

FACULDADE LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DO IDOSO
GESTÃO E ASSISTÊNCIA EM GERONTOLOGIA

ANA MARIA DA COSTA
IONETE ROUSE MONIER ALVES
WALDIVINA DE CÁSSIA LEITE CAIXETA

**O IDOSO PORTADOR DE PARKINSON E A ABORDAGEM INTEGRADA DO
ENFERMEIRO E DO FISIOTERAPEUTA: uma revisão de literatura**

São Luís
2016

**ANA MARIA DA COSTA
IONETE ROUSE MONIER ALVES
WALDIVINA DE CÁSSIA LEITE CAIXETA**

**O IDOSO PORTADOR DE PARKINSON E A ABORDAGEM INTEGRADA DO
ENFERMEIRO E DO FISIOTERAPEUTA : uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Laboro, ao Curso de Especialização Saúde do Idoso Gestão e Assistência em Gerontologia, como requisito para obtenção do Título de Especialista em Saúde do Idoso, Gestão e Assistência em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2016

**ANA MARIA DA COSTA
IONETE ROUSE MONIER ALVES
WALDIVINA DE CÁSSIA LEITE CAIXETA**

**O IDOSO PORTADOR DE PARKINSON E A ABORDAGEM INTEGRADA DO
ENFERMEIRO E DO FISIOTERAPEUTA: uma revisão de literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade Laboro, ao Curso de Especialização Saúde do Idoso Gestão e Assistência em Gerontologia, como requisito para obtenção do Título de Especialista em Saúde do Idoso, Gestão e Assistência em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

Aprovado ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama
Dra. Em Medicina Universidade de São Paulo (USP)**

EXAMINADORA

**Profa. Mestra Rosemary Ribeiro Lindholm (examinadora)
Mestra em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo (USP)**

RESUMO

A doença de Parkinson é o tema deste trabalho focando a interação de uma equipe de profissionais multidisciplinar e a interação entre família e o paciente. Tal objetivo propicia um entendimento amplo acerca da doença, o que consequentemente norteia o trabalho de enfermagem no que tange suas atribuições, frente à interação entre família-paciente e a amortização do sofrimento e prejuízos à qualidade de vida do doente. Foram considerados estudos do período de 1995 a 2013. Observou-se, que evita isolamento e contribui para viabilizar a realização de práticas cotidianas que se tornam complicadas ao indivíduo em virtude dos tremores. Portadores de Doença de Parkinson mostram padrões de desequilíbrio musculares, os quais promovem a distorção do alinhamento, beneficiando uma sobrecarga indevida nas articulações, ligamentos e músculos. O manuseio realizado por meio de alongamentos são técnicas excelentes na melhora da mobilidade da coluna e tecidos, mantendo, postura ereta, equilíbrio e manutenção da independência funcional. Avaliar a melhora de portadores da doença de Parkinson por meio de técnicas de alongamento torna-se necessárias, com o objetivo de diminuir o encurtamento da musculatura de ombros, coluna vertebral e quadris comprometidos, obtendo resultados satisfatórios conforme evolução bem-sucedida, proporcionando conforto e equilíbrio para o paciente, neste contexto faz-se necessário o profissional fisioterapeuta para o complemento de uma equipe multidisciplinar para otimização no tratamento desta patologia.

Palavras-chave: Parkinson. Fisioterapeuta. Enfermagem. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Parkinson's disease is the subject of this work focusing on the interaction of a team of multidisciplinary professionals and the interaction between the family and the patient. This objective provides a broad understanding of the disease, which in turn guides the nursing work regarding their duties, opposite the interaction between patient and family-amortization of suffering and damage to the patient's quality of life. It was observed that avoids isolation and helps to facilitate the conduct of everyday practice to the individual to become complicated due to the jitters. Parkinson's disease sufferers show muscle imbalance patterns which promote distortion of alignment, benefiting an undue burden on joints, ligaments and muscles. The handling accomplished by stretching techniques are excellent in improving the mobility of the spine and tissues, maintaining erect posture, balance and maintain the functional independence. Assess the improvement in patients with Parkinson's disease through stretching techniques becomes necessary, in order to reduce the shortening of the muscles of the shoulders, spine and committed hips, obtaining satisfactory results as successful evolution, providing comfort and balance for the patient, in this context it is necessary the physiotherapist to the complement of a multidisciplinary team to optimize the treatment of this pathology.

Keywords: Parkinson. Physiotherapist. Nursing. Quality of life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 OBJETIVO	08
2.1 Geral	08
3 METODOLOGIA	09
4 A DOENÇA DE PARKINSON	09
6 ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR	11
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

O assunto destacando o idoso tem aparecido constantemente na mídia brasileira, o ensejo desse espaço é a significativa ampliação da população idosa e a conseqüente modificação que se atua no cerne da sociedade. Uma das grandes conquistas do século XX é a expectativa de vida, um fenômeno mundial e, juntamente com a inclinação da fecundidade, acarreta um drástico envelhecimento na população do planeta.

A perspectiva média de vida se expande de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Estima-se que em 2025 o número de idosos no Brasil será aproximadamente de 34 milhões, correspondendo à previsão da população com mais de 60 anos em 2050. Embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países do Primeiro Mundo, os grandes centros populacionais brasileiros ainda não dispõem de um vértice de serviços que dê conta das decorrentes modificações demográficas vigentes (OMS, 2000).

Considerando o aumento do envelhecimento no Brasil e a ocorrência de vários problemas relacionados à saúde desta população, é necessário tomar algumas providências para maior acesso aos serviços de saúde. A assistência ao idoso deve ser priorizada para a manutenção da qualidade de vida, verificando os processos de perdas próprias do envelhecimento e as possibilidades de prevenção, manutenção e reabilitação de seu estado de saúde. Muitos distúrbios crônicos comuns nesta faixa etária podem ser minimizados, limitados e até mesmo prevenidos, podendo estas pessoas ter uma maior probabilidade de manter uma boa saúde e independência funcional (ARAÚJO; BACHION, 2004).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis comum em idosos encontra-se a Doença de Parkinson (DP), que se caracteriza como uma doença degenerativa primária localizada na substância negra compacta onde é sintetizada a dopamina. A DP também pode ser secundária a outras doenças neurológicas, como por exemplo, a encefalite letárgica ou doença de Alzheimer e nestes casos recebe o nome de Síndrome de Parkinson (STOKES, 2000).

Com o desenvolvimento da doença, confusões decorrentes secundárias dos sinais e sintomas motivam o comprometimento mental/emocional, social e econômico, o que se desponta extremamente incapacitante para o indivíduo (Camargos et al., 2004). A Doença de Parkinson que é uma patologia lenta e crônica

do sistema nervoso, onde ocorre uma degenerescência nos círculos dos gânglios basais ocasionando uma perda ou interferência na ação da dopamina, que é o principal neurotransmissor dos basais, e eles contribuem para a precisão e a uniformidade dos movimentos e coordenam as mudanças de posição (LIMONGI, 2001).

Na concepção de Janca (2002), uma das recomendações quanto à DP é de que os estudos epidemiológicos deveriam focar-se na resolutividade dos tratamentos, uma vez que há imperativo de uma abordagem interdisciplinar. Diante do exposto, o presente estudo objetivou contribuir para uma assistência de qualidade para os idosos acerca da DP e suas inúmeras facetas, e podem repercutir em sua qualidade de vida, bem como em suas diferentes abordagens terapêuticas.

A Doença de Parkinson (DP) foi descrita pela primeira vez em 1817 pelo médico inglês James Parkinson, com o nome de “paralisia agitante” (LAMÔNICA; FUKUSHIRO; MIGUEL, 1997; PEREIRA et al., 2003; REIS, 2004; ANDRÉ, 2004). A Doença de Parkinson é como avaliada cosmopolita, uma vez que não proporciona distinção entre as classes sociais, nem entre raças; acometendo homens e mulheres, sobretudo, na faixa etária entre 55 a 65 anos, porém tende a ocorrer com maior frequência nos homens (LIMONGI, 2001). Em alguns casos, a DP pode manifestar-se também em indivíduos com menos de 40 anos, caracterizando o Parkinsonismo Precoce (PP) (BARBOSA; SALLEM, 2005).

A doença de Parkinson (DP) é definida como uma enfermidade crônica de caráter progressivo que acomete um em cada mil indivíduos da população em geral. Sua prevalência aumenta com a idade e geralmente em indivíduos acima dos 50 anos. É caracterizado principalmente pela degeneração das células (neurônios) da camada central da parte compacta da substância negra. Essa degeneração resulta na diminuição da produção de dopaminérgica nos gânglios da base, produzindo um conjunto de sintomas caracterizados principalmente por distúrbios motores. Com a evolução da doença, complicações decorrentes secundárias dos sinais e sintomas determinam o comprometimento mental/emocional, social e econômico, o que se revela extremamente incapacitante para o indivíduo (CAMARGOS et al., 2004).

O diagnóstico da Doença de Parkinson necessita ser efetivado pelo médico Neurologista por supressão. Após a descrição dos indícios pelo paciente - medicamentos utilizados, tremor em repouso, bradicinesia e rigidez, o médico pede

alguns exames como: eletro encefalograma, tomografia computadorizada, ressonância magnética e análise do líquido espinhal, para ter certeza de que o paciente não possui nenhuma outra doença no cérebro. O diagnóstico só acontece à confirmação se houver a compleição de três dos sintomas da DP e se for concluído que não há outra doença afetando o indivíduo (TAKAHASHI, 1991; REIS, 2004; BOTTINO, 2005).

Distúrbios cognitivos ainda podem aparecer, apesar de serem ignorados por muito tempo, devido às manifestações descritas por Parkinson pela primeira vez. Esses distúrbios podem ocorrer desde a fase inicial da doença (PEREIRA et al., 2003; BOTTINO, 2005; MELO, BARBOSA, CARAMELLI, 2007; ABP, 2007). A fala igualmente sofre distúrbios, ocasionando a disartrofonía hipocinética, caracterizando-se pela monotonia e diminuição da amplitude da voz, articulação imprecisa e distúrbios do ritmo (DIAS; LOMONGI, 2003).

Além desses sintomas, podem incidir, também, hiponímia (face em forma de máscara), sialorreia, seborreia, constipação, retenção urinária, algias semelhantes a câibras, micrografia e distúrbios do sono (MARSDEN, 1994; PEREIRA et al., 2003).

A recomendação do tratamento cirúrgico da DP está nas condições clínicas do doente, na posição evolutivo da doença e em sua resposta ao tratamento medicamentoso (ARAÚJO; ANDRAUS, 2002; MENESES; TEIVE, 1996). É imperativo que o paciente permaneça com a saúde geral preservada e encontre-se mentalmente normal (REIS, 2004). Independente das medidas terapêuticas clínicas ou cirúrgicas, a DP evolui progressivamente. Logo, o tratamento cirúrgico apenas concebe uma melhora de qualidade de vida dos pacientes com DP (ARAÚJO; ANDRAUS, 2002).

OBJETIVOS

2.1 Geral

Estudar a assistência interdisciplinar ao portador de Parkinson, com enfoque na relação entre a enfermagem e a fisioterapia a partir da literatura especializada.

3 METODOLOGIA

Segundo Gil (2002), pode-se definir pesquisa como procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informe de ação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

Este trabalho trata-se de revisão de literatura, para qual utiliza-se buscadores repositórios, artigos científicos, teses, monografia e revista especializada na área da Saúde do Idoso. Foram utilizados referenciais do período de 1995 a 2013.

Mediante uma pesquisa desenvolvida com o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos e técnicas e outros procedimentos científicos.

4 A DOENÇA DE PARKINSON

A doença de Parkinson (DP) é definida como uma enfermidade crônica de caráter progressivo que acomete um em cada mil indivíduos da população em geral. Sua prevalência aumenta com a idade e geralmente em indivíduos acima dos 50 anos. É qualificado, sobretudo pela degeneração das células (neurônios) da camada fundamental da parte compacta da substância negra. Essa degeneração resulta na diminuição da produção de dopaminérgica nos gânglios da base, produzindo um contíguo de sintomas distinguidos especialmente por distúrbios motores (TEIVE, 1998).

As características clínicas foram descobertas desde o início do século 20, porém a causa da DP permanece desconhecida (SMITH, 2000). Hoje em dia, consideram como causas da DP fatores diversos como uma predisposição hereditária, a ocorrência de toxinas ambientais, e a formação de radicais livres. Além dos movimentos lentos, observa-se que a face é sem expressão, com redução do piscar, e a voz é branda e pouco compreensível, outros aspectos é que a marcha torna-se lenta e arrastada com passos curtos, ocorre perda do reflexo postural e postura flexionada, distúrbios do sono, depressão e demência também são comuns

na DP. Trata-se de uma doença de evolução progressiva e de prognóstico reservado (ALDRUCH, 2000). A Insuficiência nutricional, incapacidade motora e infecções respiratórias são algumas das complicações que podem levar a morte, geralmente entre 15 e 25 anos após o início da doença (EDWARDS, 1991).

Esses aludidos comprometimentos frequentemente se principiam unilateralmente tornando-se bilaterais com a progressão da doença. Ela pode permanecer restrita a um dos lados, por vários anos, agravando-se, porém invariavelmente antes que o outro lado seja afetado (Lundy-EkmanL). A inabilidade produzida pelos sinais cardinais do Parkinson assinalar-se pela: presença de tremor de repouso (sobretudo das mãos), rigidez muscular, bradicinesia, hipocinesia e alterações na postura e no equilíbrio (O'Sullivan, 2004).

Demência e Depressão são as duas grandes síndromes que podem agravar e trazer consequências problemáticas na evolução do processo da DP. Elas têm influencia sobre a qualidade de vida do paciente. A depressão ocorre em aproximadamente 40% dos pacientes com DP (NILLSON, 2002).

Outros indícios que o portador pode apresentar são a rigidez dos músculos é outro sintoma importante do mal de Parkinson. Assim como o tremor e a bradicinesia, a rigidez inicia-se apenas de um lado, generalizando-se conforme a doença progride. A sensação que se tem é a de que os músculos estão presos, muitas vezes limitando a intensidade dos movimentos e causando dor. Um dos sinais típicos é a perda do balançar dos braços enquanto se anda.

- Perda expressão facial (expressão apática).
- Redução do piscar dos olhos.
- Alterações no discurso.
- Aumento da salivação.
- Visão borrada.
- Micrografia (caligrafia altera-se e as letras tornam-se pequenas).
- Incontinência urinária.

Os indivíduos com DP também apresentam dificuldades no controle do equilíbrio postural, que podem ser atribuídas aos déficits no processamento sensorial central e às alterações motoras, essas alterações do equilíbrio postural comprometem a qualidade de vida e a independência dos idosos com DP, interferindo diretamente na habilidade de desempenhar as Atividades Diárias (CAETANO, 2007) e fazem com que estes tenham maior número de quedas (GRIMBERGEN; MUNNEKE; BLOEM, 2004).

O diagnóstico da DP é realizado clinicamente e deve ser feito com cuidado antes do início da terapia específica, por tratar-se de uma doença progressiva, estima-se que na DP a taxa de morte de células nigrais seja de aproximadamente 10% ao ano (MORRISH et al, 1998). Ao longo do tempo o parkinsonismo piora e a necessidade de medicamentos sintomáticos aumenta. As respostas aos medicamentos com o passar do tempo, não serão mais eficazes pelo avanço da doença e seu progressivo agravamento dos sintomas (JENNER, 1995). O principal objetivo do tratamento seria a limitação ou a parada deste processo. Atualmente, a ausência de um marcador biológico e a falta de conhecimento sobre um fator de risco na DP impede a prevenção primária da doença.

6 ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Além da medicação prescrita pelo médico neurologista, o paciente atualmente pode contar com uma equipe multidisciplinar para o tratamento desta doença, citamos o Fisioterapeuta é o enfermeiro Especializado em Gerontologia, ambos podem melhorar bastante a qualidade de vida do paciente.

A fisioterapia para mal de Parkinson tem um papel importante no tratamento do indivíduo portador desta doença, pois irá harmonizar uma melhora no seu estado físico geral, tendo como escopo principal a restauração ou manutenção da função, incentivo à efetivação das atividades de vida diária de forma independente, dando assim mais qualidade de vida.

O fisioterapeuta deve atuar o mais precocemente possível através de um plano de tratamento, onde são destacados os seguintes objetivos:

- Diminuição das limitações funcionais originadas pela rigidez, lentidão dos movimentos e alterações posturais;
- Sustentação ou aumento das intensidades de movimento prevenindo contraturas e distorções;
- Evolução da estabilização marcha e coordenação;
- Ampliação da capacidade pulmonar e resistência física geral;
- Prevenção de quedas;
- Estímulo ao autocuidado.

Os exercícios de fisioterapia para mal de parkinson devem ser prescritos após realização de uma avaliação globalizada do indivíduo, onde serão estabelecidas as metas a curto, médio e longo prazo. As condutas indicadas são as seguintes:

Técnicas de relaxamento: devem ser realizadas num momento inicial para diminuir a rigidez, tremores e ansiedade, através de atividades rítmicas, envolvendo um balanceio lento e cuidadoso do tronco e membros. Pode-se usar também facilitação neuromuscular proprioceptiva, técnicas de bobath, terapia aquática Shiatsu e Yôga;

Alongamentos: devem ser feitos de preferência de forma ativa, pelo próprio indivíduo ou com ajuda do fisioterapeuta, visando sempre a manutenção das amplitudes articulares. Orienta-se alongamentos para os braços, tronco, cintura escapular/pélvica e pernas;

- Exercícios ativos e de avigoro muscular: devem ser realizados de preferência sentado ou de pé, através de movimentos dos braços e pernas, rotações do tronco, podendo ser usados bastões, elásticos, bolas e pesos leves;
- Exercício de estabilização e coordenação: é feito através atividades de sentar e levantar, rodar o tronco nas posições sentada e em pé, inclinação do corpo, exercícios com mudanças de direção e em várias velocidades, agarrar objetos e vestir-se;
- Treinos posturais: devem ser realizados sempre buscando a expansão do tronco e em frente ao espelho para que o indivíduo tenha mais consciência da postura correta;
- Exercícios respiratórios: orienta-se a respiração em tempos com uso do bastão para os braços, uso da respiração através do diafragma e maior controle respiratório;
- Exercícios de mímica facial: estímulo aos movimentos de abrir e fechar a boca, sorrir, franzir as sobancelhas, fazer bico, abrir e fechar os olhos, soprar um canudo ou um apito e mastigar bastante os alimentos;
- Treino de marcha: deve-se tentar corrigir e evitar a marcha arrastada através da realização de passadas maiores, aumento dos movimentos do tronco e braços. Pode-se fazer marcações no chão, andar sobre obstáculos, treinar o caminhar para frente, para trás e de lado;
- Exercícios em grupo: ajudam a evitar a angústia, isolamento e depressão, ocasionando mais estímulo através do incentivo mútuo e bem-estar geral. Pode-se utilizar dança e música;

- Hidroterapia: os exercícios na água são muito benévolos, pois ajuda a suavizar a rigidez numa temperatura amoldada, promovendo assim o movimento, a caminhada e trocas de postura;
- Treino de transferência: numa etapa mais avançada, deve-se nortear a forma adequada para movimentar-se na cama, deitar e levantar, passar para a cadeira e ir ao banheiro.

É relevante que toda a família esteja envolvida no tratamento do portador de Parkinson, para que as agilidades ainda sejam encorajadas em casa, já que períodos prolongados de inatividade devem ser evitados. Também vale a pena advertir que a fisioterapia será indispensável por toda a vida, portanto quanto mais atrativas forem as sessões, maiores serão a dedicação e o interesse do paciente e, conseqüentemente, melhores serão os resultados obtidos. (VALVERDE,2015)

Segundo Deane (2001) apud GOULART (2004), o papel do fisioterapeuta é maximizar as habilidades funcionais e minimizar as complicações secundárias, por meio da reabilitação do movimento dentro de um contexto de educação e suporte para o indivíduo como um todo.

O tratamento fisioterapêutico tem bons resultados, obtendo um excelente rendimento no alinhamento e alongamento, diminuindo a dor e a rigidez (HAASE, 2008). Segundo Carr e Shepherd (2008), parece evidente que a intervenção da fisioterapia é mais adequada durante períodos curtos de intervenção, seguida por monitorização contínua e regular da prática, com sessões de acompanhamento a intervalos regulares.

O fisioterapeuta tem papel importante nos indivíduos com distúrbios do equilíbrio e marcha trabalhando para oferecendo maior independência nas atividades diárias (GONÇALVES et al., 2007), melhora das condições musculares através de relaxamento muscular, alongamento, fortalecimentos globais, exercícios posturais, equilíbrio e exercícios respiratórios (NAVARRO, 2010).

Para aprimorar este tratamento e melhorar o entendimento da doença pela família e pelo paciente, alguns grupos de apoio estão disponíveis para dar informações, promover debates e dar dicas sobre o tratamento. Estes grupos também podem auxiliar no auto tratamento e aliviar ansiedades nos estágios iniciais da doença (O' SULLIVAN, 2010).

O profissional enfermeiro tem papel relevante na terapêutica instituída para o portador de DP, pois pode agir como meio de amenizar o sofrimento do

paciente. Nettina (2012), elenca alguns cuidados em enfermagem que podem ser úteis no tratamento, tais como, a realização da terapia medicamentosa conforme prescrita; educação do paciente e família; banhos mornos para relaxar a musculatura, orientar sobre a terapia medicamentosa e estimular exercícios para soltar as estruturas articulares e para evitar deformação.

Nesse contexto a “enfermagem tem um papel importante no tratamento da doença de Parkinson, devendo esta observar e avaliar como a doença afetou as atividades da vida diária, as capacidades funcionais do paciente e as respostas aos medicamentos” (LOPES et al., 2012, p. 02). Observa-se, então, que o enfermeiro tem papel fundamental no tratamento de pacientes com DP, bem como na orientação da família.

Considerando a DP como uma doença que causa grandes mudanças na vida do paciente, torna-se necessário que busque estudos a partir da doença priorizando a qualidade de vida e pelo planejamento das intervenções terapêuticas direcionadas a estes pacientes.

Diante do estudo foi possível notar, que a doença de Parkinson acarreta obstáculos ao sujeito em virtude dos tremores e de outros sintomas físicos que intervêm múltiplos aspectos da vida diária originando implicações à qualidade de vida do indivíduo (ALVES e SANTOS, 2010). Outro ponto que aponta como dificuldade da aceitação e o de que a doença não tem cura e que pode piorar cada vez mais.

O andamento da cronicidade e de adaptar-se com a doença torna-se uma vida reiniciada, pois sobrevém o impacto de saber que possui uma doença sem cura e aceitar conviver com tal doença por toda a vida. Este procedimento acaba se distendendo cada vez mais, com nuances distinguidas, ora há melhora, ora ocorre piora, mas nunca uma cura (GONÇALVES et al, 2007).

A condição de vida das pessoas acometidas pela doença é afetada, sobretudo na percepção do indivíduo alusivo a sua atitude de vida, tanto na conjuntura cultural, seus apegos, perspectivas, objetivos, padrões e ansiedades, agrupadas à sua saúde física e seu nível de atrelamento, contrafazendo especialmente seu relacionamento com os atributos do espaço (ALVES e SANTOS, 2010).

Posteriormente o choque de saber que tem a doença, inicia-se um procedimento de mutação na vida, sendo imperativo procurar novas aperfeiçoas de

administrar as vivências, adotando uma atitude distinguida perante esta nova realidade, de tal modo é possível tentar nutrir uma boa qualidade de vida não deixando que a doença assuma papel dominante para o paciente (GONÇALVES, 2007).

A afinidade do paciente com a família é um evento que avocou atenção comprova-se que não é apenas a vida do doente que sofre alterações mediante uma enfermidade crônica, tal como a de Parkinson, pois os familiares também acabam mudando seu ritmo de vida a fim de dar arrimo ao doente, muitas vezes originando uma percepção de atrelamento por parte do paciente, por sentir-se incomodado com tal situação (NAVARRO-PETERNELLA e MARCON, 2012).

É conclusivo o episódio de que é por meio da família que o indivíduo pode ampliar suas afinidades humanas, por se sentir pertencente a uma família permite maior participação social e em comunidade.

Com o doente de Parkinson, a obrigação de conviver em um ambiente familiar favorável, é ainda mais evidente, harmonizando em vista que a partir de uma coexistência familiar afetuosa o paciente desenvolve a autoestima e enfrenta desafios decorrentes dos indícios da doença (CARVALHO, 2011).

Outro ponto importante a ser destacado neste estudo é a importância dos profissionais da saúde que podem auxiliar o doente no que se refere à adaptação e orientação sobre a doença, nesse contexto é válido enfatizar, que muitos pacientes padecem durante anos com a enfermidade sem que tenham orientações adequadas acerca do tratamento e de maneiras para adaptar-se a sua nova condição. Nesse sentido o enfermeiro tem o papel fundamental no que tange a educação e esclarecimentos acerca da doença tanto para os familiares quanto para o próprio doente. Assim é importante que se esclareça sobre o desenvolvimento da doença, bem como ao tratamento e questões sociais e psicológicas (CARVALHO, 2011).

Neste contexto, torna-se relevante a atuação de equipe multidisciplinar, como um enfermeiro, uma vez que pode orientar o paciente e encaminhá-lo a um especialista, bem como acompanhá-lo durante o tratamento. Sobre isso, Ferreira et al, (2007) infere que: A medicina é uma ciência exata, no entanto o tratamento não precisa ser visto como algo exato sendo cogente considerar a individualização do tratamento, e saber ouvir as aflições e indagações do paciente, para que haja um apoio devido ao doente (SILVA org., 2010). Assim, o cuidado é proporcionado pela equipe multiprofissional composta pelo: enfermeiro, médico neurologista e

fisioterapeuta, corroborando a concepção de que o tratamento deve ser realizado e acompanhado por uma equipe especializada.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, demonstrou que o atendimento por uma equipe multiprofissional melhora a assistência do cuidado e a promoção da saúde do paciente com DP. Verificou – se também a lacuna de conhecimento nessa área e a necessidade de mais estudos explorando as diversas abordagens do trabalho em equipe, a fim de desenvolver recomendações para melhorar a prática de cuidado (PRIZER E BROWNER, 2012). Em outro estudo, realizado no Reino Unido, pacientes com DP tiveram um progresso significativo ao longo de seis meses, no entanto, um curto período de reabilitação multidisciplinar pode melhorar a mobilidade dos pacientes com a doença (WADE et al, 2003).

Em um estudo realizado em um ambiente de hospital – dia, por uma enfermeira especialista em DP, obtiveram resultados de um programa de reabilitação multidisciplinar, que resultou em ganhos imediatos, significativos para pacientes tanto em relação à mobilidade, quanto à independência, bem-estar e qualidade de vida (GAGE et al, 2011).

Verificou- se a importância de uma equipe multiprofissional na assistência à saúde da pessoa com Parkinson e de seus familiares, no sentido de enxergar não somente a doença mais indo além, atendendo todos os aspectos relacionados à pessoa. É necessário o trabalho em grupo, a discussão de cada caso, a reflexão sobre a elaboração de um plano de cuidado, no qual todos os profissionais estejam implantados, além disso, os estudos retratam de forma conexa a necessidade constante de capacitação dos profissionais de saúde para a assistência com qualidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a realidade dos portadores da doença de Parkinson foi essencial para o entendimento do papel do enfermeiro e do fisioterapeuta, frente a tal doença, já que trata-se de um mal que afeta não só o físico do doente, mas também o psicológico e sua convivência familiar. Nesse contexto, entende-se que o enfermeiro precisa aproximar-se do paciente e de sua família de modo a auxiliá-lo no processo de adesão ao tratamento e manutenção de uma boa qualidade de vida.

Observou-se durante a pesquisa bibliográfica que o maior problema atinente à doença são as restrições cominadas pelos tremores, que impedem a prática de atividades tidas como simples e que com a doença transformam-se em verdadeiros estorvos. Por esta razão a base da família torna-se um instrumento importante no tratamento, pois auxiliam o paciente nas atividades cotidianas e o estimulam para evitar o isolamento.

Durante os estudos, verificou-se que as famílias presentes, ajudam no tratamento e é importante que a família apoie e incentive o paciente a ter uma vida saudável, e manter o quanto puder uma boa qualidade de vida. Dessa forma verificou-se diversos conceitos para tentar ajudar o paciente, desde mesmo com as dificuldades preocupam-se em cultivar um clima saudável e estimulante para o doente. Quando um familiar leva o doente para pescar, controla sua alimentação, a prática de exercícios e vícios, harmoniza uma relação afetiva fazendo com que o doente sintam-se importante e valorizado, por isso constata-se que o papel da família contribui efetivamente para manutenção de uma boa qualidade de vida.

Sendo assim, é importante assinalar que o enfermeiro e o fisioterapeuta podem ajudar neste processo de interação família e paciente, haja vista que ele pode acompanhar o tratamento, explicar sobre a doença aos familiares, enfatizando na necessidade de uma boa relação familiar, de modo a evitar o isolamento do doente e desenvolvimento de morbidades que podem estar associadas ao mal de Parkinson

Portanto podemos concluir, baseado no presente estudo, que é notável a importância fisioterapêutica e do enfermeiro em práticas de atendimento auto assistido em portadores de doença de Parkinson.

REFERÊNCIAS

- ABEC - Faculdades Unidas do Vale do Araguaia. **Elaborando Trabalhos científicos: Normas para apresentação e elaboração**. Barra do Garças (MT): ABEC, 2012.
- ALVES, Daniela; SANTOS, Fátima. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida de dois grupos de doentes: a fisioterapia como diferença. **Revista da Faculdade de Ciências da saúde**. N.07.p.440-451, 2007.
- ALDRUCH, M.S., Parkinsonism. In: KRYGER, M.H.; HOTH, T.; DEMENNT,W.C.; eds., **Principles and practices of sleep medicine**. 3.ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 2000 p.783- 788.
- ARAÚJO, L. A. O.; BACHION, M. M. Programa Saúde da Família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 586-90, out. 2004.
- BEATE, C. **Bola Suíça teoria e exercícios básicos e aplicação clínica**. São Paulo: Manole; 1999.p. 280-304.
- BRAGA A; XAVIER Lila; MACHADO OPR. **Fisioterapia em movimento: benefícios do treinamento resistido na reabilitação da marcha e equilíbrio nos portadores da doença de Parkinson**. Goiânia: Champagnat; 2003.
- CAMARGOS, A.C.R. O impacto da doença de Parkinson na qualidade de vida: Uma revisão de literatura. **Rev. Bras. De Fisioterapia**. Vol. 8. N. 3. 2004.
- CAETANO, M. J. D. **Equilíbrio dinâmico em idosos com doença de Parkinson**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro.
- CARVALHO, Paula Cristina Rodrigues Costa. **Doença de Parkinson: Informações dos alunos do 4º ano de enfermagem da UFP**. Faculdade de Ciências da Saúde de Fernando Pessoa. Porto, 2011.
- CHRISTOFOLETTI, G. Efeito de uma intervenção cognitivo-motora sobre os sintomas depressivos de pacientes com doença de Parkinson. **J Bras. Psiquiátrica**. UFMS: 2012.
- DELISA AJ, GANS MB.**Tratado de medicina de reabilitação**. São Paulo: Manole; 2002. p. 1094.
- EDWARDS, L. L.; PFEIFFER, R. F.; QUINGLEY, E. M.; et al. **Gastrointestinal symptoms in Parkinson's disease**. *Mov. Dis*, v. 6, p. 151-156, 1991.
- FREITAS EV, LIGIA PNLA, XAVIER AH. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 197.

GAGE , H. et al. **A comparison of specialist rehabilitation and careassistant support with specialist rehabilitation alone and usual care for people with Parkinson'sliving in the community: study protocol for a randomised controlled trial.** *Trials.*, v. 12, p. 250,2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Pacientes portadores de doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta Paul Enfermagem.** 2007.

GOULART F., PEREIRA XL. **Fisioterapia e pesquisa: o uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em Fisioterapia.** Belo Horizonte: 2004;11(1):49-56.

GRIMBERGEN, Y. A. M.; MUNNEKE, M.; BLOEM, B. R. **Falls in Parkinson's disease.** *Current Opinion in Neurology , Philadelphia* , v. 17, n. 4, p. 405 – 415, 2004.

HALL J. Susan. **Organização estrutural dos músculos esqueléticos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 143-253.

HANSEN TJ, KOEPPEN MB. **Organização do músculo esquelético: atlas de fisiologia humana de Netter.** São Paulo: Artmed; 2003. p. 70.

JENNER, P., SCHAPIRA, A H V., MARSDEN C D. **New insights into the cause of Parkinson's disease.** *Neurology* , v.42, p. 2241-2250, 1992.

KENDALL FP, MGEARY EK, GENSI P. **Provas músculos provas e funções.** 4ª ed. São Paulo: Manole; 1995.

KISNER C, Allen L. **Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas.** São Paulo: Manole, 2005 p. 17.

LIMONGI, João Carlos Papaterra. **Conhecendo Melhor a Doença de Parkinson:** Uma abordagem multidisciplinar com orientações práticas para o dia-a-dia. São Paulo: Editora Plexus, 2001.

MORRISH, P.K, RAKSHI J.S, BAYLEI D.L, SAWLE G.V, BROOKS, D.J. **Measuring the rate of progression and estimating the preclinical period of Parkinson's disease with (18) fluorodopa- PET.** *J Neurol Neurosurg sychiatry* . v. 64, p. 314-319, 1998

NAVARRO-PETERNELLA, Fabiana Magalhães. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** Mar- abr. 2012.

NETTINA, Sandra M. **Brunner: Práticas de enfermagem.** V. 02. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

NETO, Ylmar Correa et al. **Doença de Parkinson: Recomendações**. Eventos: São Paulo, 2010.

O' SULLIVAN, S. B. **Doença de Parkinson**. In. O'SULLIVAN, S B; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. Barueri, SP: 2010. p. 929 – 974.

LOPES, Flávia Danielle et al. **Os cuidados de enfermagem no mal de Parkinson**. Centro Universitário Augusto Motta. 2012 Disponível em: http://www.unisuam.edu.br/augustus/pdf/ed23/rev_augustus_TC_ed_23_05.pdf . Acesso em: mar.de 2013.

RODRIGUES, Maria Amália, CECHELLA, Marília. A alimentação na doença de Parkinson. **Ciência Biologia e saúde**. Santa Maria. V. 3, n.1, 2002.

SENA, Edite da Silva et al. **Tecnologia cuidativa de ajuda mútua grupal para pessoas com Parkinson e suas famílias**. Texto contexto enfermagem: Florianópolis, Jan-Mar 2010.

SMITH, Y.; KIEVAL, J.Z. **Anatomy of the dopamine system in the basal ganglia**. TINS, v.23, n.10, suppl, p.S28-S33, 2000.

SCHMITZ TJ, SUSAN O'S. **Avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole; 2004.

SILVEIRA, Celso Leonel. **Rede de apoio social aos cuidadores de familiares de doença crônica de comunidades remanescentes de quilombo**. Universidade Federal de Santa Maria: Santa Maria, 2011.

STOKES, M. **Neurologia para fisioterapeutas**. São Paulo: Ed. Premier, 2000. TANNURE.

TEIVE AGH. Sielo Brasil: **O papel de charcot na doença de Parkinson**. Arq. Nero Psiquiatr.1998;56(1):4-14

UMPHRED AD. **Reabilitação neurológica**. São Paulo: Manole; 2004. p. 706.

VALVERDE, Leila (Fisioterapeuta)... Exercícios **de fisioterapia para mal de parkinson**. ... **PUBLICIDADE**. Populares de Clínica Geral. www.tuasaude.com/fisioterapia-para-mal-de-parkinson

WOOD, Geri LoBiondo; HABER, Judith. **Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001

WADE, D. T. et al. **Multidisciplinary rehabilitation for people with Parkinson's disease: a randomised controlled study**. J Neurol Neurosurg Psychiatry, v. 74, p. 158 – 162, 2003

REBELATO, RJ; GERALDO JMS. **Fisioterapia geriátrica**. São Paulo: Manole; 2004. p. 227.

PEREIRA, MG. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 187

PORTO, CC. **Exame clínico**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p. 160.

PRIZER, L . P. ; BROWNER , N. **The Integrative Care of Parkinson's Disease: A Systematic Review**. *Journal of Parkinson's Disease* ., v. 2, p. 79 – 86, 2012.