

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

A FISIOTERAPIA NA DOENÇA DE PARKINSON – REVISÃO DE LITERATURA¹

Josiane Reichert², Andreza Cristina Larentis Bielski³, Jordana Nielsson⁴, Magliani Reis Fiorin Martel⁵.

¹ Trabalho realizado na disciplina de Metodologia da Pesquisa

² Aluna do Curso de Graduação em Fisioterapia da UNIJUI, reichertjosi@hotmail.com

³ Aluna do Curso de Graduação em Fisioterapia da UNIJUI, andreza.b@hotmail.com

⁴ Aluna do Curso de Graduação em Fisioterapia da UNIJUI, jordanan_@hotmail.com

⁵ Professora do Departamento de Ciências da Vida da UNIJUI, magliani.fiorin@unijui.edu.br

Introdução

A doença de Parkinson (DP) é uma síndrome degenerativa e progressiva do sistema nervoso central, atinge os núcleos da base e causa a diminuição de dopamina (SILVA et al, 2013). Sua prevalência aumenta com a idade, ocorrendo geralmente a partir da quinta década de vida (BERTOLDI; SILVA; NAVEGA, 2013).

A causa da DP ainda não é completamente conhecida, existem indícios de que ela está ligada a distúrbios genéticos e ambientais (SANTOS et al, 2010). O início da doença é insidioso acometendo em sua maioria sujeitos do sexo masculino. Os principais sintomas encontrados são rigidez, tremor, bradicinesia, fraqueza muscular, alterações posturais, déficit de equilíbrio e marcha. Podem também apresentar alterações emocionais e déficits cognitivos com a progressão da doença (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011), resultando com isso uma perda na qualidade de vida, o que pode acarretar em isolamento social (SILVA et al, 2013).

O diagnóstico no primeiro momento é clínico, é baseado na história médica e no exame físico. Existem escalas para avaliar a gravidade da doença em condição geral, incapacidades, função motora e mental e qualidade de vida dos pacientes (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2011).

A Fisioterapia é de grande importância no processo de reabilitação neurológica. A mesma atua através de exercícios específicos para manter a atividade muscular e preservar a mobilidade, consequentemente buscando melhorar a qualidade de vida do sujeito (SILVA et al, 2013).

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura mostrando o que é a doença de Parkinson, e o tratamento fisioterapêutico na doença. As fontes de dados consideradas foram as seguintes bases eletrônicas: Lilacs, SciELO, PubMed e MedLine. Foram encontrados 14 artigos e após uma leitura criteriosa, foram selecionados 10 artigos para este estudo. Os critérios de inclusão foram artigos que falassem sobre a doença de Parkinson e a fisioterapia.

Resultados e Discussões

A doença de Parkinson é uma doença lenta e crônica do sistema nervoso (HAASE; MACHADO; OLIVEIRA, 2008), neurodegenerativa e progressiva, acometendo células nervosas e provocando sua morte (CHISTOFOLETTI et al, 2012). Mais especificamente, acomete células da substância negra, apresentando diminuição da transmissão dopaminérgicas nos núcleos da base (SOUZA et al, 2011). Esta degeneração de neurônios da zona compacta da substância negra, resulta na diminuição da produção de dopamina, causando uma disfunção da via nigroestriatal e após a perda da dopamina

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

estriatal (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012). A etiologia da doença tem sido relacionada a fatores genéticos e ambientais, podendo ser de natureza multifatorial (SANTOS et al, 2010).

A doença acomete pessoas de ambos os sexos, com maior prevalência no sexo masculino. Atinge com maior intensidade pessoas idosas, com início do quadro clínico geralmente surgindo a partir da quinta década de vida, com aumento exponencial entre 65 e 90 anos de idade (BERTOLDI; SILVA; NAVEGA, 2013).

A DP se caracteriza por distúrbios motores e posturais. Os principais distúrbios são a bradicinesia (lentidão de movimento), tremor de repouso, rigidez, acinesia (dificuldade em iniciar movimentos) e instabilidade postural (SOUZA et al, 2011). Com a progressão da doença, ainda podem aparecer sintomas como desordens cognitivas, perda de memória e atenção (CHISTOFOLETTI et al, 2012), disautonomia, demência, depressão e ansiedade (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011), distúrbio da marcha, face em máscara, alteração da voz, disartria, sialorréia, disfunção olfatória, hipotensão ortostática, hiperidrose, seborréia, disfunção sexual, câimbras, dores, parestesias, disfagia, incontinência urinária, micrografia, distúrbios do sono, bradifrenia e demência (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012).

A doença apresenta-se em cinco estágios: estágio 0, onde não apresenta sinais da doença; estágio 1, doença unilateral; estágio 2, doença bilateral, sem déficit de equilíbrio; estágio 3, doença bilateral de leve a moderada, com instabilidade postural e independência nas atividades de vida diária; estágio 4, incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda; e estágio 5, confinado à cama ou à cadeira de rodas (HAASE; MACHADO; OLIVEIRA, 2008).

Quanto ao tratamento, não existem medicamentos capazes de interromper ou evitar a progressão da doença. É possível encontrar atualmente diferentes medicamentos na tentativa de controlar os sintomas, buscando manter uma maior autonomia, independência e equilíbrio psicológico (GONÇALVES; ALVAREZ; ARRUDA, 2011). Dependendo da concentração sérica do medicamento, o paciente poderá ter um tempo on (máximo efeito da medicação) e um tempo off (baixo efeito da medicação), sendo no tempo on os pacientes estão mais capacitados a prática de exercícios físicos, tendo então que ser ajustado o início da atividade física (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012). A levodopa é o medicamento mais potente, mais tolerado e o mais satisfatório dos sintomas, pode ser usado isoladamente ou associado à agonistas dopaminérgicos (SANTOS et al, 2010). A medida que a doença vai progredindo, é necessário aumentar ou diminuir a dose ou intervalos dos medicamentos (GONÇALVES; ALVAREZ; ARRUDA, 2011).

O tratamento cirúrgico é indicado quando o sujeito não responde a medicação ou desenvolvem reações adversas intoleráveis a medicações antiparkinsonismo (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012). O tratamento pela talotomia (no núcleo ventral intermediário) é eficaz para o tremor e a palidotomia (na parte pósterolateral do globo pálido interno) é eficaz no tratamento da distonia (GREENBERG; AMINOFF; SIMON, 2005).

A fisioterapia é uma das principais condutas terapêuticas adotadas na reabilitação da DP. A mesma tem como objetivo primário minimizar os problemas motores causados pela doença, ajudando a manter a autonomia e independência, além de prevenir ou retardar as complicações secundárias advindas com a patologia (SANT et al, 2008).

O plano de tratamento fisioterapêutico deve ser realizado conforme as necessidades particulares de cada sujeito (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011). Incluir exercícios motores, treino de marcha, treinamentos de atividades de vida diária, relaxamento muscular, exercício respiratórios,

Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

(SANTOS et al, 2010) atuar frente as limitações físicas existentes, melhorar mobilidade, a resistência, a postura e o equilíbrio (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011).

A intervenção proposta em estágios leves da patologia, visam a promoção à saúde, ganho de força geral, flexibilidade, equilíbrio e condicionamento em geral, e aos que se encontram em estágios graves é necessário incluir exercícios para mobilidade, flexibilidade, marcha, equilíbrio, treino de transferências, resistência para atividades de vida diária (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011). Os exercícios repetitivos permitem melhorar o controle motor (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012). O exercício aeróbico ajuda na redução de sintomas como a bradicinesia, hipocinesia e distúrbios da marcha. O treino de resistência aumenta a força muscular e também pode ganhar mobilidade, (GONÇALVES; LEITE; PEREIRA, 2011). Exercícios respiratórios aumentam a amplitude torácica promovendo a melhora da função respiratória e da capacidade funcional (SANT et al, 2008). Também pode ser incluído na terapia estímulos visuais, auditivos e somato-sensitivos para uma melhor resposta na solicitação dos exercícios (SANTOS et al, 2010).

O aumento do tônus, o fortalecimento dos músculos que fazem a marcha e o treino de equilíbrio proporciona ao sujeito melhora na execução das passadas, fazendo com que fiquem mais alargadas, já que a marcha parkinsoniana tende a ser com passos curtos e rápidos (VARA; MEDEIROS; STRIEBEL, 2012).

Estudos demonstraram que os exercícios físicos não impedem a progressão da doença, mas mantêm por um maior período um melhor estado de funcionamento muscular e osteoarticular, (SANT et al, 2008) melhorando assim a função dos movimentos e a redução de quedas (SANTOS et al, 2010).

Conclusões

Entretanto, a doença de Parkinson é uma afecção neurodegenerativa progressiva, a qual resulta em distúrbios motores, posturais, e algumas vezes cognitivos, levando a dificuldades e limitações na execução das atividades de vida diária. A fisioterapia associada ao uso de fármacos é de grande importância, pois busca aumentar e manter a independência por um maior período de tempo, buscando com isso uma melhora da qualidade de vida do sujeito.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Fisioterapia, plano de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLDI, Flavia Cristina; SILVA, José Adolfo Menezes Garcia; NAVEGA, Flávia Roberta Faganello. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 117-122. 2013.

CHISTOFOLETTI, Gustavo et al. Efeito de uma intervenção cognitivo-motora sobre os sintomas depressivos de pacientes com doença de Parkinson. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 78-83. 2012.

GONÇALVES, Giovanna Barros; LEITE, Marco Antonio Araujo; PEREIRA, João Santos. Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da Doença de Parkinson. *Revista Brasileira de Neurologia*, Rio de Janeiro v. 47, n. 2, p. 22-30. 2011.

GREENBERG, David. A.; AMINOFF, Michael. J.; SIMON, Roger. P. *Neurologia clínica*. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2005.

HAASE, Deisy Cristina Bem Venutti; MACHADO, Daniele Cruz; OLIVEIRA, Janaisa Gomes Dias de. Atuação da fisioterapia no paciente com doença de Parkinson. *Fisioterapia e Movimento*, Curitiba, v. 21, n. 1, p. 79-85. 2008.

Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: XXIV Seminário de Iniciação Científica

SANT, Cintia Ribeiro de et al. Abordagem fisioterapêutica na doença de Parkinson. Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano, Passo Fundo-RS, v. 5, n.1, p. 80-89, jan./jun. 2008.

SANTOS, Viviane V. dos et al. Fisioterapia na doença de Parkinson: uma breve revisão. Revista Brasileira de Neurologia, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 17-25, abr./maio/jun. 2010.

SILVA, Douglas Monteiro et al. Efeitos da fisioterapia aquática na qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson. Fisioterapia e pesquisa, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 17-23. 2013.

SOUZA, Cheylla Fabricia M. et al. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: Uma Revisão de Literatura. Revista Neurociências, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 718-723. 2011.

VARA, Andressa Correa; MEDEIROS, Renata; STRIEBEL, Vera Lúcia Widniczck. O tratamento fisioterapêutico na Doença de Parkinson. Revista Neurociências, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 266-272. 2012.