

O PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DA DOENÇA DE PARKINSON

Joraid Pinheiro Oliveira
Bruno Luiz Galvão de Miranda
Giselman Pinheiro Lopes
Roseclay Pereira
Michel Monteiro Macedo
Maury Luz Pereira
Adamar Nunes Coelho Júnior
Rose Daiana Cunha dos Santos
João Francisco Silva Rodrigues
Maria Tereza Pereira de Souza

Resumo

A doença de Parkinson representa um dos distúrbios do movimento que mais acomete os idosos com idade superior a 55 anos. A prevalência é estimada em aproximadamente 160 casos por 100.000 habitantes. A patologia foi descrita primeiramente por James Parkinson em 1817, apresentando, ainda hoje, etiologia desconhecida. Apesar de não ser a única causa, a doença de Parkinson Idiopática é a principal desencadeadora de parkinsonismo. A fisiopatologia decorre da lesão do sistema dopaminérgico nigroestriatal e caracteriza-se por sinais essenciais como: tremor de repouso, rigidez e bradicinesia. O estudo tem como objetivo caracterizar o paciente portador de doença de Parkinson, ressaltando a importância da atuação clínica do enfermeiro na assistência ao paciente com DP. Neste sentido, a metodologia utilizada na presente pesquisa foi uma revisão de literatura, buscando alcançar algum resultado conclusivo. O enfoque deste trabalho refere-se à importância do enfermeiro junto ao paciente, embora se saiba da relevância de outros profissionais. Conclui-se que a enfermagem abrange uma gama de princípios preventivos e de reabilitação, que devem ser aplicados desde o hospital ou ambulatório até a casa do paciente, fornecendo-lhe maior independência e qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Parkinsonismo; Enfermagem.

Abstract

Parkinson's disease represents one of the movement disorders that most affects the elderly over 55 years of age. The prevalence is estimated at approximately 160 cases per 100,000 population. The pathology was first described by James Parkinson in 1817, and its etiology is still unknown today. Although not the only cause, idiopathic Parkinson's disease is the main trigger of parkinsonism. The pathophysiology results from damage to the nigrostriatal dopaminergic system and is characterized by essential signs such as: resting tremor, rigidity and bradykinesia. The study aims to characterize the patient with Parkinson's disease, highlighting the importance of the clinical role of nurses in the care of patients with PD. In this sense, the methodology used in this research was a literature review, seeking to achieve some conclusive result. The focus of this work refers to the importance of the nurse with the patient, although the relevance of other professionals is known. It is concluded that nursing encompasses a range of preventive and rehabilitation principles, which must be applied from the hospital or outpatient clinic to the patient's home, providing him with greater independence and quality of life.

Keywords: Parkinson's disease; Parkinsonism; Nursing.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa incurável que apresenta um fenótipo heterogêneo, incluindo sintomas motores e não motores. Com o aumento da duração da doença, a maioria dos pacientes experimenta um aumento do nível de carga de sintomas e uma crescente demanda por serviços médicos e de assistência social. Do ponto de vista da demanda de recursos de saúde, a DP já está entre os dez principais distúrbios cerebrais com uso intensivo de recursos na Europa, com 1,2 milhão de pessoas afetadas. A doença de Parkinson (DP) afeta aproximadamente 1% das mulheres e homens em todo o mundo, especialmente aqueles com idade superior a 60 anos. É uma doença multissistêmica e neurodegenerativa com fatores genéticos e ambientais que resultam em déficits na produção de neurotransmissores, incluindo a dopamina (CAMBIER, 2017).

A DP é diagnosticada por meio da avaliação clínica dos sintomas motores; a presença de sintomas não motores aliados à atual falta de cura reflete a complexidade da atenção à saúde, que visa o controle dos sintomas a fim de manter a qualidade de vida do paciente e família. Capacitar os profissionais de saúde com áreas de

conhecimento específicas permite a padronização de comportamentos que minimizarão os desafios da colaboração interprofissional. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem ao paciente com DP deve estar centrado no contexto biopsicossocial e fundamentado em pressupostos éticos, legais, operacionais e teóricos da profissão para promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação (DORETTO, 2018).

Assim, o raciocínio clínico do enfermeiro deve ser baseado na fisiopatologia da doença, bem como no processo de enfermagem e deve ser estruturado em uma linguagem padronizada para comunicação com os demais profissionais da equipe. A padronização da linguagem de enfermagem permite a comunicação e comparação de dados entre diferentes contextos, países e idiomas e maximiza a disseminação do conhecimento a partir de dados clínicos. Pesquisas mostram a crescente especialização entre enfermeiros que cuidam de pacientes com DP assim, o conhecimento da fisiopatologia desta doença é, sem dúvida, um importante ponto de partida para a formação profissional. O papel da equipe de enfermagem no tratamento da DP serve para apoiar pacientes e familiares no gerenciamento da doença de Parkinson. O enfermeiro trabalha em estreita colaboração com médicos especialistas e outros profissionais de saúde, como fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas (ENGEL, 2018).

Portanto, a conscientização dos profissionais de enfermagem quanto à importância de sua atuação na avaliação precoce e no apoio ao paciente são fundamentais para um programa de tratamento a partir do momento que recebe o diagnóstico de doença de Parkinson, atuando de maneira precoce no que se refere à manutenção das funções e prevenção das deformidades secundárias. Nessa expectativa, pretende-se dar uma colaboração para a troca de experiências e informações que visem o redirecionamento na abordagem do paciente portador da doença de Parkinson, e contribuir para o enriquecimento do acervo literário que inclui a atuação do profissional de enfermagem no tratamento da patologia. Sem a pretensão de que este trabalho contenha todas as dimensões do objeto em estudo, esta pesquisa pretende não só fornecer subsídios teóricos referentes à doença de Parkinson, mas também, informações que possam incentivar as discussões de ensino e gerar novas pesquisas.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma revisão da literatura, onde foram realizadas as buscas nas bases de dados do Banco de Dados em Enfermagem (BDENF); Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SCIELO) e Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED. Foram pesquisados os artigos publicados em língua portuguesa nos últimos cinco anos, 2017-2022, texto completo, disponível online, com acesso livre.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 Conceito e etiologia da doença de Parkinson

A doença de Parkinson (DP) representa uma patologia neurodegenerativa de caráter progressivo e crônico, envolvendo os gânglios da base e resultando em perturbações do tônus, posturas anormais e movimentos involuntários. Em 1817, esta afecção foi descrita, pela primeira vez, por James Parkinson (FAHN; PRZEDBORSKI, 2019). A doença de Parkinson Idiopática (DPI) corresponde a 80% dos casos de parkinsonismo que acomete 1% dos indivíduos idosos com mais de 60 anos, tornando-se frequentemente mais comum com o avanço da idade. Apresenta idade média de 55 anos, com extremos entre 20 a 80 anos. Homens e mulheres são igualmente afetados; porém os homens são ligeiramente mais acometidos que as mulheres numa proporção de 3:2. A prevalência da DP é de aproximadamente 160 casos por 100.000 habitantes e a incidência é de cerca de 20 casos por 100.000 habitantes/ano. Sendo que, à idade de 70 anos, a prevalência é de aproximadamente 550 casos por 100.000 habitantes e a incidência é de 120 casos por 100.000 habitantes/ano (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2019).

Provavelmente, os idosos correspondem à população mais acometida devido ao envelhecimento cerebral que é considerado entre os autores como uma das prováveis causas desencadeantes da doença de Parkinson. Em função de uma maior expectativa de vida, a população idosa brasileira está cada vez mais crescente e corresponderá em 2025 a 13% (treze por cento) da população brasileira, na qual existirão 1,1 bilhão de pessoas com mais de 65 anos. O Brasil que é considerado um país jovem, transformar-se-á no sexto país do mundo com mais idosos (IBGE, 2018). Por conseguinte, algumas doenças de caráter crônico-degenerativo passam a tornar-se cada vez mais frequentes, como é o caso da doença de Parkinson. Segundo Doretto (2018), o parkinsonismo é considerado a terceira doença mais frequente em idosos, colocando-se atrás das patologias cerebrovasculares e reumáticas. Portanto,

uma vez que a prevalência da doença de Parkinson aumenta conforme o avanço da idade, deduz-se que este distúrbio será correspondentemente mais comum à medida que a vida humana seja prolongada.

A etiologia da DP é reconhecida como idiopática (sem causa conhecida), muito embora diversas pesquisas tenham sido realizadas com o objetivo de descobrir a real causa da doença. Porém, sabe-se que ocorre a degeneração das células nervosas (neurônios) da substância negra, responsável pela produção de dopamina, levando a uma diminuição considerável deste neurotransmissor, o que resulta em uma transmissão nervosa deficiente e ao aparecimento dos sintomas da doença.

3.2 Doença de Parkinson versus parkinsonismo

O termo parkinsonismo, de acordo com Haddad (2019), é utilizado para descrever sinais e sintomas característicos da síndrome parkinsoniana, que são o tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural. Associados a estes sinais podem ser encontrados, segundo descrição de Britton (2018), sinais piramidais, alterações da motilidade ocular extrínseca, sinais cerebelares, disfunção autonômica, disfunção periférica e disfunção cognitiva. O parkinsonismo pode ser dividido em quatro categorias: Primário ou idiopático (Doença de Parkinson), Secundário (assintomático ou adquirido), Parkinsonismo Plus; e Heredodegenerativo.

Assim, ao grupo de distúrbios nos quais os sinais e sintomas característicos do parkinsonismo são secundários a outra doença neurológica, (encefalite letárgica, por exemplo), dá-se o nome de síndrome de Parkinson, também conhecida como síndrome hipocinética. Ao passo que, a doença de Parkinson representa uma patologia degenerativa primária de etiologia ainda desconhecida – parkinsonismo primário ou idiopático (ENGEL, 2018).

O parkinsonismo secundário ou sintomático pode ser decorrente do uso de drogas, infecções, tumores, hidrocefalia, acidente vascular cerebral, traumas cranioencefálicos, entre outros. Dentre as causas acima Gusmão e Campos (2018) afirma que o parkinsonismo induzido por medicamento é o mais frequente, principalmente pelo uso abusivo de medicamentos antivertiginosos, como a flunarizina e a cinarizina, além dos neurolépticos. Entretanto, de acordo com as considerações de Frota et al. (2019) essa condição é reversível ao ser retirada a droga nociva, mas isso pode levar algumas semanas. O parkinsonismo heredodegenerativo, de acordo

com Haddad (2019, p. 165), refere-se a um grupo de doenças neurológicas degenerativas e que podem se apresentar como síndromes parkinsonianas, representando apenas 0,5% de todas as síndromes parkinsonianas^{II}. As enfermidades que se enquadram a essa categoria incluem: doença de Huntington, doença de Wilson, entre outras.

O parkinsonismo plus, traduzido como síndrome além do parkinsonismo, é conhecido por apresentar o quadro clássico de parkinsonismo acrescido de outros déficits neurológicos descritos por Britton (2018) como: disfunções autonômicas, cerebelares oculomotoras, corticais e piramidais. Todos os sinais e sintomas desencadeados por esse tipo de parkinsonismo servem como um alerta para se elucidar um possível diagnóstico diferencial de DP, uma vez que apresentam uma pobre resposta ao tratamento com levodopa, além da presença de sinais e sintomas neurológicos atípicos, daqueles encontrados na DP, como, por exemplo, distúrbios visuais presentes na Paralisia Supranuclear Progressiva (PSP).

Na prática, é importante que se faça o diagnóstico diferencial entre as várias enfermidades que têm como denominador comum o quadro de parkinsonismo. Nessas condições é que Engel (2018, p. 198) reafirma que no diagnóstico diferencial da doença de Parkinson, devem-se incluir as doenças que simulam o parkinsonismo e as doenças neurológicas em que o parkinsonismo compõe o quadro clínico. Um dos distúrbios mais comuns e que rotineiramente pode ser confundido com a DP, diz respeito ao tremor essencial, uma condição não-parkinsoniana bastante frequente na prática clínica que, segundo Cambier (2017) representa um distúrbio do movimento idiopático, de base familiar (autossômico dominante), aumentando em frequência com o envelhecimento. É a imagem em espelho do tremor de repouso do parkinsoniano, ou seja, acentua-se com os movimentos e cessa com o repouso.

Portanto, após o diagnóstico de parkinsonismo ter sido feito, a atenção deve ser voltada para os possíveis fatores etiológicos do parkinsonismo, para obtenção de uma abordagem terapêutica específica. Na prática, algumas indicações clínicas induzem o terapeuta a fazer a distinção do parkinsonismo da DP propriamente dita. Na abordagem de Fahn e Przedborski (2019), o diagnóstico diferencial é feito da seguinte forma de modo geral, a DP se evidencia com frequência com sintomas em apenas um lado do corpo, enquanto os pacientes com parkinsonismo sintomático ou síndromes parkinsonianas apresentam quase sempre sinais e sintomas simétricos um tremor de repouso quase sempre sugere DP, porque raramente é observado no

parkinsonismo sintomático ou nas síndromes Parkinson-Plus, exceto no parkinsonismo induzido por drogas e por MPTP, que efetivamente incluem o tremor de repouso.

Os mesmos autores ressaltam ainda a possibilidade de haver pacientes que não apresentam o tremor de repouso ou início unilateral, mas que apresentem a DP. Neste caso, sugerem que o diagnóstico auxiliar mais importante nessas circunstâncias seja a resposta à levodopa, já que os pacientes portadores de DP possuem uma resposta satisfatória ao uso da droga. Portanto, se um paciente nunca responder à terapêutica com levodopa, pode-se pensar em outras formas de parkinsonismo. O motivo pelo qual uma boa resposta à levodopa sugere DP consiste na base da fisiopatologia da doença. A levodopa, um precursor da dopamina, supre a carência desse neurotransmissor que está diminuído em função da lesão do sistema dopaminérgico nigroestriatal.

3.3 Fisiopatologia da doença de Parkinson

O interesse na fisiopatologia da doença de Parkinson tem sido alvo de diversas pesquisas nas últimas décadas. Os motivos que levam à degeneração neuronal na substância negra e, portanto, ao aparecimento da doença, ainda não estão totalmente esclarecidos, embora se saiba que, segundo Haddad (2019), essa degeneração resulte na diminuição gradativa de dopamina (DA). Como já tivemos a oportunidade de comentar anteriormente, a dopamina representa um mensageiro químico liberado na sinapse entre os neurônios da substância negra e os neurônios do striatum (caudado e putâmen), sendo, portanto, responsável, segundo Fahn e Przedborski (2019), pelo equilíbrio do complexo nigroestriatal.

Baseado neste pressuposto é que Gusmão e Campos (2018, p. 168) ratificam quando este equilíbrio é prejudicado, sobrevêm os sinais e sintomas de rigidez e movimento involuntário, em conjunto com anormalidades da postura e de movimento associadas, além de lentidão nos movimentos. Porém, estes déficits clínicos emergem somente quando aproximadamente 80% dos neurônios da substância negra tenham sido perdidos (HADDAD, 2019). Como visto anteriormente na fisiologia dos gânglios da base, a dopamina exerce ação inibitória sobre os neurônios intra-estriatais (neostriado), os quais, por sua vez, ativam os neurônios estriatopalidais através da

acetilcolina; estes últimos alcançam o núcleo pálido (paleostriado) exercendo sobre o mesmo, ação inibitória através do neurotransmissor GABA (DORETTO, 2015).

Assim, na doença de Parkinson, quando diminui a concentração de dopamina nas vias nigro-estriadas, os neurônios do neostriado que são colinérgicos, exercem uma ativação maior sobre o neurônio estriatopalidal, aumentando a inibição sobre o globo pálido, responsável pela integração dos movimentos automáticos primários e inibição dos mecanismos ativadores do tono muscular (GUSMÃO; CAMPOS, 2018). Em síntese, como resultado da forte inibição do globo pálido, o mesmo deixará de exercer o seu papel, desencadeando inibição dos movimentos automáticos (bradicinesia) e liberação do tono muscular (hipertonia), influenciando de forma anormal o sistema corticoespinhal de controle motor através do tálamo. Assim, a DP se caracteriza por ser uma síndrome hipertônica-hipocinética, cujas principais manifestações clínicas são uma combinação de tremor, rigidez e bradicinesia (lentidão dos movimentos) como veremos a seguir.

3.4 Aspectos clínicos e diagnósticos da doença de Parkinson

Em função da fisiopatologia gerada pela diminuição dopaminérgica nigroestriatal, as manifestações clínicas mais comuns presentes na doença de Parkinson serão o tremor de repouso, a rigidez muscular em roda denteada e bradicinesia. Porém, de acordo com Bagnei e Gasparini (2018) podem surgir, também, manifestações cognitivas e autônomas. Incontestavelmente, os sinais motores são mais evidentes e atraem a maior parte da atenção, principalmente por serem os que geram maior incapacidade funcional.

De fato, todas essas alterações podem ser visualizadas no paciente parkinsoniano, porém diversos autores, afirmam que os mecanismos pelos quais uma diminuição de dopamina e uma perda de células dopaminérgicas levam ao aparecimento de sinais e sintomas clínicos da doença de Parkinson ainda são complexos e pouco compreendidos (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2019). O tremor, segundo descrição de Jain e Francisco (2019), é o sintoma mais comum, afetando cerca de dois terços dos pacientes com DP.

Decorre da depleção de dopamina causando perda de impulsos inibitórios para o sistema colinérgico estriatal, o que permite eferências excitatórias excessivas e a contração alternante dos grupos de músculos opostos, ocasionando um movimento rítmico em torno de 4-8 oscilações por segundo. O tremor parkinsoniano descrito

como sendo de repouso, exacerba-se, pelas emoções, pela fadiga e por um esforço de concentração intelectual (cálculo mental), desaparecendo durante a execução de um movimento voluntário e durante o sono. O tremor parkinsoniano, inicialmente, é assimétrico ou unilateral, acometendo um dos lados do corpo. Afeta, principalmente, as mãos, conferindo às mesmas o gesto semelhante ao de enrolar pílulas ou de contar dinheiro, podendo atingir, também, com a evolução da doença, as extremidades distais dos membros inferiores e a face (ANDRADE, 2018).

Como visto, o tremor parkinsoniano destaca-se como sendo um movimento involuntário que acontece somente no repouso, porém, Frota et. al (2019, p. 40) descreve que essa, entretanto, não é uma característica invariável, pois ele, também, pode aparecer durante movimentos ativos, como durante o ato de escrever ou ao segurar objetos ou utensílios, como uma xícara de café, por exemplo. A bradicinesia é outro sintoma encontrado na maioria dos pacientes portadores de doença de Parkinson e que se caracteriza, segundo Doretto (2018, p. 181) como lentidão na execução dos movimentos voluntários e automáticos com características que lhe são peculiares:

A bradicinesia é o componente mais incapacitante da doença, comprometendo principalmente os músculos da face e axiais o que, quando combinada com a rigidez e com o tremor, torna tarefas simples como escrever, vestir-se ou abotoar-se quase impossíveis. Ela é responsável pela expressão facial fixa, pelo piscar diminuído dos olhos, pela redução da deglutição com a saída da saliva pelos cantos da boca consequentemente, pela fala lenta e monótona, pela falta do balançar dos braços, pela rigidez do tronco ao deambular, pela falta de movimentos associados durante a realização de quaisquer tarefas.

As atividades descritas acima como o balanço dos braços durante marcha, o piscamento, a mímica facial e a gesticulação expressiva estão intimamente relacionadas aos movimentos automáticos, que, de acordo com Gusmão e Campos (2018) referem-se à motricidade que não é proposta diretamente pela vontade, representando, nos vertebrados superiores, a motricidade espontânea. No paciente parkinsoniano esses movimentos automáticos estão reduzidos ou mesmo abolidos e, à medida que a doença evolui e dependendo da parte do corpo que é acometida, o paciente pode apresentar alterações da escrita (micrografia); da fala (hipofonia); da marcha (em pequenos passos e arrastada marcha festinada); acúmulo de saliva na

cavidade bucal (sialorréia); não-balançar dos membros superiores; da face (inexpressiva ou em —máscarall); dificuldades para realização das atividades da vida diária (AVD'S); aumento do tempo para consumir refeições, entre outras (FAHN; PRZEDBORSKI, 2019). A fisiopatologia dessa alteração na execução dos movimentos voluntários e automáticos é explicada por Barbosa (2019) como os movimentos precisam ser corticalmente controlados, exigindo intenso esforço mental e dispêndio adicional de energia. Teoriza-se que a bradicinesia resulte da falta de integração da informação sensitiva pelos gânglios da base, com uma alteração no planejamento motor e na facilitação do movimento.

Assim, o que antes se fazia de forma espontânea e sem dificuldades, passa a exigir maior concentração por parte do paciente, com gasto de energia e tempo maiores para execução de suas atividades. Quando a bradicinesia é grave ocorre o fenômeno de congelamento ou bloqueio motor que, combinado com a perda dos reflexos posturais, podem resultar em quedas frequentes, principalmente em idosos. Barbosa (2019) descreve o termo congelamento como uma instabilidade transitória súbita que impede o início do movimento ativo ou pára esse movimento. Afeta as pernas, quando a pessoa tenta iniciar a marcha ou bloqueia os pés durante o caminhar. O bloqueio motor associado á perda dos reflexos posturais é responsável pela alta prevalência de quedas e maior incidência de fratura de quadril nas pessoas idosas.

A rigidez parkinsoniana, também conhecida como hipertonia plástica, caracteriza-se por uma resistência ao movimento passivo através de toda a amplitude de movimento sem o clássico sinal de canivete tão característico da espasticidade (hipertonia elástica) (GUSMÃO; CAMPOS, 2018). Doretto (2018) relaciona a diferença entre rigidez e espasticidade. A rigidez da doença de Parkinson pode ser caracterizada como cano de chumbo ou roda denteada. A primeira refere-se àquela resistência sentida em todo o movimento, sendo, portanto, uniforme e regular; a segunda compreende o fato de a resistência ser intermitente ao movimento passivo, à medida que os músculos alternadamente contraem e relaxam, lembrando as engrenagens de um relógio (HADDAD, 2019). Para explicar a fisiopatologia da rigidez, os estudos de Doretto (2018) sustenta a seguinte teoria, a saber a base fisiopatológica da rigidez parece ser a ampliação do componente de latência prolongada do reflexo miotático. O reflexo miotático normal pode ser dividido em um componente de curta latência e um de latência prolongada, nos pacientes com rigidez parkinsoniana, o

componente de curta latência (coluna vertebral) tem tamanho normal, refletindo o fato de que os reflexos tendíneos nessa condição patológica são normais. Contudo, o componente de latência prolongada, que pode assumir um percurso transcortical, é maior. Além disso, o tamanho do componente de latência prolongada correlaciona-se com o grau de rigidez clínica: quanto maior for a rigidez, maior será o tamanho do componente de latência prolongada.

Outra característica da rigidez é o acometimento preferencial da musculatura flexora, determinando nos parkinsonianos alterações típicas da postura, com cabeça em ligeira flexão, ântero-flexão de tronco e semiflexão dos membros (BARBOSA, 2019). Um outro detalhe importante que diz respeito à rigidez refere-se à distribuição desigual, iniciando frequentemente num membro, ou num dos lados, e eventualmente disseminando-se até envolver todo o corpo. Observe que essa assimetria é uma característica também comum ao tremor parkinsoniano. Além dos distúrbios motores cardinais, podem ocorrer alterações em outros sistemas, sendo que os distúrbios mentais (demência e depressão); os distúrbios neurovegetativos (obstipação intestinal, seborréia, tendência à hipotensão); e a fadiga, por exemplo, são muito frequentes na doença de Parkinson.

A respeito dessas e de outras alterações é que Cambier (2017) aponta que a depressão atinge cerca de 2% dos parkinsonianos. Declínio cognitivo não tão grave quanto ao observado na doença de Alzheimer, porém cerca de 15 a 20% desenvolvem demência em fases mais tardias. Sintomas de dor, queimação, prurido, fadiga e insônia são frequentes. Acatisia e síndrome das pernas inquietas acometem alguns idosos parkinsonianos. Pele fria, seborréia, constipação intestinal, incontinência urinária, disfunção erétil, diminuição da libido, hipotensão arterial e hipotensão ortostática podem compor o quadro fenomenológico da doença de Parkinson.

O diagnóstico da doença de Parkinson é exclusivamente clínico e consta basicamente da observação e identificação dos sinais e sintomas que integram o quadro patológico. Através de uma história clínica detalhada e um exame físico que identifique dois dos três sinais motores: tremor, rigidez e bradicinesia, é possível estabelecer um correto diagnóstico. Porém, vários autores, incluindo Andrade (2018) ressalta as dificuldades no diagnóstico nas fases iniciais da doença de Parkinson.

A primeira decorre, principalmente, de condições como o tremor essencial e outras formas de parkinsonismo que podem mascarar-se como Doença de Parkinson

Idiopática (DPI) e a segunda resultam, às vezes, da imprecisão dos primeiros sinais e sintomas que acompanham o paciente e que podem ser incomuns a outras enfermidades, a saber: alterações do talhe da escrita, perda da agilidade para os atos motores da vida diária, dores do tipo reumático, fraqueza muscular, lentidão muscular, para se despir, alimentar-se etc. Assim, diante de um quadro patológico de início insidioso, progressão lenta, ausência de achados na história e exames complementares que indiquem outra causa de parkinsonismo, o examinador deverá dispor de um exame neurológico detalhado que busque, avaliar, principalmente, segundo descrição de Barbosa (2019) a presença de movimentos involuntários, fadiga, tônus muscular aumentado, alterações do equilíbrio, marcha, coordenação e postura; limitações articulares; tempo gasto para completar tarefas (bradicinesia); grau de força muscular; sensibilidade e reflexos tendíneos. Essas avaliações devem ser as mais objetivas possíveis, e outro método adicional consiste no uso das escalas de pontuação utilizadas para avaliar o comprometimento motor e a progressão da doença. A evolução natural da doença de Parkinson é bastante variável, não existindo um padrão único de evolução dessa patologia.

Conforme Fahn e Przedborski (2019) todos os pacientes tendem a piorar ao longo dos anos, mas o ritmo de progressão difere, ou seja, pacientes podem permanecer com os mesmos sintomas e pouco incapacitados durante muitos anos ao lado de outros cuja progressão é mais rápida. Sabe-se que a doença tem curso lento, porém progressivo no sentido do agravamento, o que, eventualmente, após 5 a 15 anos, segundo Fahn e Przedborski (2019) favorece a uma incapacidade funcional, talvez a ponto de ocorrer uma dependência de cadeira de rodas e confinamento ao leito.

3.5 O papel da equipe de enfermagem no tratamento da doença de parkinson

O enfermeiro é um dos profissionais de saúde que estará mais próximo do paciente e do cuidador. Seu apoio emocional, físico e psicológico é fundamental para melhorar a qualidade de vida do paciente. Além disso, se forem especializados nesta doença, os profissionais de enfermagem de Parkinson serão parte importante do tratamento e cuidado do paciente. Em termos de mobilidade, esses profissionais ajudam a manter a autonomia de movimento dos pacientes. A estratégia que deve ser seguida é realizar exercícios em torno do equilíbrio, marcha sempre por motivação e evitando a todo momento a frustração do paciente (ANDRADE, 2018).

Nesta fase o apoio da fisioterapia e terapia ocupacional parece essencial. Alguns sintomas não motores sofridos pelo paciente são emocionais. O papel da enfermagem no Parkinson é transmitir confiança e empatia aos pacientes. Os profissionais os acompanham para dar continuidade aos tratamentos não farmacológicos de que necessitam, como, por exemplo, os de psicólogos. O aparecimento de distúrbios da fala pode causar isolamento social (BRITTON, 2018).

O enfermeiro deve estar atento caso esta situação cause desconforto ao paciente, necessitando da intervenção do fonoaudiólogo. O trabalho constante com o paciente é mais uma vez a chave para este sintoma. No que diz respeito aos distúrbios do sono, o enfermeiro tenta educar o paciente para retornar aos padrões normais de sono (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2019). O repouso é importante para a qualidade de vida do paciente, e as terapias não farmacológicas são importantes nessa fase da doença. Quando ocorrem disautonomias como hipotensão ortostática ou constipação, os enfermeiros avaliam o alcance e a piora da qualidade de vida do paciente. Alguns exercícios de controle de movimento e dieta são o ABC de qualquer enfermeira especialista em Parkinson. Para cuidar da alimentação e da disfagia, os enfermeiros oferecem seus conselhos em referência a dois pilares: melhores formas de deglutição e dieta. Ambos os aspectos são importantes para evitar o engasgo do paciente (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2019).

Portanto, a doença de Parkinson responde de forma única por paciente. Isso significa que situações especiais, como viagens, insolação ou gravidez, devem ser supervisionadas com atenção especial pelo enfermeiro. Seu papel, novamente, é controlar o estado dos sintomas do paciente e evitar, referindo-se a quem corresponde, que piorem sua qualidade de vida. Nesse sentido, o trabalho da equipe de enfermagem especializada em DP deve ser considerado fundamental e acredita-se que essa equipe deva ter um papel fundamental na gestão global do cuidado ao paciente com Parkinson (FROTA et al., 2019).

A avaliação não motora rigorosamente realizada por equipe de enfermagem treinada complementar a avaliação motora realizada diariamente pelo neurologista na consulta. A atuação do enfermeiro tem como foco o acompanhamento contínuo e próximo do paciente, bem como treinar e informar o paciente e cuidador sobre os cuidados necessários para prevenir e melhorar os sintomas existentes, oferecendo orientações e ferramentas para o paciente possa melhorar sua qualidade de vida,

mantendo a doença sob controle com adequada adesão ao seu tratamento (GUSMÃO; CAMPOS, 2018).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível depreender que o Alzheimer é uma patologia neurodegenerativa que causa morte progressiva de neurônios ocorrendo perda de memória e cognitiva tornando-se dificultosa a realização de tarefas triviais na vida diária. Por isso, a orientação e conscientização dos cuidados adequados a cada paciente, devem ser repassadas de forma sutil pela equipe de enfermagem, devendo implantar os processos de humanização diante da fragilidade adquirida pela enfermidade, visando o emocional, o racional, a intuição e o espiritual resultando numa visão holística.

Essa também apresenta conhecimentos técnicos, específicos e teóricos para elaboração e aplicações de atividades dos familiares com os portadores de Alzheimer, buscando assim um bom tratamento domiciliar, levando-se em consideração o estado emocional e físico em que se encontra o idoso e seus familiares. Todos os sintomas comportamentais devem ser averiguados e administrados com cautela para que se preserve o portador de Alzheimer de problemas maiores possíveis de serem prevenidos.

A presente pesquisa mostrou que a doença de Parkinson gera repercussões profundas na vida do paciente no que se refere tanto às disfunções motoras apresentadas como às modificações negativas trazidas para o dia-a-dia deste. O caráter crônico e incapacitante da patologia sugere uma abordagem globalizada que atenda às reais condições do doente, minimizando os efeitos da doença e mantendo ao máximo as capacidades funcionais do indivíduo. O enfermeiro, como membro dessa equipe, utiliza uma gama de princípios preventivos e de reabilitação que devem ser aplicados desde o hospital ou ambulatório até o domicílio do paciente, objetivando proporcionar uma maior independência e qualidade de vida. Baseado no exposto, conclui-se que a enfermagem é extremamente necessária dentro de uma abordagem terapêutica interdisciplinar da doença de Parkinson.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. A. F. **Doença de parkinson**. In: SOUZA, S. E. M. Tratamento das doenças neurológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. cap. 191.
- BAGNEL, Bruna Mantovani; GASPARINI, Renata Cristina. Qualidade de vida do cuidador do portador de doença de alzheimer. **Revista Saúde**, 2018, 13.
- BARBOSA. E.R. Síndromes extrapiramidais. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Santos, 2019. cap. 13.
- BATISTA, Marina Picazzio Perez; ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; LANCMAN, Selma. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. Revista **Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2019.
- BRITTON, T. C. Anormalidades do tônus muscular e do movimento. In: STOKES, M. Neurologia para fisioterapeutas. São Paulo: Premier, 2018. cap. 5.
- CAMBIER, J; **Síndromes parkinsonianas**. In: Manual de neurologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2017. cap. 15.
- CRUZ, Danielle Teles; CAETANO, Vanusa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. **Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso**. 2019.
- DORETTO, D. Fisiopatologia das estruturas supra-espinhais que atuam sobre a motricidade: —o sistema extrapiramidal. In: **Fisiopatologia clínica do sistema nervoso**: fundamentos da semiologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2018. cap. 4.
- ENGEL, Cíntia Liana. **Doença de Alzheimer e cuidado familiar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.
- FAHN, S.; PRZEDBORSKI, S. Parkinsonismo. In: MERRIT. **Tratado de neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. cap. 114.
- FROTA, Norberto Anízio Ferreira, et al. **Crítérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer**. Dementia & Neuropsychologia, 2011, 5.1: 5-10.
- GUSMÃO, S. S.; CAMPOS, G. B. **Motricidade do tronco e membros**: base anátomo-funcional. Rio de Janeiro: Revinter, 2018. p. 54-58.
- HADDAD, M. S. **Distúrbios do movimento**. In: MUTARELLI, E. G. Propedêutica neurológica: do sintoma ao diagnóstico. São Paulo: Sarvier, 2019. cap. 8.