

A DOENÇA DE PARKINSON EM INDIVÍDUOS DO SEXO MASCULINO ACIMA DE 65 ANOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

SALVADORI, Ana Carolina dos Santos¹
SBARDELOTTO, Milena Daniela²
SANTOS, Margerete Simone Fanhani³

RESUMO

O artigo tem como finalidade a contribuição para o conhecimento dos profissionais da área da saúde e população, quanto ao diagnóstico, à incidência em indivíduos do sexo masculino acima de 65 anos e tratamentos na doença de Parkinson, assim como uma pequena abordagem na participação do profissional de Enfermagem neste processo e de que cuidados podem ser proporcionados ao portador de Parkinson, para prestar uma assistência integral, humanizada e de qualidade a este. Estima-se que esse distúrbio acomete cerca de 1% da população mundial com mais de 65 anos. Quando os sinais e sintomas precedentes ao fechamento do diagnóstico da doença de Parkinson são detectados tardiamente proporcionam uma má qualidade de vida e dificuldades no tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson, Diagnóstico, Incidência.

THE PARKINSON DISEASE IN FRI MALE SUBJECTS OF 65 YEARS UP: A LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

This article aims to contribute to the knowledge of health professionals and general population regarding the diagnosis and the incidence of Parkinson disease in male individuals over 65 years old; it is estimated that this disease affects around 1% of the world population above this age. When the signs and symptoms preceding the diagnosis of this disease are detected belatedly, it may lead to a poor quality of life, emotional and physical trauma, disruption of family and social ties, and also difficulty in treatment.

KEYWORDS: Parkinson's disease, diagnosis, Incidence.

1. INTRODUÇÃO

Segundo IBGE (2010) estima-se que 19,6 milhões de brasileiros (10,2%), têm idade igual ou superior a 60 anos. Com o envelhecimento obtém-se a novos agravos e patologias prevalentes desta faixa etária, assim apresentado as doenças degenerativas, dentre elas a mais comum Doença de Parkinson (DP).

A Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade descrita pela primeira vez em 1817, pelo médico inglês James Parkinson. "Doença neurológica progressiva que afeta os centros cerebrais responsáveis pelo controle e regulação do movimento" (NETTINA et al, 1996, p.331). Considera-se a Doença de Parkinson a segunda patologia neuro degenerativa senil mais comum da população acima de 65 anos (NAKABAYASHI et al., 2008).

Os sinais e sintomas da Doença de Parkinson estão basicamente relacionados a alterações da motricidade e possui características clínicas compostas por tremor, bradicinesia e rigidez, causadas pela insuficiência de dopamina (PORTO, 2001).

O princípio da Doença de Parkinson costuma ser silencioso, dificilmente o acometido identifica a fase exata em que notou alguma mudança em si; geralmente familiares próximos percebem modificações sutis. (GONÇAVES, ALVAREZ e ARRUDA, 2007). Estudos demonstram que sua ocorrência pode estar relacionada tanto a fatores genéticos, quando sua manifestação se dá relativamente cedo, por volta da terceira ou quarta década de vida, quanto por fatores ambientais, como exposições a pesticidas e outras substâncias químicas ou situações. Ainda que essas informações sofram algum nível de discordância, justificada, segundo autores, pela insuficiência de dados neurológicos prévios ao diagnóstico médico. (AGUIAR et al 2010)

Lana et al (2007) estima que em 2020 aproximadamente 40 milhões de pessoas no mundo terão desordens motoras secundárias à Doença de Parkinson (DP). Por estes motivos segundo Os dados referentes à epidemiologia da DP são importantes, uma vez que podem fornecer dados quanto à sua ocorrência, etiologia e informações sobre planejamentos na Saúde Pública. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais.

Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos (VERAS e PARAHYBA, 2007).

¹Acadêmica do 8º Período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel. E-mail anacarolina_mn12@hotmail.com

²Acadêmica do 8º Período do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel. E-mail milenadsbardelotto@gmail.com

³Enfermeira. Especialização em docência do Ensino Superior Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz – Cascavel -E-mail margaretesimone@fag.edu.br

A dinâmica do conhecimento no mundo depende de pesquisas e o trabalho científico contribui significativamente para o desenvolvimento da sociedade a partir da percepção crítica. Ninguém sabe se estará sujeito a desenvolver a doença de Parkinson e é uma dúvida cruel em saber como a doença vai evoluir. O diagnóstico de uma doença degenerativa representa consequências psicossociais muito significativas, o rompimento de laços tanto familiares quanto sociais auxilia na piora do estado emocional somatizando assim outro problema. O diagnóstico é basicamente clínico, não apresentando exame específico confirmado a presença da doença. (HOEHN e YAHR, 1967). Quando detectada, já apresenta um nível avançado, dificultado o tratamento precoce para a redução dos sintomas.

Desta forma apresenta-se indispensável compreender a dificuldade no fechamento do diagnóstico prévio da Doença de Parkinson e sua incidência nos indivíduos do sexo masculino na faixa etária acima de 65 anos.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e bibliográfica, sendo elaborados baseados em dados já existentes, que foram encontrados em livros, revistas, artigos, jornais, etc. Neste caso, a fundamentação se apoiará em bibliografia constante em livros dos últimos 10 anos das áreas mencionadas. As informações foram coletadas em literaturas específicas e base de dados on-line de cunho científico como: Scielo, Lilacs, Google Acadêmico, etc.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOENÇA DE PARKINSON

De acordo com Hauser e Zesiewicz (2001) “a Doença de Parkinson (DP).

[...] é um distúrbio neurológico progressivo causado pela degeneração de neurônios da substância negra responsáveis pela produção de dopamina, neurotransmissor relacionado principalmente com a função de coordenação dos movimentos.

As características motoras da DP relacionam-se com tremor em repouso; bradicinesia (lentidão na execução de movimentos), rigidez (hipertonia plástica, acometendo a musculatura flexora, determinando alterações típicas de postura) e distúrbio de equilíbrio (decorrente da perda de reflexos de readaptação postural). Embora haja exceções, quando pelo menos dois desses quatro tipos de sinais clínicos estão presentes, grandes são as chances de o paciente ser portador da DP. (TEIVE, 2000).

Ao aparecerem os primeiros sintomas, a substância negra já perdeu cerca de 60% dos neurônios dopamínergicos e o conteúdo de dopamina no estriado está aproximadamente 80% abaixo do normal (DUTHIE e KATZ, 2002)

“A prevalência da DP tem sido estimada entre 85 e 187 casos por 100.000 pessoas ou 1% da população com idade superior a 55 anos. O início do quadro clínico ocorre geralmente entre 50 e 70 anos de idade. Contudo, podem-se encontrar pacientes com início da doença mais precoce, antes dos 40 anos.” (MENESES e TEIVE, 2003, p. 1)

De acordo com Christofoletti (2010) que realizou um trabalho para verificar os efeitos de um tratamento fisioterapêutico específico sobre o equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com DP, por meio da aplicação de um protocolo de atividades que promove estimulação das funções motoras e cognitivas.

[...] o déficit de equilíbrio é um dos sintomas mais comuns em indivíduos com DP, devido aos danos motores causados pela degeneração da via nigro-estriatal. A atrofia e degeneração dos núcleos da base geram um padrão inibitório exacerbado, fazendo com que o paciente encontre dificuldades em modular as estratégias de equilíbrio. O “parkinsoniano” apresenta um conflito constante de processamento sensitivo central, pois entra em contato com informações visuais e somatossensoriais íntegras e com reações vestíbulo-galvânicas exacerbadas. A maior parte dos pacientes com DP apresenta uma interação deficitária dos sistemas responsáveis pelo equilíbrio corporal e, por conseguinte, tende a deslocar o centro de gravidade para frente. Além disso, os sujeitos acometidos se tornam incapazes de realizar movimentos compensatórios para readquirir a estabilidade estática e dinâmica do corpo, gerando, com certa frequência, situações de quedas (CHRISTOFOLETTI 2010, p.259-63).

O Ainda sim os resultados obtidos neste trabalho indicaram um benefício considerável em sujeitos com DP idiopática, submetidos ao protocolo de exercícios de 03 sessões semanais de 60 minutos durante 06 meses.

Conforme Santos (2010) realizou um trabalho que visou a fazer revisão e atualização da fisioterapia na doença de Parkinson e Concluiu que os exercícios fisioterapêicos entraram definitivamente como auxiliares no tratamento medicamentoso ou cirúrgico da DP. E que com o decorrer dos anos, os exercícios são mais focalizados nos sintomas principais desta doença, principalmente a marcha, equilíbrio, congelamento e as AVD. Os enfermos seriam assim melhor adaptados ao ambiente e suportarem conviver com uma afecção crônica, degenerativa e progressiva.

De acordo com Rodrigues de Paula et al (2011) também o avaliaram os efeitos de um programa de fortalecimento e condicionamento aeróbico no desempenho funcional e na capacidade física de indivíduos com DP.

Concluíram com seus estudos que melhorias funcionais, clínicas e no nível de atividade física dos pacientes, avaliado por meio da marcha, habilidade em usar escadas e das escalas UPDRS e PAH. Além disso, a intervenção utilizada também proporcionou ganhos significativos de qualidade de vida, medidos por meio do perfil de saúde de Nottingham (PSN) (40). Além do ganho obtido no escore total do PSN, os principais ganhos observados foram nos domínios de reação emocional, interação social e habilidade física. Segundo este autor é possível que o programa de treinamento, associando ao condicionamento aeróbio e fortalecimento muscular em grupo aumente os níveis de energia, bem como proporcione oportunidades de socialização e mudanças nas alterações emocionais comuns em indivíduos com DP.

De acordo com Gonçalves et al (2011) em seu estudo a Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da Doença de Parkinson, em que buscou verificar a repercussão dos principais programas de reabilitação e dos exercícios físicos sobre os sintomas motores da marcha ocasionados pela DP, verificou-se que o processo reabilitatório utilizando atividades de exercícios fisioterapêuticos são fundamentais para atenuar e melhorar os distúrbios motores da marcha na DP, especialmente quando direcionados para as especificidades e necessidades funcionais de cada indivíduo, sendo, entretanto, de extrema importância sua associação ao tratamento medicamentoso.

Atualmente, o tratamento visa o controle dos sintomas, porque nenhuma droga ou abordagem cirúrgica impede inequivocamente a progressão da doença. O tratamento deve ser individualizado, porque cada paciente tem um conjunto singular de sintomas, sinais, resposta a medicações e uma gama de necessidades sociais, ocupacionais e emocionais que devam ser levadas em consideração (ROWLAND, 2002).

3.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Indivíduos com DP muitas vezes tem suas atividades básicas, consideradas de rotina, alteradas.

As AVD's, (Atividades de vida Diária) antes realizadas com rapidez e desembaraço, passam a ser realizadas vagarosamente e com muito esforço, levando mais tempo para desempenhar as atividades cotidianas como higiene, vestuário, alimentação e muitas vezes precisam aprender novas estratégias para realizá-las. Apesar da maioria dos sintomas serem de ordem motora, manifestações de ordem não motora também podem ocorrer, dentre elas: comprometimento da memória, depressão, distúrbios do sono e alterações no sistema nervoso autônomo (LODOVICI, 2006).

Segundo Rhaonne as características básicas descritas para a DP são:

- a. Tremor em repouso: é o sintoma inicial em cerca de 50% dos pacientes, ocorre a uma frequência de 4-5 Hz e está presente nas extremidades, quase sempre distalmente. Desaparece à ação, mas ressurge quando os membros mantêm uma postura (ROWLAND, 2002; DUTHIE e KATZ, 2002).
- b. Rigidez: é global e plástica, caracterizada pela permanência dos membros nas atitudes posturais que lhe são impostas. O tônus muscular é aumentado, mas a resistência ao movimento passivo em uma determinada articulação é uniforme através de todo o curso do movimento. Dois tipos de rigidez parkinsoniana são descritos: o de “cano de chumbo”, onde a resistência é suave e plástica, e o da “roda dentada”, onde a resistência ao movimento é intermitente, revelando movimentos fragmentados (ANDRÉ, 2004; HAASE, MACHADO e OLIVEIRA, 2008).
- c. Postura em flexão: inicia-se comumente nos braços e dissemina-se até comprometer todo o corpo. A cabeça inclina-se, o corpo dobra-se para frente, as costas entram em cifose, os braços são mantidos à frente do corpo e cotovelos, quadris e joelhos fletidos (ROWLAND, 2002; HAASE, MACHADO e OLIVEIRA, 2008; FERREIRA et al. 2007). Um estudo realizado por Sanchez et al.(2003) avaliou 25 parkinsonianos de ambos os sexos, através da Biofotogrametria Computadorizada e verificou-se que existe uma correlação positiva significativa entre o grau de projeção anterior do corpo e o tempo de evolução da patologia e que a maior projeção do corpo destes indivíduos se dá após os 60 anos de idade.
- d. Bradicinesia e acinesia: segundo Rebelatto e Morelli (2004) apesar dos termos serem frequentemente usados como sinônimos é necessário distingui-los. Assim, acinesia pode ser definida como incapacidade na iniciação do movimento ou demora no tempo de reação, enquanto bradicinesia se refere à lentidão no movimento e tem muitas facetas, dependendo das regiões corporais comprometidas. A face perde a expressão espontânea (hipomimia), com diminuição da frequência do piscar. A fala torna-se baixa (hipofonia) e a voz tem um tom monótono (FERREIRA et al. 2007; ROWLAND, 2002).

A bradicinesia da mão dominante acarreta uma escrita à mão com letra pequena e lenta (micrografia) e dificuldade em fazer a barba, escovar os dentes, pentear o cabelo, abotoar a roupa, ou aplicar a maquiagem. Tocar instrumentos musicais é alterado. O andar é lento, com um passo mais curto e uma tendência a arrastar os pés; a oscilação dos braços diminui e acaba por desaparecer. Dificuldade em levantar-se de uma poltrona funda, sair de automóveis e virar-se na cama são sintomas de bradicinesia do tronco. A saliva escorrendo decorre da incapacidade de deglutição espontaneamente. O paciente consegue deglutição de maneira apropriada quando solicitado a fazê-lo, mas somente lembretes constantes possibilitam que eles continuem deglutiendo. Assim também, a oscilação dos braços pode ser normal se o paciente desejar voluntariamente, e com esforço, fazer os braços oscilarem ao caminhar (ANDRÉ, 2004; ROWLAND, 2002).

- e. Perda de reflexos posturais: resulta na dificuldade de endireitar o tronco, ocasionando quedas e finalmente uma incapacidade de ficar de pé sem o auxílio. O andar é marcado por festinação, com o paciente andando cada vez mais rápido, tentando mover os pés para frente para ficar sob o centro de gravidade do corpo flexionado, evitando assim a queda. Aragão e Navarro (2006), através de uma análise de propensão a quedas em uma população parkinsoniana (n=50) verificaram que pacientes com deslocamentos reais inferiores a 25,4 cm, durante a aplicação do 5 Teste de Alcance Funcional (TAF) e pacientes que realizaram o Teste de Levantar e Andar (TLA) em um tempo maior ou igual a 14 segundos, teriam menor equilíbrio e, portanto, risco de quedas aumentado. O TLA (14s) e o TAF portanto, podem ser importantes ferramentas de medida do risco de quedas, seguindo para uma conduta preventiva do tratamento fisioterapêutico, mantendo ou melhorando os níveis de equilíbrio que expõe o parkinsonismo aos episódios de quedas.
- f. Fenômeno do congelamento: é uma incapacidade transitória de executar movimentos ativos. O congelamento ocorre tipicamente quando o paciente começa a caminhar (“hesitação de partida”), tenta virar enquanto caminha, aproxima-se de um destino, como uma cadeira em que vai sentar (“hesitação do destino”) e tem medo devido a sua incapacidade de lidar com barreiras percebidas ou atividades com tempo limitado, como, por exemplo, entrar em portas giratórias, portas de elevador que possam se fechar e atravessar ruas de tráfego pesado. A combinação de congelamento e perda de reflexos posturais é particularmente devastadora (ROWLAND, 2002). A cognição também é afetada, mas geralmente não de maneira grave como visto na doença de Alzheimer.

De acordo com Souza, Bertani e Bueno (2010), a elevação das doses dos fármacos utilizados em tratamento de paciente estudado possa explicar a piora da mobilidade torácica evidenciada em seu estudo. A mudança do tipo de respiração diafragmática (respiração com o diafragma invertido), se da por conta da diminuição da mobilidade torácica. (LIMONGI 2001) afirmaram que a levodopa é o principal fármaco utilizado para a DP, entretanto esse tratamento tem inúmeras desvantagens, pois ela não evita a progressão da doença, apenas ameniza os sintomas.

Azevedo e Cardoso (2009) explicam que a mesma é convertida em dopamina corrigindo o problema bioquímico da DP. Segundo eles, não há dúvida quanto à efetividade da dopamina na melhora dos sintomas motores globais causados pela doença. Apesar dos possíveis efeitos colaterais, é o recurso farmacológico mais eficaz. Segundo Monte et al (2004),

os exercícios respiratórios auxiliam no relaxamento de forma eficaz e diminui o trabalho respiratório durante a expansão torácica, aumentando as capacidades vitais do paciente, prevenindo assim as limitações musculoesqueléticas, que podem contribuir para alta incidência de complicações pulmonares, por ventilação inadequada.

3.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O enfermeiro pode atender o portador de Parkinson, seja no hospital, na unidade Saúde da Família ou na sua residência, mediante realização de visita domiciliar, ao invés do médico APARGS (2011).

A Portaria nº 228/10 do Ministério da Saúde propõe o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Parkinson” abrangendo todo o território nacional, estabelece diretrizes de diagnóstico, tratamento, dispensação e controle de medicamentos e acompanhamento dos indivíduos com DP. O documento apresenta um termo de esclarecimento que deve ser assinado pelo paciente ou seu responsável legal para que ocorra a dispensação dos medicamentos específicos para DP.

O profissional de enfermagem deve estar orientado quanto a promoção do bem estar, através do desenvolvimento de uma relação enfermeiro/paciente, que possa gerar mudanças e crescimento para alcançar o cuidado traçado como objetivo.

Oliveira Feitosa (2011) cita alguns cuidados que o profissional de enfermagem pode prestar incluem orientar, ensinar, incentivar, estimular a realização de algumas ações, tais como: Orientar o portador de Parkinson, quanto a necessidade de realizar exercícios diariamente, a fim de melhorar a força muscular, coordenação, destreza e reduzir a rigidez muscular e cita ainda:

1. Estimular a realizar exercícios posturais para conter a tendência da cabeça e do pescoço, se deslocarem para diante e para baixo.
2. Incentivar a procurar um fisioterapeuta para desenvolver um programa de exercício individualizado e para fornecer instruções para o paciente e cuidador sobre o modo de realizar os exercícios com segurança.
3. Encorajar, ensinar e apoiar o paciente durante as atividades diárias para promover o autocuidado.
4. Encorajar o paciente a seguir um padrão de horário regular para realizar as necessidades fisiológicas e a aumentar a ingestão de líquidos e alimentos com um conteúdo de fibra moderada, já que a constipação e dificuldade urinária são manifestações da doença.
5. Monitorar o peso semanalmente, para saber se a ingestão calórica é adequada, pois alguns portadores de Parkinson apresentam dificuldades para manter o peso, decorrente da dificuldade para mastigar e deglutar.
6. Encorajar a procurar um fonoaudiólogo, para ensinar exercícios, que possibilitem a melhora da fala e facilitem a comunicação entre família, pacientes e profissionais da saúde, pois alterações na fala são características dos portadores de Parkinson.

7. Estimular a participação em grupos de apoio, atividades de lazer e eventos sociais que pode ajudar a reduzir a depressão.
8. Esclarecer quanto à importância do tratamento medicamentoso, horário das medicações e dosagem, e da necessidade do acompanhamento interdisciplinar, a fim de retardar a progressão da doença e proporcionar melhor qualidade de vida.

Compete à enfermagem e à equipe de saúde, disponibilizar apoio ao portador de DP, oferecendo novas possibilidades de tratamentos que ajudem na melhora dos sintomas e a manutenção da autonomia. As ações de enfermagem incluem a atenção ao paciente e a família em todas as fases da evolução da Doença de Parkinson, auxiliando no vínculo familiar para que possa dar suporte ao paciente durante o período de aceitação do quadro e das limitações decorrentes da doença, minimizando os sentimentos de incapacidade (GONÇALVES, 2007).

4. ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram encontrados 11 artigos científicos, dissertações e teses além de livros didáticos de geriatria, neurologia e fisiologia da biblioteca da Faculdade Assis Gurgacz, campus Cascavel.

Através da revisão bibliográfica realizada, a doença de Parkinson manifesta-se com a perda de mecanismos neurais que são incapazes de se regenerar, apresentando sinais como: rigidez muscular, bradicinesia e tremor. Os sintomas da doença causa limitações nas atividades cotidiana dos indivíduos portadores da doença, e tais limitações podem acarretar um sentimento de invalidez, incapacidade, depressão e repercutir em uma baixa qualidade de vida.

De acordo com a bibliografia estudada, a doença de Parkinson é rara antes dos 40 anos, sendo sua prevalência a partir dos 60 anos, porém na literatura Nacional pesquisada, foram encontrados pouco artigos que apresentassem resultados de estudos epidemiológicos de modo válido da doença de Parkinson, porém o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgou dados do Censo 2000, que a expectativa de vida aumentou, gerando crescimento de 21 % da população acima de 65 anos, o que propiciou estimar que uma população de cerca de 200 mil indivíduos desenvolveriam a DP até 2011. (Souza *et al* 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde estima-se que no ano 2050 o Brasil será o país com a maior população de idosos mundialmente, refletindo no aumento da incidência da Doença de Parkinson, gerando uma demanda maior do conhecimento sobre a patologia e profissionais qualificados para o atendimento da mesma.

De acordo com a pesquisa realizada por Filho *et al* (2001) do Perfil epidemiológico de pacientes com transtorno do movimento, a Doença de Parkinson acomete 1% da população acima de 65 anos, sendo sua maior prevalência entre a oitava e a nona década de vida, entretanto não foram encontrados dados que apontem uma prevalência no sexo masculino.

O diagnóstico da DP é baseado em critérios clínicos, numa história cuidadosa e exame físico minucioso. Não há exames laboratoriais, marcadores biológicos ou estudos de imagem que confirmem o mesmo, entretanto por ser baseado apenas na sintomatologia dificulta o processo de diagnóstico precoce (MERRIT 2002).

A importância da anamnese e a observação dos sinais clínicos são a chave para um diagnóstico correto. Nesses pacientes prevalece os sintomas característicos DP, e a rápida identificação dessas manifestações é primordial para uma intervenção terapêutica prévia e que garanta uma melhor qualidade de vida ao portador.

O tratamento deve ser realizado de forma individualizada, pois cada paciente tem um conjunto singular de sintomas, sinais, respostas a medicações e uma gama de necessidades sociais, ocupacionais e emocionais que devam ser levadas em consideração. O enfermeiro deve ter conhecimento científico sobre a doença, respeitando o limite do paciente, proporcionando um atendimento humanizado de forma a suprir as necessidades e que garanta uma melhora significativa no quadro clínico.

A doença de Parkinson não possui cura, porém deve ser tratada na diminuição dos sintomas e também desacelerar o seu progresso. Dentre os métodos de tratamento existentes atualmente estão: fármacos, fisioterapia, terapia ocupacional, estimulação cerebral profunda, fonoaudiologia e cirurgias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de ter havido progressos nos últimos anos, a DP permanece um enigma. Existem evidências que permitem considerar a DP como um resultado de efeito combinado de uma predisposição genética com a interação de múltiplos fatores ambientais. Sabe-se que há uma deterioração de certas zonas do cérebro, mas não é uma situação causada pela idade, sendo a sua principal causa a falta de um neurotransmissor químico essencial, denominado dopamina que sendo administrado permite aos doentes levar uma vida relativamente normal e ativa durante muitos anos.

A doença de Parkinson é uma patologia progressiva, sendo um dos distúrbios motores mais prevalentes entre os idosos. É caracterizada por tremor ao repouso, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. O fenômeno do

congelamento, aliado a perda dos reflexos posturais são arrasadores, uma vez que acabam ocasionando episódios de quedas com o consequente aumento do índice de mortalidade nesta população. Compreender a Doença de Parkinson, adaptar-se a uma nova situação na vida e aprender a aceitar novas metas e desafios, são fatores quase tão importantes como a gestão prática da doença. Pelos resultados dos estudos analisados, podemos concluir que a fisioterapia traz grandes benefícios para os parkinsonianos, principalmente no que diz respeito à mobilidade, equilíbrio e respiração. O tratamento farmacológico isoladamente é ineficaz nos distúrbios de equilíbrio, uma vez que agem especialmente nos tremores e na rigidez.

Por isso, é necessário a combinação do tratamento fisioterapêutico com o medicamentoso, visando à melhoria do quadro geral dos pacientes, auxiliando na estabilização ou melhora dos déficits físicos, proporcionando uma melhor qualidade de vida da pessoa doente. Através de uma abordagem global do doente, buscamos não somente a manutenção ou recuperação da funcionalidade, mas sim, do reequilíbrio bio-psico-social.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR PMC, SEVERINO P. **Biomarcadores na doença de Parkinson: avaliação da expressão gênica no sangue periférico de usuários com e sem mutações nos genes PARK2 e PARK8.** Einstein. 2010; 8(3):291-7.
- ANDRÉ, E. S. **Moléstia de Parkinson – Parkinson's Disease.** Revista Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 11-25, 2004.
- APARGS- **Associação de Parkinson do Rio Grande do Sul.** Disponível em <http://www.apargs.hpg.ig.com.br/page.3.htm#top>. Acesso em: 05/10/2015.
- AZEVEDO, L.L.; CARDOSO, F. **Ação da levodopa e sua influência na voz e na fala de indivíduos com doença de Parkinson.** Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. V.14, p.136-41, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 228, de 10 de maio de 2010. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Doença de Parkinson.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0228_10_05_2010.html acesso em 16/09/2015.
- CHRISTOFOLLETTI1 G. et al **Eficácia de tratamento fisioterapêutico no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com doença de Parkinson,** Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.17, n.3, p.259-63, jul/set. 2010; disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n3/13.pdf>> acessado em 13/05/2015.
- DUTHIE, E.H.; KATZ, P.R. **Geriatria Prática.** 3 ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2002.
- FERREIRA, F.V.; PRADO, A.L.C.; CIELO, C.A. et al. **A relação da postura corporal com a prosódia na doença de Parkinson: estudo de caso.** Revista CEFAC, v.9, n.3, p.319-329, São Paulo, jul./set. 2007.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; ARRUDA, M. C. Pacientes portadores da Doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n. 1, p. 62-8, 2007.
- GONÇALVES G. B.; Araujo Leite M. A.; Pereira J. S.; **Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da Doença de Parkinson** Ver. Bras. Neurol, 47 (2): 22-30, 2011, disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2011/v47n2/a2210.pdf>> acessado em 09 de maio de 2015.
- HAASE, D.C.B.V.; MACHADO, D.C.; OLIVEIRA, J.G.D. **Atuação da fisioterapia no paciente com doença de Parkinson.** Fisioterapia em Movimento, v.21, n.1, p.79-85, Curitiba, jan./mar. 2008.
- HAUSER, R.; ZESIEWICZ, T.; **A doença de Parkinson:** perguntas e respostas. São Paulo: Novartis, 2001.
- HOEHN, M. M.; YAHR, M. D. **Parkinsonism: onset, progression and mortality.** Neurology, v.17, p.427-442, 1967.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) “**Censo Populacional 2010**”, <http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=24>, Página visitada em 13 de março de 2015.
- LANA, R. C. et al. **Percepção da Qualidade de Vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39.** Rev. Bras Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n. 5, p. 397-402, 2007.

LIMONGI P.C.J. **Conhecendo melhor a Doença de Parkinson**, São Paulo, p.13, 37, Editora plexus,2001.

LODOVICI, P. **A Musicoterapia como coadjuvante à doença de Parkinson**. 2006, 224 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Universidade Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo-S.P., 2006.

MENESES, Murilo S.; TEIVE, Hélio A. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MERRIT H. Merrit Tratado de Neurologia. 10^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002

MONTE, S.C. et al. **A intervenção da Fisioterapia na Doença de Parkinson**. v. 5, p.62-65, 2005.

NAKABAYASHI, T. I. K et al. **Prevalência de depressão na Doença de Parkinson**. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 35, n. 6, p. 219-27, 2008.

NETTINA, Sandra M. et al. **Prática de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

OLIVEIRA FEITOSA M. de. **Cuidados de Enfermagem prestados ao Portador da Doença de Parkinson**, 2011 disponível em <<http://www.webartigos.com/artigos/cuidados-de-enfermagem-prestados-ao-portador-da-doenca-de-parkinson/67358/>>, acessado em 15/10/2015.

OLIVEIRA FEITOSA M. de **Cuidados de Enfermagem prestados ao Portador da Doença de Parkinson**, disponível em <<http://www.webartigos.com/artigos/cuidados-de-enfermagem-prestados-ao-portador-da-doenca-de-parkinson/67358/>>, acessado em 15/10/2015.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REBELATTO, J.R.; MORELLI, J.G.S. **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. Barueri-SP: Manole, 2004.

RODRIGUES-DE-PAULA F. et al; **Exercício aeróbio e fortalecimento muscular melhoram o desempenho funcional na doença de Parkinson**; ISSN 0103-5150 Fisioter. Mov., Curitiba, v. 24, n. 3, p. 379-388, jul./set. 2011 Licenciado sob uma Licença CreativeCommons;

ROWLAND, L.P. **Tratado de Neurologia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/02.pdf>> ; acessado em 10/05/2015.

SANTOS V. V. dos. et al; **Fisioterapia na Doença de Parkinson: uma Breve Revisão**; RevBrasNeurol, 46 (2): 17-25, 2010, disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n2/a0002.pdf>>, acessado em 13/05/2015.

SOUZA F. S. P.; BERTANI A. P.; BUENO D. F. R. **Alterações da Mobilidade Torácico Abdominal na Doença de Parkinson: Um relato de caso**, 8º Congresso de Pós-Graduação, 2010; Disponível em <<http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/8mostra/5/506.pdf>>, acessado em 05 de outubro de 2015.

SOUZA, C.F.M. et al A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. Rev Neurocienc 2011;19(4):718-723. disponível em <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/RN1904/revisao%2019%2004/570%20revisao.pdf>> acessado em 18/10/2015.

TEIVE H. A.G. **O Papel de Charcot na Doença de Parkinson** ArqNeuropsiquiatr 1998;56(1):141-145; disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n1/1882.pdf>> acessado em 14/05/2015.

VERAS, R.; PARAHYBA, I. M. **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos a área da saúde: desafios para o setor privado**. Caderno de Saúde Pública, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out. 2007.