Foi apenas em meados dos anos 50 que o médico francês Paul Nogier associou a imagem da orelha a um feto de ponta cabeça e realizou um mapeamento mais preciso de cerca de 30 pontos auriculares, surgindo assim a escola francesa de Nogier de auriculoterapia.

Entretanto foi na China que se desenvolveu e disseminou-se mais ativamente a auriculoterapia e se estabeleceu a relação do pavilhão auricular com os órgãos e regiões do corpo, bem como a identificação de mais de 200 pontos (NEVES, 2009).

A auriculoterapia destaca-se como uma modalidade da MTC, destinada ao tratamento e controle de inúmeras doenças por meio de estímulos no pavilhão auricular (SOUZA, 2012).

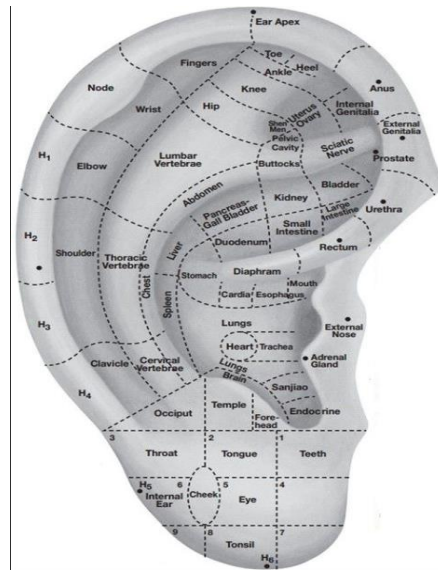


Figura 1 – Pavilhão Auricular segundo Paulo Nogier. Fonte: NEVES, 2010.

A orelha é citada no mais antigo livro de medicina chinesa, o Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo, publicado há 2000 anos. O pavilhão auricular está relacionado com todas as partes do corpo humano e todos os meridianos convergem para a orelha. O tratamento por meio da inserção de dispositivos no pavilhão auricular pode ser utilizado como terapêutica em enfermidades agudas e crônicas, doenças inflamatórias, dependência química, doenças endocrinometabólicas, perturbações psíquicas como ansiedade, depressão, angústia e falta de concentração (SOUZA, 2012).

Sabe-se que, devido às relações fisiológicas existentes entre as diversas partes do corpo e o pavilhão auricular, quando uma dessas partes apresenta um problema, este refletirá em determinado ponto da orelha. Assim, alterações dos Zang Fu (órgãos e vísceras) se refletem neste local como pontos eritematosos ou pálidos, alterações de sensibilidade, descamação, pápulas, telangiectasias, bem como por meio de diminuição da resistência da pele à passagem da corrente elétrica (WEN, 2011; YAMAMURA, 2010).

Segundo Nogier (1998), a auriculoterapia apresenta duas vertentes: chinesa e francesa. A auriculoterapia chinesa é embasada nos preceitos cosmológicos de Yin e Yang, na

Teoria dos Cinco Elementos, na Fisiologia energética dos Zang Fu e em critérios específicos de avaliação e diagnóstico pela medicina tradicional chinesa. A vertente francesa define o microsistema auricular como reflexologia de uma ação neurológica, ou seja, conduzida pelo sistema nervoso parassimpático. Quando se insere uma agulha em determinada região da cartilagem auricular, estimula-se, a partir desse ponto, áreas do cérebro que promove a liberação de endorfinas que agem no sistema corporal, acionando a liberação de um neurotransmissor (ERNST, 2007).

Segundo a auriculoterapia de vertente francesa, o pavilhão auricular se caracteriza pelo formato ovóide e tem a aparência sugestiva de um feto (Figura 1), na qual a localização dos 30 órgãos assemelha-se com a distribuição dos mesmos na posição fetal. É formada por cartilagem elástica, rica em nervos, artérias e em veias (NEVES, 2010).

Na óptica chinesa, o pavilhão auricular é tido como centro de agrupamento de meridianos, por isso sua influência sobre todo o organismo, uma vez que considera que as patologias têm por princípio um desequilíbrio energético. Ao estimular um ponto auricular correspondente a uma determinada região do organismo em desequilíbrio, haverá uma reorganização do fluxo de energia e esse retomará o estado natural de suas funções. Por meio dos de acupuntura é possível “manipular” a circulação energética, que pode encontrar-se bloqueada, em deficiente ou excesso (SOUZA, 2012).

Na vertente francesa, de sistema reflexo, supõe-se que há uma relação entre o pavilhão auricular e o Sistema Nervoso Central (SNC) por meio dos pares de nervos cranianos que permite a conexão e intervenção em todo o organismo (MENEZES, MOREIRA, BRANDÃO, 2010; SOUZA, 2012). Esse estímulo no SNC faz com que a hipófise produza hormônios, como o adrenocorticotrófico, que estimula a glândula suprarrenal a produzir cortisol; também são liberados neurotransmissores, como as endorfinas que promovem a modulação da dor, do humor, da depressão e da ansiedade, bem como a estimulação do sistema nervoso simpático, responsável pela modulação de diversos órgãos como coração e intestino (LUCA, 2008).

As duas vertentes apresentam efetividade e é possível trabalhá-las de maneira concomitante, além de ambas admitirem o uso da auriculoterapia em associação com a acupuntura sistêmica ou mesmo substituindo-a integralmente (NEVES, 2010).

Os pontos de AT podem ser estimulados de diversas formas como por sementes (mostarda ou colza), agulhas de acupuntura (facial ou sistêmica), pellets magnéticos, agulhas semipermanentes, eletrofototerapia (laser ou estimulação elétrica nervosa transcutânea - TENS) e pelos próprios dedos (YANG, et al., 2017). Porém, as sementes são de baixo custo e possuem

a vantagem de os pacientes fazerem a auto estimulação dos pontos e assim têm sido as mais utilizadas. As sementes devem ser estimuladas de três a quatro vezes por dia, por um minuto ou até o local tornar-se sensível, com trocas semanais mediante a reavaliação do caso (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Antes da aplicação do material é necessário que seja realizada a detecção do ponto, por meio da pressão, utilizando uma pinça ou instrumento de ponta romba. Espera-se que a estimulação gere dor à pressão ou crie uma depressão leve no local. Os pontos que se apresentam mais sensíveis à dor são considerados pontos reativos à estimulação e, portanto, podem apresentar melhores resultados terapêuticos (SOUZA, 2012).

Teorizando que sintomas e doenças são projetados em regiões específicas na orelha, já que é uma das poucas estruturas anatômicas formadas por endoderma, mesoderma e ectoderma (três folhetos embrionários), podendo, hipoteticamente, ter a representatividade de todas as partes do corpo a identificando como um microssistema da acupuntura capaz de intervir no corpo como um todo (MERCANTE; DERIU; RANGON, 2018).

Alguns dados da literatura compararam a efetividade entre a utilização de agulhas e de sementes no procedimento da auriculoterapia e constatou-se que a técnica realizada com agulha proporcionou um efeito maior em um menor período de tempo e mais prolongado em comparação às sementes (KUREBAYASHI et al., 2012; KUREBAYASHI et al., 2014).

O uso da auriculoterapia em pessoas com DP ainda é pouco estudado quanto à abordagem experimental em seres humanos. No entanto, é possível observar alguns estudos que mostram a eficácia dessa técnica nas alterações decorrentes dessa patologia.

Um ensaio clínico mostrou a efetividade para a melhora da qualidade de vida de pessoas com PA por meio da auriculoterapia em que foram usadas sementes de cowherb nos pontos auriculares: Shenmen; Rim; Baço e Coração (WANG et al. 2014). Nos últimos anos, pesquisadores propuseram a hipótese de que a estimulação correta do nervo vago pode reduzir o risco de síndromes metabólicas, como obesidade, nível de glicose elevada e pressão arterial.

Na literatura não há um consenso exato sobre o tempo de tratamento da auriculoterapia. Observa-se que os estudos apresentam um protocolo de acordo com cada autor e dispositivo utilizado, o que não requer um padrão exato a ser seguido (WANG et al. 2014).

Dessa forma, pode-se inferir que o uso das PICS vem a cada dia expandido e atingindo novos públicos e trazendo soluções terapêuticas para cada vez mais uma variedade de desafios, nesse cenário tem destaque a auriculoterapia que vem sendo utilizada cada vez mais em estudos robustos que apontam sua viabilidade e aplicabilidade em idosos com parkinson.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de caso controle, realizado por meio de um ensaio clínico, controlado, randomizado e mascarado. O ensaio clínico consiste em um tipo de estudo experimental, desenvolvido em seres humanos, com o intuito de conhecer o efeito de determinada intervenção no âmbito da saúde e é acompanhado por um período de tempo, comparando-se com um grupo controle (OLIVEIRA; PARENTE, 2010; SOUSA, 2009;).

As pesquisas de caso – controle apresentam como finalidade determinar se uma hipótese é ou não verdadeira, ou avaliar se algo ainda não testado possui eficácia. Os estudos experimentais podem ser divididos em controlados e não-controlados. O estudo randomizado é classificado como controlado e à randomização, determina a distribuição dos participantes em grupos: experimental e grupo-controle (REIS, 2016).

A randomização é a alocação aleatória de sujeitos para compor grupos de pesquisa. O objetivo da randomização é tentar nivelar os fatores entre os grupos de intervenção e controle e minimizar o seu impacto na relação entre a intervenção e os resultados observados (HOULE, 2015).

Nos estudos randomizados, cada indivíduo tem uma probabilidade igual ou conhecida de pertencer a qualquer um dos grupos, eliminando tendências relacionadas a atributos que possam afetar a variável de interesse do estudo. Esse tipo de estudo é utilizado como ferramenta para a obtenção de evidências para o cuidado à saúde e baseiam-se na comparação entre duas ou mais intervenções, as quais são controladas pelos pesquisadores e aplicadas de forma aleatória em um grupo de participantes (SOUZA, 2009; REIS, 2016).

Para reduzir os riscos de viés, geralmente é utilizada alguma forma de mascaramento. Estudos unicamente cegos são aqueles em que apenas um membro da pesquisa (sujeito de pesquisa, intervencionista ou avaliador) não sabe quanto às alocações dos sujeitos de pesquisa, enquanto os projetos de dupla ocultação e triplo-cego incorporam o mascaramento dos pesquisadores e / ou avaliadores. O nível mais alto de mascaramento possível é preferido, porém nem todas as intervenções podem se enquadrar nessa circunstância (HOULE, 2015).

O mascaramento será aplicado aos avaliadores dos resultados que não saberão em qual grupo os sujeitos da pesquisa foram alocados e não participaram do momento de intervenção.

A pesquisa será realizada em duas etapas, a primeira etapa desse estudo trata-se de uma abordagem descritiva, exploratória. Segundo Gil (2010), descritiva pois tem por objetivo a

descrição das características de determinada sociedade ou grupo, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Outrossim, assume natureza exploratória, por se atribuir a finalidade de desenvolver, esclarecer conceitos e ideias, com intuito de formulação de problemas mais precisos e de proporcionar uma perspectiva geral acerca de determinado fato. Já a segunda etapa será experimental na qual será desenvolvida a intervenção para os grupos determinados a partir da primeira etapa.

Local e População do Estudo

A pesquisa será realizada na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), no Campus Universitário de Enfermagem (FAEN/UERN), localizados no município de Mossoró – Rio Grande do Norte. A FAEN dispõe do ambulatório de Práticas Integrativas onde realiza atividade de práticas complementares a população de forma gratuita e foi concedido para a realização da coleta de dados juntos ao grupo GAIPP, no qual participam pessoas de Mossoró com doença de Parkinson.

O critério de escolha para esse local se deu pelo fato de que a UERN é a segunda maior instituição de ensino do Rio Grande do Norte sendo referência para o desenvolvimento de pesquisas acerca de várias vertentes, além do intuito de fomentar a pesquisa dentro da universidade sobre a temática.

Torna-se relevante entender, então, como esses indivíduos estão vivenciando esse momento e a sua qualidade de vida e, dessa forma, conhecer os fatores que podem influenciar na sua dinâmica funcional.

A população de idosos de Mossoró, segundo dados da prefeitura, apontam que a cidade possui, no ano de 2020, uma média de 12.249 idosos e que 1% entre este total seja acometido por Parkinson. Entre estes, estima-se que a amostra seja em média 3% de toda essa população seja portadora de Parkinson.

No município de Mossoró existe um grupo de apoio ao público com Parkinson denominado GAIPP (Grupo de Apoio Interativo a Pessoa com Parkinson) que realizaremos o contato e o convite para a participação do grupo para a coleta de dados. O referido grupo possui um total de 160 inscritos, entre estes uma média de 100 (cem) indivíduos são pessoas com idade acima de 60 anos, sendo este considerado a população do referido estudo. A amostra que compõe cada grupo será definida de forma aleatória, sendo definido o número amostral de 20 (vinte) idosos.

Para a amostra do estudo serão incluídos todos os idosos que atendam os critérios

de inclusão e exclusão, que são os seguintes:

Enquanto critérios de inclusão, temos os indivíduos a partir de 60 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico com laudo médico por neurologista, em acompanhamento ambulatorial regular, ausência de outras desordens neurológicas ou comorbidades que pudessem afetar a marcha e ausência de demência, visão e audição adequadas ou corrigidas para a normalidade, ter disponibilidade para participar das atividades e disponibilidade de horário para submissão às sessões de intervenção e que concordassem em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Para os critérios de exclusão será os indivíduos com morbidades descompensadas e com quaisquer problemas físicos e/ou comprometimentos que pudessem ser agravados durante a intervenção, como antecedente de doença vestibular, distúrbios psiquiátricos, déficit auditivo unilateral ou bilateral, distúrbio cognitivo, alteração grave de acuidade visual e/ou antecedente de acidente vascular cerebral.

Como também os idosos que possuem infecção, inflamação ou ferimento no pavilhão auricular, fazer uso de piercing (exceto brinco normal); recusa em receber o tratamento auricular por meio de sementes de mostarda, e não responder a três tentativas de contato feito pelo pesquisador.

RECRUTAMENTO E RANDOMIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os idosos incluídos na pesquisa, após o aceite, serão divididos igualmente para cada grupo, caso e controle. Após a seleção o grupo será distribuído aleatoriamente em dois grupos: GAA – grupo AURICULOTERAPIA (Grupo caso) e GCC (Grupo Caso Controle).

Para a randomização, primeiro os mesmos serão cadastrados em ordem alfabética numa planilha do software Excel e numerados de forma crescente. Para o sorteio utilizaremos o aplicativo Random versão 2.1.0; no aplicativo delimita-se como parâmetro a numeração referente aos nomes de cada pessoa e randomizado ao grupo GAA, que será formada pelos primeiros números fornecidos por sorteio pelo aplicativo. O restante dos números não sorteados, serão alocados no GCC.

Antes da intervenção, será realizado no primeiro momento (momento zero) uma avaliação utilizando instrumentos validados que buscam fazer o perfil dos participantes em relação a sua qualidade de vida e funcionalidade e a última sessão será a reaplicação desses mesmos instrumentos buscando realizar a comparação após a intervenção.

Apos a realização do momento zero, com a primeira avaliação sobre o perfil dos grupos, perfil esse que será realizado com o GAA e GCC, os mesmos receberão direcionamento

diferente, conforme descrito a seguir:

Grupo auriculoterapia (GAA): A intervenção se constituirá em cinco sessões de auriculoterapia seguindo protocolo definido anteriormente composto por dez pontos específicos, com intervalo semanal, sendo utilizado o estímulo por meio de sementes de mostarda com o tamanho de 1,5mm que será realizado por um profissional especialista em auriculoterapia.

A auriculoterapia consiste em uma técnica de acupressão que estimula pontos específicos situados na orelha, levando o corpo a buscar a seu reequilíbrio dinâmico. Para a aplicação, utilizam-se pinças e apalpadores devidamente esterilizados, e as esferas utilizadas como estímulos, serão sementes de mostarda.

Todas as intervenções serão semanais e terão duração de aproximadamente 30 min, previamente agendadas, em espaço próprio e sendo a pesquisadora responsável pela colocação das sementes, tendo em vista a mesma ter treinamento para a realização desse tratamento.

A escolha por esse quantitativo de intervenções se baseia em diferentes estudos como o de Góis (2007), onde observou que o tratamento com a acupuntura é de média a curta duração, apresentando efeitos benéficos no tratamento com o quantitativo superior a quatro sessões de tratamento.

Durante a intervenção a aplicação será realizada com alternância do pavilhão auricular a cada sessão, iniciando com limpeza do pavilhão auricular com algodão e álcool, os pontos selecionados serão palpados com o aplicador realizando o exame físico com o intuito de observar se possui alguma irritação que impossibilite a aplicação e então é colocado a semente junto do micropore ou esparadrapo impermeável com auxílio de uma pinça metálica. A aplicação da intervenção seguirá o protocolo (APÊNDICE A) elaborado pela autora com base em outras técnicas de auriculoterapia para indivíduos com Parkinson.

Para maior rigor metodológico, antes da colocação das sementes de mostarda, será confirmada a localização correta dos pontos auriculares com o localizador Acu-Treat, marca DongBan®. Esse localizador constata a resistência elétrica do pavilhão auricular, que, em condições anormais, é menor do que em condições saudáveis (SUEN et al., 2007).

Para isso, o sujeito de pesquisa segurará uma haste metálica com uma das mãos, e a ponteira, também metálica, será deslizada sobre o pavilhão auricular. Ao detectar a alteração de resistência elétrica, um alerta sonoro é emitido, conforme aponta Yeh e colaboradores (2012) e todas as lâmpadas acendem no sensor de busca.

Em seguida, serão colocadas as sementes de mostarda em cada um dos pontos auriculares de maneira cuidadosa e fixadas com micropore. O protocolo estabelecido para o

tratamento para o GAA iniciará com os pontos Shenmen, Sistema Nervoso Simpático, Rim, Fígado, Baço, Hipófise, Nervo vago, Coração, Relaxamento muscular e ponto Ashi, que devem estar presentes em todas as propostas de tratamento da auriculoterapia do GAA (SILVÉRIO-LOPES; SEROISKA, 2013; SOUZA, 2012).

Apesar de revisões no tema não serem um assunto inédito, o relato dos pontos ou quais foram os mais utilizados nem sempre são descritos, dificultando a prática clínica e a reprodução metodológica. Portanto, livros também foram consultados para fornecer a melhor descrição de uso dos pontos, assim como sua localização.

Essa seleção foi realizada após o levantamento de estudos semelhantes, como também pela experiência clínica da pesquisadora responsável pelo estudo e devido a função dos pontos apontados na literatura acerca da temática.

A seguir, são apresentados os pontos auriculares e as indicações de cada um utilizado no estudo, segundo World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (2013).

Shenmen: localizado no vértice do ângulo formado pela Raiz Inferior e a Raiz Superior do Anti-Hélix. Usa-se como ponto inicial de todos os esquemas de auriculoterapia. Predispõe o tronco e o córtex cerebral a receber e a decodificar os reflexos dos pontos que serão usados a seguir; Estimula a liberação de endorfinas no cérebro, aliviando dores e mal-estar; Fornece ao cérebro condições ideais para decodificar, modular e condicionar os reflexos que as sementes seguintes provocaram no pavilhão auricular, o que impede que ocorram desequilíbrios que possam levar a novas enfermidades.

Sistema Nervoso Simpático: Localiza-se no meio da Raiz Inferior abaixo da membrana do Hélix. Esse ponto é muito importante nos casos mais crônicos do sistema nervoso. É importante sua associação com o Shenmen.

Rim: encontra-se dentro na concha superior, próximo à junção desta com a Raiz Inferior do Anti-Hélix, na mesma linha do ponto Shenmen. É importante nos diagnósticos das partes ósseas, retenção de líquido e pedras renais. É o ponto que gera os ancestrais do indivíduo. Ponto de equilíbrio da energia Yin. Fortalece a energia.

Coração: Encontra-se no centro da cavidade da concha cava Ponto água, ventos e humor, relacionados com a cabeça e o SNC, insônia associada a períodos de sudorese diurna, distúrbios da glândula tireóide, neuralgia intercostal, tremores e câibras.

Relaxamento muscular: Medialmente ao ponto baço, dirigindo-se à raiz da hélice, tendo indicação como miorrelaxante, tensão ou espasmo muscular e insônia.

Fígado: Se localiza no centro do terço posterior da concha superior. São usualmente utilizados com a finalidade de equilíbrio, ação digestiva, prove estímulo do sistema músculo-esquelético e

imunológico.

Simpático: Na interseção do ramo inferior da antélice e da hélice, na região interna. Promove no organismo analgesias em geral, minimizando quadros de náuseas, vômitos e estabilização das vísceras.

Suprarrenal: Se localiza na proeminência do trago, sendo indicado em casos de transtornos articulares, processos circulatórios, inflamatórios, reumatismo, artrose, bursite, processos alérgicos e estimula os hormônios adrenocorticais e a adrenalina.

Ponto Ashi: São pontos locais de dor geralmente apontados pelo próprio paciente. São usualmente utilizados com a finalidade de analgesia, portanto muito comuns no tratamentos de processos agudos e crônicos.

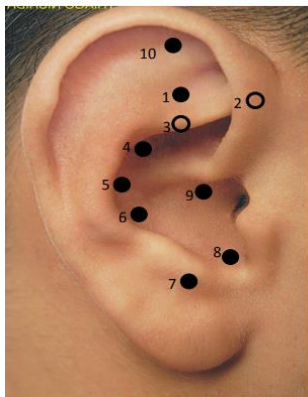


Figura 1: Pontos Auriculares. Fonte: Do autor

Todos os pontos selecionados terão como intuito intervir nos sintomas motores associados ao Parkinson.

As participantes do grupo intervenção farão esse acompanhamento por aproximadamente 5 semanas, perfazendo um total de 5 sessões. Já os participantes do grupo controle serão acompanhadas, nesse mesmo período, apenas por um grupo no whatsapp®, para questionamento e socialização das queixas e novas necessidades percebidas durante a intervenção.

Essa ferramenta de comunicação também será utilizada com o grupo intervenção, inclusive para agendamento das sessões e retiradas de dúvidas na interface do tratamento. Ressalta-se que serão constituídos dois grupos para efeito de acompanhamento dos mesmos em ambientes separados.

Para o Grupo caso controle (GCC) a intervenção implicará da seguinte forma:

Os sujeitos de pesquisa que serão alocados para o grupo controle serão convidados a comparecerem no momento zero, constituído pela avaliação inicial com a aplicação de instrumentos e protocolos visando levantar o perfil do grupo e para a avaliação final (cinco semanas após a avaliação inicial), com a reaplicação dos mesmos instrumentos que serão melhor descritos posteriormente.

Ressalta-se que, durante o período de avaliação, os indivíduos desse grupo não receberão nenhum tratamento além do convencional prescrito pelo médico. Será oferecido aos sujeitos do grupo controle, após o período da pesquisa, se possuírem o interesse de receber o tratamento oferecido ao grupo intervenção.

O período da intervenção, a quantidade de sessões e o intervalo entre as sessões foi selecionado baseado na literatura que aponta essa média de tempo de tratamento.

INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Perfil bio sociodemográfico

Para avaliar o perfil biosociodemográfico será aplicado um formulário elaborado pela própria autora para a avaliação dos idosos. Neste roteiro constaram avaliação antropométrica, uso de dispositivo de auxílio à marcha (DAM), à visão (DAV) e à audição (DAA), histórico de internações, históricos de quedas, além de informações sobre a presença de doenças crônicas não transmissíveis e o uso de medicamentos (TRIGUEIRO, LUCENA; ARAGÃO; LEMOS, 2011)

Para a avaliação antropométrica serão aferidas as medidas referentes a peso, estatura, perímetro da cintura (PC), perímetro do quadril (PQ) e perímetro da panturrilha (PP).

O peso será obtido por meio de balança digital e a estatura com uso de fita métrica, para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) através da fórmula $IMC (kg/m^2) = peso (kg)/m^2$. O PC será obtido por meio da avaliação ao redor da linha natural da cintura, na região mais estreita entre a última costela e a crista ilíaca, sendo realizado no momento da expiração do indivíduo.

Para a medição do PQ será circundado o quadril na região de maior perímetro entre a cintura e a coxa. Por último, será realizado a PP, em que a fita será aplicada horizontalmente ao redor do perímetro máximo do músculo da panturrilha, com o indivíduo sentado com as pernas posicionadas em ângulo de 90°. Para todas essas medições será utilizado uma fita métrica de material maleável, inelástico, inextensível, resistente e de fácil higienização.

Os valores do IMC serão categorizados por meio do estado nutricional, segundo a proposta da OMS, seguindo os pontos de corte:

Os idosos classificados com baixo peso foram os que obtiveram o IMC até 22 kg/m², eutrófico, os que tinham o IMC entre 23 e 27 kg/m², sobrepeso, entre 28 e 30 kg/m² e obeso os com IMC acima de 30 kg/m² (OMS, 2000).

As demais variáveis antropométricas tiveram seus padrões estabelecidos a partir do sexo para cada medidas antropométricas coletadas.

O parâmetro utilizado na medição do perímetro da panturrilha será de até 31 cm, sendo classificado como desnutrição e acima ou igual a 32 como normal, com medidas dentro dos parâmetros recomendados.

Já na medição da cintura, os parâmetros variam de acordo com o sexo, em que para as mulheres o padrão utilizado como recomendado é de até 80 e para os homens será de até 90 (OLIVEIRA et al, 2010).

Os pontos de corte adotados para a medição do quadril serão de 88 e 102 cm, para mulheres e homens, respectivamente. Com essas medidas, será realizado o cálculo da relação cintura/quadril cujos pontos de corte foram acima de 0,95 para homens e 0,85 para mulheres (OMS, 2011; BRAY; GRAY, 1988).

No que se refere às informações sociodemográficas do idoso serão coletados dados referentes à idade, sexo, estado civil, tipo de moradia, local, número de pessoas por ser, presença ou não de cuidador, escolaridade, de bebidas alcóolicas e fumo, renda pessoal e cor, sendo elaborado pela pesquisadora. (APÊNDICE 1)

Além disso, será associada a escala de dor em que o idoso a quantificar de 0 a 10, sendo 0 para ausência de dor e 10 o máximo de dor. Todas as variáveis de saúde investigadas foram autorreferidas.

Este instrumento será aplicado em todo o grupo amostral da pesquisa no momento inicial (momento zero).

Escala Visual Analógica de dor

A Escala Geriátrica da Dor foi desenvolvida para ser uma escala de dor multidimensional, de fácil aplicabilidade e compreensão para uso ambulatorial em população idosa. Compreendendo que a escolha de um instrumento para mensurar a dor deve, antes de tudo, adequar-se ao nível de compreensão do paciente e conter característica multidimensional (GAMBARRO, et al, 2008) (ANEXO 1).

Todas as avaliações foram realizadas por um pesquisador devidamente capacitado para a coleta de dados, que desconhecia a alocação dos sujeitos de pesquisa nos grupos de intervenção e controle sem envolvimento algum com o tratamento proposto.

Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R)

O exame cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) de Carvalho e Caramelli (2007) é um instrumento breve de rastreio cognitivo, onde a pontuação mais elevada é indicativo de melhor funcionamento cognitivo podendo atingir o máximo de cem pontos e avalia os cinco domínios neurocognitivos: atenção e orientação (18 pontos), memória (26 pontos), fluência (14 pontos), linguagem (26 pontos) e visu-espacial (16 pontos). Seus pontos de corte são calculados de acordo com a escolaridade: maior igual a 50 pontos para analfabetos, maior igual a 60 pontos para até quatro anos de estudo, maior igual há 70 pontos de cinco a oito anos de estudo e maior igual a 80 pontos para mais que nove anos de estudo (ANEXO 2)

Questionário de qualidade de vida da doença de Parkinson

A qualidade de vida foi medida pelo perfil de Saúde de Nottingham (PSN), um indicador simples e direto da percepção do indivíduo em relação à saúde física, emocional e social. Este instrumento de avaliação é um questionário com 38 questões e duas alternativas de respostas (sim ou não) (ANEXO 3).

Envolve questões como habilidade física, nível de energia, dor, reações emocionais, isolamento social e qualidade do sono. Cada resposta “sim” corresponde a um ponto e quanto menor a pontuação total obtida, melhor a percepção do indivíduo em relação à sua qualidade de vida (HUNT; McEWEN; McKENNAS, 1985).

4.5.5 Escala de atividade de parkinson (PAS)

É uma escala para caracterizar problemas funcionais de indivíduos que estão nos estágios moderado e severo da doença. O conteúdo da PAS reflete alguns problemas de movimento na DP, tais como dificuldade de controlar o centro de massa corporal quando levantando de uma cadeira, hesitação, festinação ou freezing na marcha, limitação da mobilidade axial e dificuldade em realizar movimentos complexos, como fazer duas tarefas ao mesmo tempo.

Os itens da escala são divididos em quatro categorias: transferências na cadeira, acinesia na marcha, mobilidade na cama e mobilidade na cama com uso do cobertor. O escore varia de zero a quatro em cada categoria, de modo que uma pontuação máxima indica melhor condição do paciente e a mínima indica que o indivíduo necessita de ajuda física (NIEWBOER, et al., 2000) (ANEXO 4).

Escala de Hoehn e Yahr Modificada

Escala de Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr (HY – Degree of Disability Scale) é uma escala de avaliação da incapacidade dos indivíduos com DP capaz de indicar seu estado geral de forma rápida e prática. Sua forma modificada compreende sete estágios de classificação para avaliar a gravidade da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de 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 4 e 5 apresentam incapacidade grave (ANEXO 5).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo será desenvolvido conforme as premissas éticas propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa relacionadas a seres humanos.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN e a coleta de dados será iniciada somente após sua aprovação.

Antes da coleta de dados, os voluntários de pesquisa serão informados, em uma linguagem clara, sobre os objetivos e a metodologia do estudo, bem como, dos aspectos éticos que norteiam uma investigação científica e após assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a utilização das informações obtidas, assegurando-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de interromper a sua participação em qualquer momento do estudo.

As etapas que envolvem a coleta dos dados serão realizadas no **ambulatório de Práticas Integrativas e Complementares (NUPICS) da FAEN / Mossoró (RN)**, coletado pela pesquisadora responsável pela pesquisa, que também obterá a assinatura do TCLE (ANEXO 6).

A aplicação do instrumento ocorrerá num espaço fechado, preservando a privacidade do entrevistado, sendo agendada previamente, após a apresentação do documento formal explicitando a importância da participação na pesquisa, segundo a disponibilidade e preferência dos participantes e da pesquisadora.

Será informado aos participantes que será garantido seu anonimato, sua privacidade e seu direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não dessa pesquisa sem qualquer ônus ao participante. Será ressaltado também que não será efetuado nenhuma forma de gratificação pela participação do mesmo nesta pesquisa.

Caso fique comprovado que o participante sofreu algum gasto que seja devido a sua participação na pesquisa, o mesmo será ressarcido, caso solicite. Além disso, a participante terá direito a indenização se sofrer algum dano comprovadamente decorrente da pesquisa. Por ocasião da publicação das informações o nome dos participantes será mantido em total sigilo.

Os instrumentos aplicados com os participantes ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, em armário do orientador dessa pesquisa, em local de acesso exclusivo na instituição proponente do estudo. As informações serão armazenadas por um prazo mínimo de 05 (cinco) anos e poderão ser solicitadas a qualquer momento nesse período.

A pesquisa será cancelada caso ocorra incompatibilidade total e abrupta de tempo das pesquisadoras e/ou dos participantes; caso os resultados se tornem conhecidos antes do tempo previsto; se houver o esgotamento de recursos no desenvolver da pesquisa; se houver desistência de toda amostra ou imprevistos de ordem natural que venham a interferir na coleta, no armazenamento, execução e/ou na infraestrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa, além da ocorrência de situações inesperadas de um modo geral que inviabilizam a realização da pesquisa.

Para os participantes os riscos envolvidos são mínimos, envolvendo risco de constrangimento durante a aplicação dos questionários, pois o fato da pesquisa buscar avaliar a eficácia da auriculoterapia nos sintomas motores na doença de Parkinson, faz com que essa forma de abordagem tenda a não agredir e/ou lesar os envolvidos neste processo. Todavia, em algum momento, e para algumas pessoas, pode gerar constrangimento, com mínimos riscos psicológicos para os colaboradores do estudo e apesar da técnica de acupuntura ser muito segura o contato da semente de mostarda e esparadrapo para sua fixação pode causar irritação, vermelhidão ou incômodo em peles sensíveis e após o tratamento é possível acontecer síncope, sensação de peso e formigamento no local da aplicação.

Com o intuito de amenizar esses aspectos a coleta de dados ocorrerá num espaço fechado, preservando a privacidade do entrevistado e diminuindo o risco de constrangimento e será oferecido a opção de esparadrapo impermeável ou anti alérgico conforme seja melhor aceito pelo participante, assim como, será realizado o contato posterior a sessão de acupuntura para saber como esta a integridade tissular da área tratada e estarmos atentos a qualquer necessidade de retirada antes do prazo estabelecido.

Enquanto benefícios ao participar da pesquisa, podemos citar: O participante terá a oportunidade de estar repensando e refletindo sobre a sua independência funcional e sintomas motores através da aplicação de instrumentos validados e específicos para a sua referida doença e serão beneficiados com um tratamento de auriculoterapia que traz sensações de relaxamento e os resultados dessa pesquisa poderá contribuir para gestão de estratégias que atuem nos programas e ações destinadas ao processo de envelhecimento, e assim delinear uma assistência que atenda as reais necessidades dos idosos além de ser uma nova possibilidade terapêutica para esse público.

Caso as pessoas se sintam constrangidas e/ou de algum modo prejudicadas, será garantido o direito de ressarcimento aos sujeitos por quaisquer gastos, previstos ou não, e a garantia de indenização por quaisquer danos que acaso possa sofrer decorrentes da sua participação na pesquisa

A pesquisa será realizada após a aprovação pelo comitê de ética, programada para meados de no período de setembro a novembro de 2022.

4.7 PROCEDIMENTOS

Após terem aceite fazer parte do presente estudo, será pedido aos seus intervenientes que continuem a cumprir o plano farmacológico, estabelecido de acordo com o seu quadro clínico.

Os pacientes devem estar medicados e com dose estável à pelo menos três meses, sem que tivesse resultado qualquer presença de efeitos adversos (Leem, 2016). No entanto, será proposto a introdução de uma nova medida de tratamento não farmacológico - a auriculoterapia.

Os participantes serão alocados em um dos dois grupos, porém inicialmente serão avaliados por meio de instrumentos e testes validados anteriormente por outras pesquisas e então após a randomização, o grupo GAA receberá a auriculoterapia durante cinco semanas e o grupo controle não receberá intervenção. Após as cinco semanas toda a amostra da pesquisa será reavaliada por aplicadores que serão devidamente treinados e habilitados.

Então entre a intervenção teremos os momentos de avaliação inicial, realizado antes do início do tratamento e o momento final, recolhido imediatamente após o término do tratamento.

Antes de iniciar o tratamento será levantado em consideração as possíveis preocupações com o grupo, tendo sido prestado o devido esclarecimento sobre todas as questões levantadas pelos intervenientes. Durante o tratamento, os pacientes deverão permanecer confortavelmente posicionados, em decúbito dorsal. A intervenção terá uma duração de 30 minutos em média (Zeng & Zhao, 2016).

A sala de tratamentos reservada para a pesquisa tem uma área de trabalho especial com boa ventilação, iluminação, ambiente calmo, tendo sido mantida, para todos os intervenientes, a mesma climatização.

Os investigadores, antes e depois da sessão de auriculoterapia, realizarão a higiene das mãos sistematicamente as mãos para evitar possível contaminação e oferecer uma maior higiene (Steven et al., 1999).

Serão colocadas as sementes de mostarda nos pontos descritos anteriormente, as sementes serão estimuladas após a inserção, até o paciente manifestar alguma sensação na área dos pontos punçurados (como sensação de dor, formigueliro, sensação de peso, ardor, sensação estranha), denotando por isso, um efeito marcado de *De Qi* (FUKUDA & EGAWA, 2015).

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados serão digitados em planilha eletrônica e transferidos para os software estatísticos SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences) e STATA (StataCorp. 2013. *Stata Statistical Software: Release 13*. College Station, TX: StataCorp LP) sendo expressos em frequência simples e porcentagem. Associações das variáveis estudadas frente ao nível de dependência (AIVD, AIVD +ABVD) serão obtidas por uso de *odds ratio* (OR), intervalos de confiança de 95% (IC95%), e significância determinada através do teste do Qui-Quadrado (χ^2) e exato de Fisher. Este último utilizado sempre que se verificar valores com frequência esperada inferior a 5.

Um modelo de regressão logística multinomial foi elaborado para se obter estimativas de OR e IC95% ajustados, adotando-se como variável de referência o grupo considerado independente. Permaneceram no modelo final, variáveis associadas ao desfecho com valores de $p < 0,05$.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.A.F. et al. Doença de Parkinson: Estratégias atuais de tratamento. 4ª ed. São Paulo: Omnifarma, 2014.

Artioli, Dérriick Patrick, Tavares, Alana Ludemila de Freitas e Bertolini, Gladson Ricardo Flor Auriculotherapy: neurophysiology, points to choose, indications and results on musculoskeletal pain conditions: a systematic review of reviews. BrJP [online]. 2019, v. 2, n. 4 [Acessado 10 Maio 2022] , pp. 356-361. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190065>>. Epub 02 Dez 2019. ISSN 2595-3192. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190065>

BARBOSA, Egberto Reis; SALLEM, Flávio Augusto Sekeff. Doença de Parkinson: diagnóstico. Revista neurociências, v. 13, n. 3, p. 158-165, 2005.

BASSANI, D. C. H. et al. Depressão Em Idosos Na Atenção Primária Em Saúde: Aspectos De Uma Comunidade do interior do estado do Rio Grande do Sul. Blucher Medical Proceedings, v. 1, n. 5, p. 21-21, 2014.

BENITES, Daiane Freire. Acessibilidade das Práticas Integrativas e Complementares na Rede de Atenção Primária de Saúde, do município de Porto Alegre, no âmbito da prática e do ensino. 2020.

BOVOLENTA, T. M. FELÍCIO, A. C. O doente de Parkinson no contexto das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. *einstein* (São Paulo), São Paulo, v. 14, n. 3, p. 7-9, set. 2016

BOVOLENTA, T. M.; FELÍCIO, A. C. Pacientes com Parkinson no contexto da Política Pública de Saúde Brasileira. *Einstein* (São Paulo), v. 14, n. 3, p. 7-9, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Parkinson. Portaria SAS/MS n. 10, 31 de outubro de 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/14/Portaria-Conjunta-PCDT-Doenca-de-Parkinson.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Ciência, tecnologia e Insumos Estratégicos. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. Doença de Parkinson. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_doenca_parkinson_livro_2010.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 2006 out. 20.

BRASIL. Lei nº 8080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 1990 set. 20.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira - 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325 de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 2008 fev. 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Portaria SAS/MS nº 228 de 10 de maio de 2010. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Parkinson. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília. 2010 mai. 11.

BRASIL. Portaria GM Nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. 2 ed. 2013.

BRASIL. Portaria Nº 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. Inclui novas Práticas Integrativas e Complementares (PICS) ao SUS. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Disponível em <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/portaria-849-27-demar%C3%A7o-2017-Praticas-integrativas-e-complementares-2.pdf>. Acesso em: 05 Dez. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitude de ampliação de acesso. 2ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. TERAPÊUTICAS, PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES. PORTARIA Nº 228, DE 10 DE MAIO DE 2010. SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS EM SAÚDE PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 31 DE OUTUBRO DE 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson.

BRASIL. PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC.

CABREIRA, V.; MASSANO, J. Doença de Parkinson; Revisão clínica e atualização. *Acta Médica Portuguesa* , v. 32, n. 10, p. 661-670, 2019.

Carvalho VA, Caramelli P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). *Dement Neuropsychol* 2007;1:212-216

CHOU, K.L. Diagnosis and differential diagnosis of Parkinson disease. UpToDate, ago. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differentialdiagnosis-of-parkinsondisease?search=parkinson&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=de_fault&display_rank=3. Acesso em: 24 set. 2020.

Coriolano MGWS, Silva EG, Fortuna ES, Asano A, Monteiro D. Perfil epidemiológico dos pacientes com doença de Parkinson do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. *Neurobiologia*. 2013;76(1)-19-28.

Coelho M., Ferreira JJ (2012). Doença de Parkinson em estágio avançado. *Revisão Nacional de Neurologia* , 8(8), 435–442.

COFEN 585/2018 de 8 de agosto de 2018. Estabelece e reconhece Acupuntura como especialidade e/ou qualificação profissional de Enfermagem.

CORTELETTI, Mayra Campista. Segmento farmacoterapêutico de pacientes portadores de doença de Parkinson no município de Santa Teresa-ES. 2019. Tese de Doutorado. Brasil.

CUNHA, Sara Almeida da Silva. Parkinsonismo atípico: diagnóstico diferencial. 2015. Tese de Doutorado.

DONÁ, Débora Aline et al. AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA DOENÇA DE PARKINSON BASEADA EM INSTRUMENTOS VALIDADOS E NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF): ESTUDO DE CASO. *Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal*, v. 13, n. 3, 2021.

DORSEY, E. R.; ELBAZ, A. Global, regional, and national burden of Parkinson's disease, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, v. 17, n. 11, p. 939-953, 2018.

Espitiro Santo, F. H. et al. (2019) Práticas integrativas e complementares no cuidado ao idoso In Alvarez, A.M., Caldas, C.P., Gonçalves, L.H.T. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde do Idoso Ciclo 1(p.61-68), ARTMED.

Franco TB, Hubner LC. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando. *Saúde Debate*. 2019;43(6)Esp:93-103

Fernandes, I., & Andrade Filho, A. S., (2018). Estudo clínico-epidemiológico de pacientes com doença de parkinson em salvador-bahia. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 22(1), 45-59. ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON EM SALVADORBAHIA | Fernandes | Revista Brasileira De Neurologia E Psiquiatria (Revneuropsiq.Com.Br)

FONSECA, Anny Carolini Dantas et al. Interdisciplinaridade na gestão do cuidado ao idoso. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 2, p. 4045-4050, 2021.

GAMBARRO, R. C. et al. Avaliação da dor no idoso: proposta de adaptação do Geriatric Pain Meansure para a língua portuguesa. *Rev Bras Med*. v. 66, n. 3, p. 62-65, 2009.

Gil ISMC. Sintomas não-motores da doença de Parkinson [dissertação]. Coimbra: Escola de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal, 2010

Giacomelli, A. O. (2018). *Papel dos receptores purinérgicos em modelo animal de doença de Parkinson*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

HAYES, M.T. Parkinson's Disease and Parkinsonism. *The American Journal of Medicina*, v. 132, n. 7, p. 802 - 807, 2019.

Horta W. Escalas clínicas para avaliação de pacientes com doença de parkinson. In: Meneses Ms, Teive HAG. Doença de Parkinson: aspectos clínicos e cirúrgicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 83-96. 19.

HOMAYOUN, H. I Parkinson Disease. *Annals of Internal Medicine*, v. 169, n. 5, p. 33 - 51, 2018.

Hughes AJ, Daniel SE, Blankson S, et al. A clinicopathologic study of 100 cases of Parkinson's disease. *Arch Neurol* 1993;50:140-8.

Hunt S, McEwen J, Mckennas S. Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J R Coll Gen Pract*. 1985;35(273):185-8.

Lana, RC et al. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ-39. *Brazilian Journal of Physical Therapy* [online]. 2007, v. 11, n. 5 [Acessado 21 Fevereiro 2022] , pp. 397-402. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000500011>>. Epub 11 Dez 2008. ISSN 1809-9246. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000500011>

[35552007000500011.](#)

LANA, R. C.; GOULART, F. R. P.; MAIA, T.; PRUDENTE, C.; CARDOSO, F. Estudo da confiabilidade do Questionário de Qualidade de Vida na Doença de Parkinson – 39 (PDQ-39). In: Anais do VIII Encontro de Extensão da UFMG. 2005. Belo Horizonte. Belo Horizonte: UFMG; 2005. p. 01-06.

Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(supl 1):1-4s. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051000090

MALAK, A. L. S. B.; VASCONCELLOS, L. F.; PEREIRA, J. S.; GRECA, D. V.; CRUZ, M.; ALVES, H. V. D. et al. Symptoms of depression in patients with mild cognitive impairment in Parkinson's disease. *Dement Neuropsychol*, v. 11, n. 2, p. 145 - 153, 2017.

Martignoni E, Franchignoni F, Pasetti C, Gerriero G, Picco D. Psychometric properties of the unified Parkinson's disease rating scale and of the short Parkinson's evaluation scale. *Neurol Sci*. 2003;24:190-1.

Mercante B, Deriu F, Rangon CM. Auricular neuromodulation: the emerging concept beyond the stimulation of vagus and trigeminal nerves. *Medicines*. 2018;5(1). pii E10.

Morris ME. Movement Disorders in people with Parkinson disease: A model for physical therapy. *Phys Ther*. 2000;80(6): 578-97.

MOURÃO NETTO, José Jeová et al. Cuidado Clínico e Cuidado Clínico de Enfermagem: circunscrevendo um novo campo conceitual. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 12, n. 1, jun. 2021. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4174>>. Acesso em: 10 maio 2022. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.4174>.

NEVES, Marcos Lisboa. Manual prático de auriculoterapia. Porto Alegre: Ed. Do Autor, 2009.

NELSON, Isabel Amaral de Sousa Rosso (Org). As práticas integrativas e os cuidados humanescentes em saúde. Mossoró: EDUERN, 2019.

Nieuwboer A, De Weerd W, Dom R, Bogaerts K, Nuyens G. Development of an activity scale for individuals with advanced parkinson's disease: reliability and "on-off " variability. *Phys Ther*. 2000;80(11):1087- 96.

PARKINSON, J. An Essay on the Shaking Palsy. Londres: Whittingham and Rowland, 1887.

PETERNELLA, F.M.N; MARCON, S.S. Descobrindo a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 1, p. 25-31, fev. 2009.

PETO V; JENKINSON, C.; Fitzpatrick R. PDQ-39: a review of the development, validation and application of a parkinson's disease quality of life questionnaire and its associated measures. *J Neurol*. 1998;245(Supl 1):S10-4.

PINHEIRO, J. E. S.; BARBOSA, M. T. Doença de Parkinson e Outros Distúrbios do Movimento em Idosos. In: FREITAS, E. V. D.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 360-370.

Ribeiro RP, Sedrez JA, Candotti CT, Vieira A. Relationship between chronic non-specific low back pain with disability, static posture and flexibility. *Fisioter Pesqui* (Online). 2018;25(4):425-31. doi: 10.1590/1809-2950/18001925042018 8. Malta DC, Bernal RTI,

RIEDER, C. R. Canabidiol na doença de Parkinson. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 42, n. 2, p. 126-127, 2020

Rosso ALZ, Nicaretta DH, Mattos JP. Correlações anatomoclínicas na Doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Neurologia*, v. 44, n.4, 2008.

RODRIGUES, Wellington Pereira et al. Percepção dos idosos acerca da assistência humanizada de enfermagem frente ao mal de Parkinson. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 2, n. 4, p. 3421-3430, 2019.

Sanches, K. C, & Cardoso, K. G. (2012). Estudo da fadiga e qualidade de vida nos pacientes com doença de Parkinson. *J Health SciInst*, 30(4), 391-394. Retrived from: Estudo da fadiga e qualidade de vida nos pacientes com doença de Parkinson | *J. Health Sci. Inst*;30(4)

SANTOS STEIDL, Eduardo Matias; ZIEGLER, Juliana Ramos; FERREIRA, Fernanda Vargas. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007.

Silva FS, Pabis JVPC, Alencar AG, Silva KB, Navarro-Peternella FM. Evolução da Doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. *Revista de Neurociências*. 2010.

SOUZA, C.F.; ALMEIDA, H. C.; SOUZA, J. M.; COSTA, P.H.; SILVEIRA, Y.S.; BEZERRA, J. C. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. *Revista de neurociência, Mossoró*, v. 19, n. 4, p. 718-723, 2011.

SOUZA, C.F.; ALMEIDA, H. C.; SOUZA, J. M.; COSTA, P.H.; SILVEIRA, Y.S.; BEZERRA, J. C. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. *Revista de neurociência, Mossoró*, v. 19, n. 4, p. 718-723, 2011.

SOUZA, R. G., et al. Quality of life Scale in Parkinson's Disease. *Arquivos de neuropsiquiatria*. São Paulo, v. 65, n. 3, p. 787-791, 2007.

SOUZA, Maria Jose Silva et al. Perfil sociodemográfico, clínico e funcional de idosos com Doença de Parkinson. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 3, p. 10548-10557, 2021.

STEIDL, E.M.S.; ZIEGLER, J.R.; FERREIRA, F.V. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. *Disciplinarum Scientia, Série: Ciências da Saúde, Santa Maria*, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007.

SVEINBJORNSDOTTIR, S. The clinical symptoms of Parkinson's disease. *Journal of Neurochemistry*, v. 139, n. 1, p. 318-324, 2016.

TEIVE, H. A. G. O papel de charcot na doença de parkinson. Arquivos de neuro-psiquiatria, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 141-145, 1998.

Tesser CD, Sousa IM, Nascimento MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. Saúde Debate. 2018;42(n. spe1):174-88.

TEIVE, H.A.G. Etiopatogenia da Doença de Parkinson. Revista neurociências, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 201-214, out./dez. 2005.

TYSNES, O. B.; STORSTEIN, A. Epidemiology of Parkinson's Disease. Journal of Neural Transmission, v. 128, [s.n.], p. 901-905, 2017.

Vieira A, Reis AM, Matos LC, Machado J, Moreira A. Does auriculotherapy have therapeutic effectiveness? An overview of systematic reviews. Complement Ther Clin Pract. 2018;33:61-70.

Yang LH, Duan PB, Hou QM, Du SZ, Sun JF, Mei SJ, et al. Efficacy of auricular acupressure for chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evid Based Complement Alternat Med. 2017;2017:6383649.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Neurological disorders: a public health approach. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_3_b_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf?ua=1.