

Estado do Rio Grande do Sul
Secretaria Estadual da Saúde



Nota Técnica
Atenção ao Indivíduo com Doença de Parkinson

Porto Alegre - RS 2022

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. Distribuição gratuita.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Secretária Estadual da Saúde/RS - Arita Gilda Hübner Bergmann.

Secretária Estadual Adjunta - Ana Lucia Pires Afonso da Costa.

DAPPS - Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde - Direção de Departamento: Péricles Stehmann Nunes.

DGAE - Departamento de Gestão da Atenção Especializada - Direção de Departamento: Lisiane Wasem Fagundes.

DEAF - Departamento de Assistência Farmacêutica - Direção de Departamento: Roberto Eduardo Schneiders.

DRE - Departamento de Regulação Estadual - Direção de Departamento: Eduardo Elsade.

Equipe de elaboração

DAPPS - Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde:

- o Divisão de Atenção Primária à Saúde: Laura Ferraz e Carla Daiane Silva Rodrigues;
- o Divisão de Condições Crônicas Transmissíveis e Não Transmissíveis: Fábio de Freitas Floriano e Fernanda Torres de Carvalho;
- o Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida: Ana Lúcia Amaral e Joana Finkelstein Veras;
- o Divisão de Políticas Transversais: Alpheu Ferreira do Amaral Junior, Maísa Beltrame Pedroso, Marilise Fraga de Souza, Tatiane Dafiani Lafin;

DGAE - Departamento de Gestão da Atenção Especializada: Lisiane Nunes da Fontoura;

DEAF - Departamento de Assistência Farmacêutica: Gabriela Bandeira Bulamaque;

DRE - Departamento de Regulação Estadual: Yara Castro.

Associação Parkinson do Rio Grande do Sul/APARS:

- o Presidente - Neusa Chardosin;
- o Vice-presidente – Guilherme Gomes de Sousa Machado;
- o Diretora Científica - Sheila Trentin;
- o Voluntária - Simone Gnoatto;
- o Voluntária - Juliana Didonet;
- o Voluntário - Bruno Samuel Fraiman de Oliveira.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - Serviço de Nutrição e Dietética: Soraia Poloni.

Assembleia Legislativa:

Chefe de Gabinete do Deputado Vilmar Lourenço - Eduardo Altafini Gomes da Silva.

Organização: Grupo Condutor da Atenção às Pessoas com Condições Crônicas, conforme [PT/SES nº64/2017, publicada no DOE nº 20 de 27/01/2017.](#)

Avenida Borges de Medeiros, 1501 (Centro Administrativo Fernando Ferrari) - Bairro Praia de Belas CEP: 90119-900 - Porto Alegre/RS

NOTA TÉCNICA CONJUNTA
ATENÇÃO AO INDIVÍDUO COM DOENÇA DE PARKINSON

Porto Alegre, 20 de julho de 2022.

1. ASSUNTO

Recomendações da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS) aos municípios para organização, qualificação e fortalecimento do cuidado a Doença de Parkinson (DP) na rede de atenção à saúde do estado do Rio Grande do Sul.

2. INTRODUÇÃO

No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, observa-se uma mudança na distribuição da faixa etária populacional com aumento significativo do contingente de idosos. Cabe ressaltar que, com o envelhecimento da população, os usuários tornam-se mais suscetíveis às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo a doença de Parkinson uma delas. Cabe ressaltar a necessidade de as redes de atenção à saúde locais contarem com atendimento integral à saúde dos indivíduos com Parkinson.

O envelhecimento na população gaúcha é notável. Segundo o Plano Estadual de Saúde 2020/2023, o Estado do RS conta com 18,2% da população com 60 anos ou mais, o que torna o RS o Estado mais envelhecido do Brasil. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população idosa chegará a 24,3% da população, estimando-se que, neste segmento populacional, a razão entre os sexos deverá ser de 79 homens/100 mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

A Doença de Parkinson (DP) se manifesta em todos os grupos étnicos e classes socioeconômicas. Apesar de ter uma prevalência maior em indivíduos idosos, pode acometer pessoas mais jovens. Dados mostram que a prevalência a cada 100.000 indivíduos é de 41 na faixa etária dos 40 aos 49 anos; 107 dos 50 aos 59 anos; 428 dos 60 aos 69 anos; 1087 dos 70 aos 79 anos e 1903 acima de 80 anos (Pringsheim T et al, 2014). Trata-se de um distúrbio do sistema nervoso central (SNC) devido a perda de neurônios,

especialmente, os que produzem dopamina. As manifestações clínicas desta doença variam desde sintomas não-motores - como depressão, intestino preso, transtornos do sono, entre outros – até os sintomas motores clássicos, os quais permitem que seja feito o diagnóstico.

A DP é a causa mais comum de parkinsonismo (Keener AM, Bordelon YM, 2016), que se constitui de uma síndrome clínica em que há combinação de lentidão de movimentos associada a rigidez muscular e/ou tremor de repouso (POSTUMA et al, 2015).

Por ser uma doença progressiva e incurável, até o momento, tem elevado impacto social e financeiro, afetando o cotidiano das pessoas acometidas e de seus familiares e cuidadores. A DP apresenta um custo progressivamente elevado ao sistema de saúde, tanto com medicamentos para os sintomas motores como também para os não-motores, além de custos com terapias não-farmacológicas.

A qualidade de vida do paciente com DP sofre impacto significativo, sendo que a identificação da doença, em seu estágio inicial, torna-se importante, o que desafia os profissionais da APS. Ademais, a identificação e monitoramento das complicações da doença é de suma importância para o adequado suporte aos usuários e seus familiares.

3. OBJETIVO

Qualificar e organizar a rede de atenção às pessoas com doença de Parkinson no Estadual no Estado do Rio Grande do Sul, aperfeiçoando o atendimento integral e multiprofissional ao parkinsoniano.

4. JUSTIFICATIVA

Implementar mecanismos para o enfrentamento da Doença de Parkinson, fomentar a qualificação, a humanização do atendimento e estabelecer as diretrizes no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul em atenção ao indivíduo com Doença de Parkinson.

5. ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para os usuários com doenças degenerativas no sistema de saúde. Os processos de adoecimento do Parkinson acometem, em sua grande maioria (mas não exclusivamente), os idosos, necessitando de atenção e cuidados na APS. O cuidado integral e interprofissional é de suma importância para este agravo e a atuação conjunta e coordenada dos profissionais auxilia na definição de planos terapêuticos, vinculando os pacientes e seus familiares ao serviço de saúde.

Na APS os usuários com DP devem ser cadastrados em seu território adstrito, as equipes devem realizar o mapeamento da comunidade, reconhecendo as suas necessidades. Devem ser realizadas ações e serviços de promoção, orientação sobre fatores de risco, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, por meio das orientações sobre alimentação e nutrição, práticas de atividades físicas, prevenção de quedas, autocuidado, questões de saúde mental, dirigidas não só a pessoa com DP, mas também aos seus familiares e cuidadores, e também na assistência às condições clínicas mais comuns que acometem as pessoas com Parkinson.

A rede de atenção à saúde (RAS) deve estar organizada para garantir o fluxo de assistência ao usuário de forma coordenada em todos os níveis, desde a prevenção até a reabilitação, sendo que a APS desempenha um papel fundamental, identificando, prestando orientações e encaminhando à atenção especializada os usuários com DP.

Na atenção especializada, o Estado conta com serviços de regulação definindo acesso para consultas, exames e internação. Os fluxos de referência e contrarreferência são essenciais para o cuidado dos usuários, assim como o financiamento disponível em todos os níveis de atenção à saúde.

Cabe ressaltar a importância de ações para capacitar e qualificar profissionais sobre toda a linha de cuidado da DP. A SES/RS deve cumprir seu papel em parceria com os demais entes da federação, a fim de potencializar o cuidado do indivíduo com DP. O Estado recomenda aos municípios realizarem campanhas publicitárias sobre a conscientização da DP, com ênfase na data de 11 de abril (Calendário Oficial – Lei 15.375/2019), a fim de levar a conhecimento do público em geral a forma da detecção da doença, a importância do tratamento humanizado e o respeito a pessoa acometida pela moléstia.

6. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Os profissionais das equipes de Atenção Básica (eSF, eAP, NASF-AB, eSB, eCR) devem atuar prestando orientações e tratamento da DP. O reconhecimento dos sinais e sintomas desta doença é fundamental para o devido rastreamento e diagnóstico oportuno.

Cabe à equipe de APS, além do atendimento integral e multiprofissional, conhecer a população acometida pelas doenças crônicas, em especial a DP. A avaliação do impacto na saúde da população acometida pela Doença de Parkinson é fundamental no território em que a APS está inserida, sendo que para o correto tratamento e melhora na qualidade de vida dos usuários com DP é essencial o acompanhamento por profissionais da APS.

É importante que as equipes da APS tenham conhecimento do número de pessoas diagnosticadas em seu território de abrangência, assim como o conhecimento dos serviços de atenção especializada ou de reabilitação de referência. Também devem conhecer as condições de vida dessas pessoas: como é o convívio familiar, características da moradia, atividades de vida diária, grau de dependência, quando presente, e aspectos referentes à saúde mental do usuário e da família.

A Rede Bem Cuidar RS (RBC/RS) que integra o Programa Estadual de Incentivos para Atenção Primária à Saúde (PIAPS) é uma proposta de colaboração entre as gestões estadual e municipal, os trabalhadores da saúde e a população. O objetivo do projeto é incentivar a melhoria e o fortalecimento dos serviços de APS oferecidos à população gaúcha. O projeto conta com o ciclo do envelhecimento saudável e a certificação das unidades amigas do idoso, que tem nas suas atribuições, a realização da avaliação multidimensional dos seus usuários a partir dos 60 anos, período em que a maioria dos casos de Parkinson iniciam a manifestação.

Ademais, o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio conta com a comissão do idoso, congregando profissionais e instituições que se dedicam à temática do suicídio na população idosa para pensar estratégias e abordagens no escopo das políticas públicas.

6.1 Diagnóstico da DP

O diagnóstico da doença é feito através de avaliação clínica, com utilização de exames complementares para excluir outras doenças neurológicas que possuem sintomas semelhantes. Não há nenhum teste específico para o seu diagnóstico ou para a sua prevenção. Como não existe cura para a doença, a identificação precoce pode retardar o progresso da doença e combater os sintomas. O método clínico centrado na pessoa, o

matriciamento, além do genograma, são ferramentas que potencializam a integralidade e as intervenções (Plouvier et al, 2017).

O Diagnóstico da DP só pode ser firmado após o aparecimento dos primeiros sintomas motores e é feito em duas etapas. A primeira consiste em definir se o paciente apresenta parkinsonismo, que nada mais é do que a presença de lentificação dos movimentos (bradicinesia) associada a tremor de repouso e/ou rigidez. Cumprida a primeira etapa, a segunda etapa consiste em saber se o parkinsonismo é atribuível à DP ou a outras causas, como medicamentos, alterações vasculares cerebrais, parkinsonismos atípicos, entre outros (POSTUMA et al, 2015).

Os sintomas motores cardinais descritos acima são fundamentais para o diagnóstico, mas o quadro clínico é muito mais amplo e composto também de outros sintomas tanto motores, como não motores. São exemplos de sintomas da DP a face inexpressiva, redução do volume da voz, dificuldade para engolir, alteração na forma de caminhar e na postura, desequilíbrio, quedas, redução no tamanho da letra, constipação intestinal, incontinência urinária, disfunção erétil, redução do olfato/paladar, depressão, ansiedade, alterações cognitivas, distúrbios do sono, entre outros. Ou seja, trata-se de doença de acometimento multissistêmico, que merece um olhar multidimensional.

6.1.1 DP de início precoce

A DP de início precoce é definida como aquela que inicia antes dos 60 anos e é dividida em: DP de início em jovens, com início entre 21 e 40 anos e DP juvenil, com início antes dos 21 anos. Muitas mutações genéticas têm sido identificadas como causa da DP de início em jovens (ANWUAR et al, 2019). De qualquer forma, clinicamente a DP de início precoce costuma ser indistinguível da DP clássica, embora a história familiar positiva seja mais comum na DP de início precoce, bem como a presença de discinesias (movimentos involuntários coreicos) induzidas pela Levodopa e flutuações motoras (NIEMAN N and JANKOVIC J, 2019).

Como os pacientes com DP de início precoce têm a perspectiva de terem mais tempo de vida com doença do que aqueles que iniciam com os sintomas após os 60 anos, as chances de chegarem a estágios avançados da doença é muito maior. Neste sentido, faz-se necessária uma especial atenção a este grupo com intuito de minimizar o impacto da doença, de forma a garantir reservas físicas e cognitivas através de hábitos de vida

saudável como atividade física, fonoterapia, acompanhamento nutricional, estimulação cognitiva, saúde bucal e assistência psicológica precoces.

6.2 Saúde Mental

Como um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prevista no Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 03/2017, a APS deve identificar e acompanhar os casos de sofrimento psíquico da população do seu território, assim como os casos de transtornos mentais mais prevalentes na população, como ansiedade, distúrbios do sono, transtornos de humor, dentre outros, sendo que as pessoas com DP se enquadram nessa perspectiva.

Ademais, um dos sintomas não motores da DP é a depressão, podendo ocorrer com jovens e idosos acarretando uma piora no quadro da morbidade da doença. A DP aumenta em 4,7 vezes o risco do desenvolvimento de depressão e há uma maior intensificação do quadro depressivo após a DP (Aguiar, *et al*, 2020). A prevalência de comorbidades neuropsiquiátricas na DP é extremamente alta e gira em torno de 20-40% de depressão, 40-50% de ansiedade, 15-30% de psicose e 40% de apatia (Aarsland D, Marsh L, Schrag A., 2009). Também é importante destacar que uma proporção importante dos pacientes com DP acaba apresentando alterações cognitivas, que vão desde declínio cognitivo leve até a demência. A prevalência de demência após 20 anos de doença chega a 83% nesta população (O'Callaghan C, Lewis SJG. 2017). Dessa forma, a atenção cuidadosa para os sintomas expostos acima é uma parte importante para o tratamento integral da DP.

As equipes da APS podem compartilhar o cuidado em saúde mental com as equipes matriciadoras de saúde mental disponíveis no território, como os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) ou as Equipes Especializadas de Saúde Mental (AMENT). Já os casos graves e persistentes de transtornos mentais podem ser compartilhados com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, quando presentes no território (municípios acima de 15 mil habitantes).

6.3 Saúde do Idoso

Diversos fatores de risco são associados com o aumento no risco de desenvolvimento de DP, sendo que o envelhecimento se destaca como o principal deles (Riediri & Vieira, 2021). O Estado do Rio Grande do Sul publicou a Portaria SES nº 444, de 10 de junho de 2021, que aprova a Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa (PESPI) com o intuito de promover o envelhecimento ativo e saudável.

Com a implementação das ações previstas na Portaria SES Nº 444, como a avaliação multidimensional das pessoas idosas de forma sistemática, a qual permite classificar a capacidade funcional do idoso, bem como o acompanhamento desse idoso no território onde está cadastrado, pretende-se também a identificação e investigação da Doença de Parkinson de forma precoce, bem como demais doenças de maior prevalência no idoso, adaptando o tratamento para essa necessidade específica.

Para destinar abordagens adequadas a cada estrato da população idosa nos diferentes pontos de atenção da rede de atenção, faz-se necessária a adoção de uma **compreensão multidimensional** para avaliar e identificar as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional. Essa avaliação direciona as intervenções adequadas e o caminho a percorrer junto à rede de atenção à saúde e/ou junto às redes intersetoriais – redes de assistência social, de proteção aos direitos básicos, de convivência, de lazer, esporte, cultura, educação, habitação, trabalho e renda etc., visando suprir lacunas e buscando a manutenção e/ou recuperação da independência e autonomia possíveis para melhor qualidade de vida no processo de envelhecimento. O instrumento indicado para essa compreensão multidimensional é o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20).

O acolhimento do indivíduo com DP pela APS ocorrerá de forma a proporcionar acesso a atenção especializada, porém, mantendo o vínculo com a APS para acompanhamento das demais necessidades do usuário.

6.4 Cuidados com a pele

Pacientes com DP tem alta prevalência de problemas de pele como dermatite seborreica, rosácea e pênfigo bolhoso (Shahid W et al, 2020). Além disso, pessoas com DP tem risco aumentando de desenvolver tanto melanoma, quanto outros cânceres de pele. Sendo assim, faz-se necessária uma avaliação periódica da pele destes pacientes (Krasowska D et al, 2021).

6.5 Saúde Bucal

A DP afeta a saúde bucal à medida que o paciente passa a apresentar maiores dificuldades motoras e cognitivas para a realização de cuidados diários de higiene oral. Além disso, a doença, com o tempo, inexoravelmente causa disfagia (dificuldade de deglutir) e pode causar xerostomia (sensação de boca seca), sensação de ardor oral, doença periodontal e aumento de incidência de lesões de cárie. Os medicamentos utilizados para controle da doença também podem impactar na saúde bucal destes indivíduos à medida que podem piorar a xerostomia. Como há uma dificuldade de engolir, o estado nutricional dos pacientes também pode estar afetado. A disfagia, associada a alteração postural que leva a uma flexão da cabeça para frente, leva o paciente a salivar excessivamente e a acumular saliva nas comissuras labiais, propiciando quadros infecciosos frequentes de queilite angular.

O conhecimento de sinais e sintomas da DP e suas implicações na saúde oral são fundamentais para que a Equipe de Saúde Bucal realize procedimentos preventivos, instruindo o paciente e seus familiares sobre a importância da manutenção de boa higiene oral, além de consultas periódicas ao cirurgião dentista.

6.6 Práticas Integrativas e Complementares (PICS):

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), instituídas no SUS pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), e no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul pela Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC/RS), são possibilidades de oferta de cuidado para a promoção, proteção e recuperação da saúde. As PICS, fundamentadas em sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos próprios, atuam de forma a integrar e complementar a diagnose e a terapêutica dos métodos de saúde convencionais. São técnicas terapêuticas que pressupõem o usuário/paciente na sua integralidade física, mental, emocional, social, ambiental e espiritual, na sua singularidade e integrado à sua coletividade.

As PICS buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e 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. Baseadas em abordagens humanizadas e

humanizadoras, têm se demonstrado efetivas para o cuidado de condições crônicas de saúde o que pode ser de grande valor terapêutico na assistência às condições clínicas comuns que acometem a pessoa com Parkinson.

A efetividade e segurança da oferta de PICS para atenção às condições crônicas pode ser consultada por meio dos [mapas de evidências](#) e pelos Informes sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde publicados pelo Ministério da Saúde (MS): [Nº01/2020 Obesidade e Diabetes Mellitus](#); [Nº02/2020 Hipertensão e Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares](#); [Nº03/2020 Depressão e Ansiedade](#); [Nº05/2020 Insônia](#). Cabe ressaltar que foram exploradas a efetividade e a segurança de PICS como Acupuntura, Auriculoterapia, Aromaterapia, Meditação, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa, Shantala e Yoga para as condições de saúde destacadas.

A partir das informações disponíveis sobre evidências clínicas das Práticas Integrativas e Complementares produzidas pelo MS, identifica-se estudos científicos, de alto grau de confiança, que indicam que a acupuntura, auriculoterapia e práticas corporais da medicina Tradicional Chinesa seriam efetivas para a atenção às pessoas que estão com excesso de peso/obesidade. Para pessoas com Diabete Mellitus, práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa apresentaram melhores resultados. Para Hipertensão e Fatores de Risco relacionados a Doenças Cardiovasculares, a Auriculoterapia, Plantas Medicinais e Fitoterapia e Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa. Para questões de saúde mental como depressão e ansiedade Acupressão, Acupuntura, Aromaterapia, Meditação e Práticas Corporais da Medicina Tradicional Chinesa. Para a insônia Acupuntura, Auriculoterapia, Fitoterapia, Meditação, Práticas Meditativas e Corporais da Medicina Tradicional Chinesa, Shantala e Yoga.

Considerando as evidências produzidas por meio de estudos científicos sobre a efetividade das PICS, vislumbra-se a necessidade de ofertar cuidado integral para a atenção à saúde das pessoas usuárias do SUS que vivem com Parkinson, na APS.

6.7 Política de Alimentação e Nutrição (PAN)

A Política de Alimentação e Nutrição tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (PNAN, 2014. p. 27)

A doença de Parkinson (DP) sendo uma doença progressiva e degenerativa, pode acarretar dificuldades nas atividades de vida diária, tais como fazer compras e cozinhar, o que possivelmente, acarretará mudanças nos hábitos alimentares. A alimentação no tratamento da DP tem por função auxiliar uma nutrição adequada, melhorando a qualidade de vida.

Pacientes com DP apresentam risco aumentado de desnutrição e perda de peso, e o estado nutricional deve ser monitorado regularmente ao longo da progressão da doença. A perda de peso involuntária pode estar presente ao diagnóstico e está, possivelmente, associada ao aumento da demanda energética relacionada ao aparecimento e/ou agravamento das discinesias e rigidez. Os fatores relacionados ao desenvolvimento de desnutrição nesta população incluem: idade avançada, dose elevada de levodopa, disfagia, ansiedade, depressão e morar sozinho.

Sintomas bulbares como disfagia, hipofonia, disartria e sialorréia são sintomas frequentes na DP. Em particular, a disfagia está significativamente associada a desnutrição e pneumonia por aspiração, além de prejudicar a participação em eventos sociais que envolvam alimentação (Gandhi P and Steele CM, 2022). Pneumonia aspirativa é a principal causa de hospitalização e morte em pacientes com DP (Dilmaghani S et al, 2022). Sintomas de disfagia podem ocorrer em fases iniciais da DP, contudo, a auto-percepção é limitada (Frank et al, 2021), podendo ser silenciosa em um percentual significativo (20-40%) dos casos, apesar de acometer mais de 80% dos pacientes em fase avançada da doença (Burgos, et al, 2017). Deste modo, é recomendado que os pacientes com DP sejam submetidos à triagem de disfagia por um fonoaudiólogo, em qualquer estágio da doença, quando houver qualquer indício de uma deglutição anormal (Cosentino, G., Avenali, M., Schindler, 2022). Adaptações na consistência da dieta, como espessamento dos líquidos, podem ser necessárias e devem ser orientadas à família de modo que o aporte nutricional adequado seja obtido. Indivíduos com DP apresentam, também, maior risco de deficiência de vitamina D, vitamina B12 e folato. Portanto, é importante monitorar a ingestão destes nutrientes de forma a garantir o aporte adequado e suplementar, caso necessário (Burgos, et al, 2017).

Sintomas gastrointestinais podem prejudicar a nutrição de pacientes com DP. A constipação é um dos principais sintomas não motores da doença, com prevalência variando de 24,6% a 63%. Um diagnóstico preciso e um tratamento adequado da constipação é fundamental para prevenir complicações como a oclusão intestinal e garantir uma resposta clínica ideal à levodopa. O aumento no aporte de fibras alimentares, líquidos e o uso de probióticos podem auxiliar no manejo da constipação nestes pacientes (Stocchi F, Torti M, 2017).

É importante considerar a influência das medicações na ingestão alimentar e estado nutricional. A levodopa é a droga mais eficaz no tratamento da DP. Em função de sua estrutura química, ela compete com aminoácidos grandes neutros na absorção intestinal e transporte na barreira hematoencefálica (Virmani T, et al, 2016). Portanto, todos os pacientes são aconselhados a tomar levodopa cerca de 30 minutos antes das refeições para evitar interações. Em pacientes com flutuações motoras pode ser recomendada a redistribuição da ingestão de proteínas ao longo do dia. Em pacientes em uso de dieta enteral e uso enteral de levodopa, é sugerida a interrupção da nutrição enteral por pelo menos 1 h antes e 30-40 min após a administração do medicamento. Já a estimulação cerebral profunda (DBS) pode acarretar ganho de peso rápido e acentuado devido à redução do gasto energético pela diminuição de discinesias e mudanças no comportamento alimentar. Esse ganho de peso às vezes induz à obesidade e pode ter repercussões metabólicas (Burgos, et al, 2017 e (Virmani T, et al, 2016)).

A alimentação do indivíduo com Parkinson deve se basear em uma dieta saudável, rica em fibras e em alimentos *in natura*. Deve-se ter especial atenção aos sinais de disfagia (como engasgos ou tosse durante/após a alimentação) e à perda de peso involuntária, que sinaliza o processo de desenvolvimento de desnutrição.

A agenda de nutrição para ações de controle e prevenção das carências nutricionais e de promoção da alimentação saudável nos serviços de saúde deve ser planejada a partir do diagnóstico local, baseado na caracterização do perfil epidemiológico da comunidade e dos espaços domiciliares. Deste modo, entende-se a importante a presença do nutricionista para atuar diretamente junto a indivíduos, famílias e comunidade, buscando a melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde para todos.

6.8 Fisioterapia e estímulo a atividade e exercício físicos

A Organização Mundial da Saúde, em sua última diretriz, recomenda que adultos e idosos devem praticar atividade física regular: pelo menos 150 a 300 min de exercício físico aeróbico de moderada intensidade ou, pelo menos, de 75 a 150 min de vigoroso exercício físico ao longo de uma semana. Para benefícios adicionais, ainda seria recomendado que por, pelo menos, 2 dias na semana sejam feitos exercícios de fortalecimento muscular. No grupo dos idosos, além disso, é recomendado que, ao menos durante 3 dias da semana, sejam feitos exercícios que trabalhem o equilíbrio funcional (World Health Organization. 2020).

Exercícios aeróbicos promovem saúde cerebral, reduzindo inflamação e estresse oxidativo, com alguns estudos estimando uma redução de até 60% do risco de desenvolver DP em indivíduos que se exercitam regularmente no início da vida adulta (Alberts JL and Rosenfeldt AB, 2020).

Embora o tratamento medicamentoso da DP alivie uma série de sintomas motores, seu efeito no equilíbrio e agilidade é muito limitado. Sendo assim, a prática de exercícios físicos e – quando necessário – de fisioterapia é um pilar fundamental no tratamento da doença. Como trata-se de condição progressiva, uma vez necessária a fisioterapia a mesma deve ser entendida pela rede de saúde como tratamento de longo prazo, e não por tempo determinado. Os benefícios da fisioterapia ocorrem tanto a curto quanto longo prazo na melhora da qualidade de vida, e também impactam na dose de medicamentos prescritos (Okada Y et al, 2021).

Além dos efeitos nos sintomas motores, na saúde cardiovascular e respiratória, os exercícios físicos melhoram cognição, sintomas depressivos e de ansiedade e sono em pacientes com DP (Emig M, 2021).

7. ATENÇÃO DOMICILIAR

Atenção Domiciliar (AD) é a modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio, complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, promovendo atendimento humanizado e personalizado, possibilitando maior rapidez na recuperação dos pacientes, maior autonomia e otimização dos leitos

hospitalares. É indicada para usuários em condição de estabilidade clínica em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna.

A equipe AD, através de visitas domiciliares, tem o intuito de orientar o cuidador e/ou a família, prescrevendo cuidados necessários para diminuir os problemas decorrentes da doença de Parkinson. A comunicação da equipe multiprofissional com o cuidador e a família do usuário traz benefícios aos pacientes, no sentido de promover conforto e abrandar a evolução dos sintomas.

8. ATENÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Atenção às Urgências – RAU é uma organização complexa e que atende a diferentes condições de saúde. Em função disto, é composta por múltiplos pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência: SAMU, UPA 24 horas, Leitos clínicos de retaguarda, Leitos Cuidados Prolongados, Qualificação de leitos de UTI, Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com AVC, Unidades Coronarianas e Serviço de Atendimento Domiciliar.

Especificamente na atenção aos usuários com DP, a RAU deve estar organizada e capacitada, de modo que seus componentes atuem de forma integrada e sinérgica, na busca de uma atenção qualificada e resolutiva, com objetivo de reduzir morbimortalidade.

9. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Visando garantir o acesso ao tratamento farmacológico promovendo a atenção integral às pessoas com Doença de Parkinson, deve ser preconizado no âmbito do SUS, o tratamento para Doença de Parkinson conforme descrito no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.

A oferta de medicamentos no SUS, em nível ambulatorial, para tratamento de doenças ou de agravos de saúde é padronizada pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). As responsabilidades de financiamento, aquisição e fornecimento e das instâncias gestoras em nível Federal, Estadual e Municipal e o acesso aos medicamentos estão definidos por meio de três Componentes: Básico, Estratégico e Especializado. De forma complementar, o Estado do Rio Grande do Sul disponibiliza um

elenco de medicamentos e fórmulas nutricionais por meio do Programa de Medicamentos Especiais (Portaria SES/RS 670/2010).

Conforme a lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, que realiza as revisões periódicas. A partir do PCDT atual, são ofertados medicamentos descritos abaixo, devendo ser observadas futuras revisões.

Por meio do componente Básico, os usuários têm acesso aos seguintes medicamentos:

- Levodopa/carbidopa: comprimidos de 200/50 mg e 250/25 mg;
- Levodopa/benserazida: comprimidos ou cápsulas de 100/25 mg ou comprimido de 200/50 mg. Comprimidos de 100/25 mg são disponíveis na forma dispersível;
- Biperideno: comprimidos de 2 mg e comprimidos de liberação controlada de 4 mg.

Sendo os municípios os responsáveis pela aquisição e pelo fornecimento dos medicamentos do componente básico, orienta-se que estes devem incluir todas as apresentações nas Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Por meio do componente Especializado, os usuários têm acesso aos seguintes medicamentos:

- Amantadina 100 mg (por comprimido) ^{1B}
- Bromocriptina 2,5 mg (por comprimido) ^{1B}
- Clozapina 25 mg (por comprimido) ^{1A}
- Clozapina 100 mg (por comprimido) ^{1A}
- Entacapona 200 mg (por comprimido) ^{1A}
- Pramipexol 0,125 mg (por comprimido) ^{1A}
- Pramipexol 0,25 mg (por comprimido) ^{1A}
- Pramipexol 1 mg (por comprimido) ^{1A}
- Selegilina 5 mg (por comprimido) ^{1B}
- Triexifenidil 5 mg (por comprimido) ^{1B}
- Rasagilina 1 mg (por comprimido) ^{1A}

^{1A} Medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal, sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

^{1B} Medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde mediante transferência de recursos financeiros para aquisição pelas Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação.

Por meio do Programa de Medicamentos Especiais, são fornecidas fórmulas nutricionais que visam suplementar a alimentação de pacientes com DP que apresentam risco nutricional, seja por desnutrição, perda de peso involuntário ou disfagia. A lista completa de fórmulas pode ser consultada na Resolução nº 216/2014 - CIB/RS.

No Estado do Rio Grande do Sul, os medicamentos do componente Especializado, bem como medicamentos e fórmulas nutricionais do Programa de Medicamentos Especiais, são fornecidos à população por meio das Farmácias de Medicamentos Especiais FME(s).

O Estado conta atualmente com FME(s) em todos os municípios e a solicitação dos medicamentos deste componente também pode ser feita através da Plataforma Farmácia Digital RS (<https://saude.rs.gov.br/farmacia-digital>). Na página, pacientes e profissionais de saúde podem consultar os medicamentos disponíveis nas FME(s) e a documentação necessária para a solicitação dos mesmos. Também é possível fazer a primeira solicitação de medicamentos e a renovação para continuidade do(s) tratamento(s).

Cabe destacar, que além dos componentes básico e estratégico, os usuários contam com o Programa Aqui tem Farmácia Popular, tal programa tem o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. Nos estabelecimentos da rede privada de farmácias e drogarias comerciais conveniadas ao Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, por sistema de copagamento, o usuário paga até 10% do valor de referência estabelecido pelo Ministério da Saúde para cada um dos princípios ativos dos medicamentos que fazem parte do elenco do Programa. No que se refere ao PCDT da Doença de Parkinson, consta no elenco:

- Levodopa/carbidopa: comprimidos de 250/25 mg;

- Levodopa/benserazida: comprimidos ou cápsulas de 100/25 mg

Adicionalmente, cabe ressaltar que apesar de não constarem no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de DP, medicamentos utilizados no tratamento de sintomas não-motores ou complicações e de condições que comumente acometem pacientes com DP, também são disponibilizados na rede pública de saúde. Para fins de acesso a medicamentos dos Componentes Especializado e Especial, os pacientes devem atender os critérios preconizados nos respectivos Protocolos Clínicos, podendo ser informado o CID-10 de DP como CID-10 secundário, visando complementar a justificativa da indicação de tratamento.

10. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

De acordo com o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson** (PCDT) da Doença de Parkinson (2017), os pacientes com DP que não obtiveram um controle adequado das complicações motoras (flutuações ou discinesias) devem ser encaminhados para centros de referência com vistas a uma reavaliação terapêutica e possibilidade de intervenção cirúrgica - implante de estimulador cerebral profundo. O procedimento de implante de estimulador cerebral profundo consta na Tabela de procedimentos SUS (SIGTAP). A SES tem convênio com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que realiza os procedimentos e o Estado fornece equipamento.

A assistência ao paciente com diagnóstico de DP através de internação hospitalar pode ser realizada em Hospital Geral quando este estabelecimento tiver condições técnicas. Segue abaixo quadro com os respectivos valores e quantidades por ano do procedimento: (0303040181) para o tratamento de Doença de Parkinson nos últimos quatro anos no RS.

Quadro 1: Procedimentos para tratamento de Parkinson (2018,2019, 2020 e 2021)

Ano de Internação	Valor Total da AIH	Q td. De AIH
2018	R\$ 74.634,14	105
2019	R\$ 96.423,67	121
2020	R\$ 56.586,97	100
2021	R\$ 56.942,10	77

Os Serviços habilitados na assistência em alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia tem capacidade técnica para realizar a assistência ao paciente com diagnóstico de Doença de Parkinson.

O Apêndice I consta informações sobre a rede habilitada em alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia no estado do Rio Grande do Sul.

10.1 Programa de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR

O Decreto RS nº 56.015 de 02 de agosto de 2021, institui o Programa de Incentivos Hospitalares - ASSISTIR para a qualificação da atenção secundária e terciária em saúde nos hospitais contratualizados para prestação de serviços no SUS. O ASSISTIR é uma modalidade de incentivo financeiro público estadual pré-fixado, repassado aos Fundos de Saúde dos Municípios com gestão hospitalar própria ou diretamente aos hospitais contratualizados pelo Estado, condicionado à observância dos requisitos do Programa.

A Regulamentação do Decreto foi disciplinada pela Portaria SES nº 537 de 3 de agosto de 2021, onde constam os critérios, tipos de serviços, da habilitação, o valor do incentivo e do suplementar diferencial, as obrigações, controle e fiscalização, sanções administrativas.

O valor do incentivo do programa ASSISTIR para o ambulatório de neurologia é de R\$70.000,00 por mês. Esses serviços deverão realizar o diagnóstico e tratamento de doenças do cérebro, da medula espinhal e dos nervos periféricos, entre outras, incluindo epilepsias de difícil controle; doenças dos movimentos, como a Doença de Parkinson; problemas de memória, como a Doença de Alzheimer; cefaleias; alterações dos nervos e músculos e neuropsicologia.

Segundo a Portaria SES nº 537/2021 que regulamenta programa ASSISTIR, o ambulatório de neurologia deve conter equipe multidisciplinar: Médico neurologista, Equipe de enfermagem, Fisioterapeuta, Psicólogo e Fonoaudiólogo.

A oferta mínima de consultas médicas devem ser de 240/ consultas mês, sendo que no ambulatório deve constar a referência para Serviço de Alta Complexidade em Neurologia e contrarreferência na APS ou ambulatório de Doenças Crônicas e Idosos, bem como ofertar exames diagnósticos como laboratório, ressonância magnética (RM), tomografia computadorizada (TC), ultrassonografia (US), eletroencefalograma (EEG), eletroneuromiograma (ENMG), completando a linha de cuidado integral.

10.2 Acesso a Equipe de Cuidados Paliativos

O cuidado paliativo é uma prática individualizada de cuidado a pessoas portadoras de uma doença que traga uma ameaça a sua vida. Ele está focado em melhorar a qualidade de vida dos pacientes através da abordagem de seus sintomas, aspectos psicossociais, espirituais, bem-estar e planejamento para o futuro. O cuidado paliativo também ajuda na redução da sobrecarga do cuidador (Senderovich H and Jimenez Lopez B, 2021). Segundo a Organização Mundial de Saúde, o cuidado paliativo deve ser instituído precocemente no curso da doença, em conjunto com outras terapias (Sepúlveda C et al, 2002). De qualquer modo, especialmente a partir da fase moderada – avançada da doença, seria desejável que as pessoas portadoras da DP sejam acompanhadas por uma equipe de cuidados paliativos, o que evitaria que uma série de medidas fúteis – e que só aumentam o sofrimento do paciente - sejam tomadas, respeitando os valores de cada indivíduo.

11. REGULAÇÃO

A Central de Regulação Ambulatorial (CRA) regula e agenda o primeiro acesso às consultas ambulatoriais, através do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON), o qual está sendo ampliado gradativamente para todo Estado, conforme Resolução CIB nº495 de 2018, que pactua como sistema regulador oficial no Sistema Único de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, os módulos: Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON), para regulação de consultas e exames; Sistema de Gerenciamento de Internações (GERINT), para regulação de internações; e Sistema de Gerenciamento de Procedimentos da Alta Complexidade (GERPAC), para autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade.

A realização de procedimentos (ambulatoriais ou hospitalares), necessários ao tratamento do paciente, bem como o reagendamento de consultas é de responsabilidade do hospital para o qual o paciente teve sua consulta agendada, a partir da avaliação da equipe técnica.

O cadastramento das consultas ambulatoriais no sistema de regulação é realizado pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde e suas Unidades Básicas de Saúde.

A especialidade indicada para atendimento de pacientes com Doença de Parkinson, disponível no sistema GERCON com referência em Porto Alegre é a Neurologia Parkinson.

A solicitação deve ser cadastrada conforme protocolo de encaminhamento específico Neurologia Adulto, constante no Menu Ajuda do GERCON e na Plataforma do Telessaúde.

Figura 1. Fluxo de Regulação de Consultas pelo GERCON.

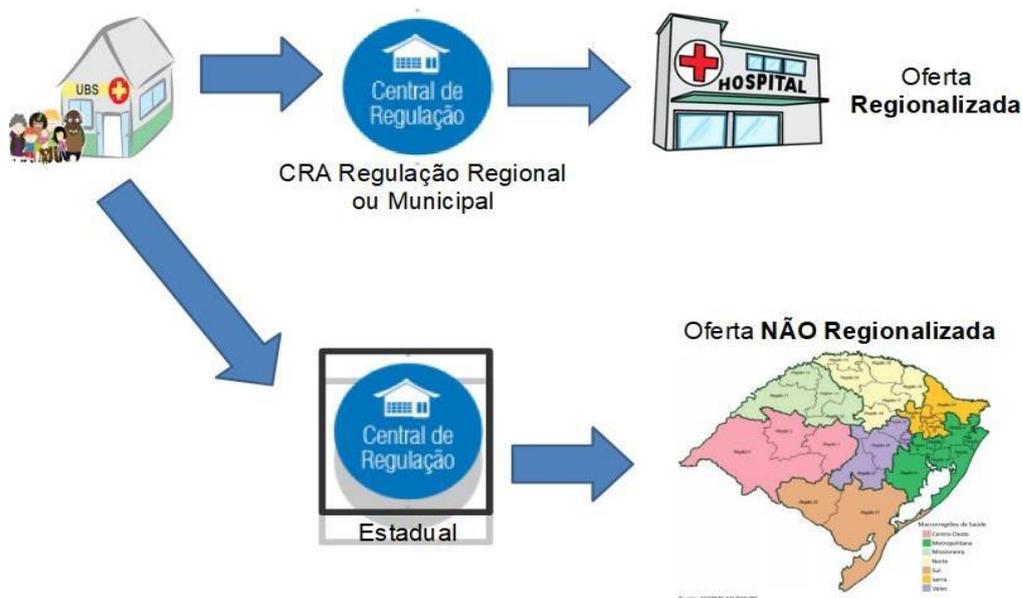


Atualmente, os serviços de referência para atendimento de pacientes com Doença de Parkinson em Porto Alegre são: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) - referência estadual para implante de estimulador cerebral profundo, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCM) e Hospital São Lucas da PUC.

No interior do estado a oferta de consultas pode estar disponível em Neurologia ou em Neurologia Parkinson.

Figura 2. Centrais de Regulação

Centrais de Regulação



REFERÊNCIAS

1. Aguiar, Iago Moura et al. Associação dos sintomas depressivos com o comprometimento da memória episódica em pacientes com a doença de Parkinson. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2020, v. 69, n. 4 doi.org/10.1590/0047-2085000000291
2. Alberts JL, Rosenfeldt AB. The universal prescription for Parkinson's disease: exercise. *J Parkinsons Dis*. 2020;10(s1):S21-s27. doi:10.3233/jpd-202100
3. Alena R. A. Medrado, Juliana Dantas, Júlia Reis e Juliana Azevedo - Você conhece as principais implicações da Doença de Parkinson na saúde bucal? (on line), 2020, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
4. Annette O A Plouvier, Tim C Olde Hartman, Clementine E M Verhulst, Bastiaan R Bloem, Chris van Weel, Antoine L M Lagro-Janssen, Parkinson's disease: patient and general practitioner perspectives on the role of primary care, *Family Practice*, Volume 34, Issue 2, 1 April 2017, Pages 227–233, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw115>
5. Anwar A, Saleem S, Akhtar A, Ashraf S, Ahmed MF. Juvenile Parkinson Disease. *Cureus*. 2019 Aug 17;11(8): e5409. doi: 10.7759/cureus.5409. PMID: 31632863; PMCID: PMC6795374.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA CONJUNTA Nº 10, DE 31 DE OUTUBRO DE 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos->

[clínicos-e-diretrizes-terapêuticas-
pcdt/arquivos/2019/PortariaConjuntan18de14102021_PCDT_Psoriase.pdf](#)

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
8. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, Gomes F, Jesús P, Leischker A, Muscaritoli M, Poulia KA, Preiser JC, Van der Marck M, Wirth R, Singer P, Bischoff SC. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr*. 2018 Feb;37(1):354-396. doi: 10.1016/j.clnu.2017.09.003. Epub 2017 Sep 22. PMID: 29274834.
9. Carlos R. M. Rieder, Luciano Silveira Eifler, Paulo Viana, PRIMEIROS SOCORROS PARA PACIENTES COM A DOENÇA DE PARKINSON, set. de 2021, EDIPUCRS.
10. Cosentino, G., Avenali, M., Schindler, A. *et al.* A multinational consensus on dysphagia in Parkinson's disease: screening, diagnosis and prognostic value. *J Neurol* **269**, 1335–1352 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10739-8>
11. Dilmaghani S, Atieh J, Khanna L, Hosfield EA, Camilleri M, Katzka DA. Severity of dysphagia is associated with hospitalizations and mortality in patients with Parkinson's disease. *Neurogastroenterol Motil*. 2022 Jun;34(6):e14280. doi: 10.1111/nmo.14280. Epub 2021 Oct 10. PMID: 34628711.
12. Emig M, George T, Zhang JK, Soudagar-Turkey M. The Role of Exercise in Parkinson's Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2021 Jul;34(4):321-330. doi: 10.1177/08919887211018273. PMID: 34219524.
13. Frank, U., Radtke, J., Nienstedt, J.C., Pötter-Nerger, M., Schönwald, B., Buhmann, C., Gerloff, C., Niessen, A., Flügel, T., Koseki, J.-C. and Pflug, C. (2021), Dysphagia Screening in Parkinson's Disease. A diagnostic accuracy cross-sectional study investigating the applicability of the Gugging Swallowing Screen (GUSS). *Neurogastroenterology & Motility*, 33: e14034. <https://doi.org/10.1111/nmo.14034>
14. Gandhi P, Steele CM. Effectiveness of Interventions for Dysphagia in Parkinson Disease: A Systematic Review. *Am J Speech Lang Pathol*. 2022 Jan 18;31(1):463-485. doi: 10.1044/2021_AJSLP-21-00145. Epub 2021 Dec 10. PMID: 34890260; PMCID: PMC9159671.
15. Krasowska D, Gerkowicz A, Mlak R, Leziak M, Małecka-Massalska T, Krasowska D. Risk of Nonmelanoma Skin Cancers and Parkinson's Disease- Meta-Analysis and Systematic Review. *Cancers (Basel)*. 2021 Feb 3;13(4):587. doi: 10.3390/cancers13040587. PMID: 33546132; PMCID: PMC7913207.
16. Niemann N, Jankovic J. Juvenile parkinsonism: Differential diagnosis, genetics, and treatment. *Parkinsonism Relat Disord*. 2019 Oct; 67:74-89. doi: 10.1016/j.parkreldis.2019.06.025. Epub 2019 Jun 30. PMID: 31272925.
17. O'Callaghan C, Lewis SJG. Cognition in Parkinson's Disease. *Int Rev Neurobiol*. 2017; 133:557-583. doi: 10.1016/bs.irn.2017.05.002. Epub 2017 Jun 16. PMID: 28802933
18. Okada Y, Ohtsuka H, Kamata N, Yamamoto S, Sawada M, Nakamura J, Okamoto M, Narita M, Nikaido Y, Urakami H, Kawasaki T, Morioka S, Shomoto K, Hattori N. Effectiveness of Long-Term Physiotherapy in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Parkinsons Dis*. 2021;11(4):1619-1630. doi: 10.3233/JPD-212782. PMID: 34366377; PMCID: PMC8609713.

19. POSTUMA, Ronald B. et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. *Movement Disorders*, [s. l.], v. 30, n. 12, p. 1591–1601, 2015
20. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TD. The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord*. 2014 Nov;29(13):1583-90. doi: 10.1002/mds.25945. Epub 2014 Jun 28. PMID: 24976103
21. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.) PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2020/2023. Porto Alegre, 2021. <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>
22. Senderovich H, Jimenez Lopez B. Integration of palliative care in Parkinson's disease management. *Curr Med Res Opin*. 2021 Oct;37(10):1745-1759. doi: 10.1080/03007995.2021.1954895. Epub 2021 Jul 30. PMID: 34254548.
23. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of pain and symptom management*. 2002;24(2):91-96.
24. Shahid W, Satyjeet F, Kumari R, et al. Dermatological Manifestations of Parkinson's Disease: Clues for Diagnosis. *Cureus*. 2020;12(10):e10836. Published 2020 Oct 7. doi:10.7759/cureus.10836
25. Silva, Franciny da et al. Avaliação do risco de quedas entre pessoas com doença de Parkinson a Artigo extraído da monografia de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem “Risco e quedas entre as pessoas com a doença de Parkinson cadastradas na Associação Parkinson Santa Catarina”, de autoria de Franciny da Silva, orientado por Angela Maria Alvarez. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2019. Escola Anna Nery [online]. 2022, v. 26 [Acessado 19 Abril 2022], e20210131. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0131>>. Epub 11 Fev 2022. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0131>.
26. Stocchi F, Torti M. Constipation in Parkinson's Disease. *Int Rev Neurobiol*. 2017; 134:811-826. doi: 10.1016/bs.irn.2017.06.003. Epub 2017 Jul 13. PMID: 28805584.
27. VIEIRA, R., and CHACON, L. A doença de Parkinson. In: *Movimentos da hesitação: deslizamentos do dizer em sujeitos com doença de Parkinson* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 17-41. ISBN 978-85-7983-664-0. Available from SciELO Book
28. Virmani T, Tazan S, Mazzoni P, Ford B, Greene PE. Motor fluctuations due to interaction between dietary protein and levodopa in Parkinson's disease. *J Clin Mov Disord*. 2016 May 26; 3:8. doi: 10.1186/s40734-016-0036-9. PMID: 27231577; PMCID: PMC4881294.
29. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337001>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

APÊNDICE I

Rede hospitalar habilitada em assistência - alta complexidade em Neurologia/Neurocirurgia no estado do Rio Grande do Sul.

NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA						UNIDADES/SERVIÇOS				CENTROS				
MACRO REGIÃO	CRS	REGIÃO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO	CNES	TRAUMA E ANOMALIA DO DESENVOLVIMENTO	COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS	TUMORES DO SISTEMA NERVOSO	NEUROCIRURGIA VASCULAR	NEUROCIRURGIA DOR E FUNCIONAL	EPILEPSIA	ENDOVASCULAR	ESTEREOTÁXICA	
METROPOLITANA	2º CRS	10	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre	2237601									
				Hospital São Lucas da PUC	2262568									
				Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	2237253									
				Hospital Cristo Redentor S.A	2265060									
				Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A	2237571									
	1º CRS	8	Canoas	Hospital Universitário	35085281									
				Hospital Nossa Senhora das Graças de Canoas	2232014									
				Hospital Universitário São Francisco de Paula	2253046									
				Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	225305									
				Santa Casa de Rio Grande – Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	2232995									
SUL	3º CRS	21	Pelotas	Hospital Universitário São Francisco de Paula	2253046									
				Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	225305									
			Rio Grande	Santa Casa de Rio Grande – Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	2232995									
				Santa Casa de Rio Grande – Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande	2232995									
SEIRA	5º CRS	23	Caxias do Sul	Hospital Pompéia – Pio Sodalício Damas de Caridade de Caxias do Sul	2223546									
CENTRO OESTE	10º CRS	3	Uruguaiana	Hospital Geral Santa Casa de Uruguaiana	2248190									
MISSIONEIRA	14º CRS	12	Cruz Alta	Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	2263858									
				Hospital de Caridade São Vicente de Paulo	2263858									
			Santa Rosa	Hospital Vida Saúde – Associação Hospital de Caridade de Santa Rosa	2254611									
				Hospital Vida Saúde – Associação Hospital de Caridade de Santa Rosa	2254611									
NORTE	6º CRS	17	Passo Fundo	Hospital São Vicente de Paulo	2246988									
				Hospital da Cidade de Passo Fundo	2246929									
VALES	16º CRS	27	Cachoeira do Sul	H.Caridade e Beneficência	2266474									
				H.Caridade e Beneficência	2266474									
		29	Lajeado	Hospital Bruno Born - Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado	2252287									

Fonte: AE/DGAE/SES