

A CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOENÇA DE PARKINSON

SCHUH, Camila¹; FLORES, Iane A. ¹; BECK, Derliane Glonvezynski dos Santos²

Palavras-Chave: Doença de Parkinson. Fisioterapia. Qualidade de Vida. Habilidades Funcionais.

Introdução

A doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade crônica e progressiva do sistema nervoso caracterizada por sinais de rigidez, bradicinesia, tremor e instabilidade postural, que causa vários sintomas como perturbações do movimento e marcha, alterações sensoriais, distúrbios da fala, voz, deglutição, cognitivos e comportamentais, disfunções do sistema nervoso autônomo, mudanças gastrintestinais e cardiopulmonares (O' SULLIVAN; SCHMITZ, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é comum em pessoas idosas acima de 65 anos sendo homens mais afetados (MELLO et al., 2007).

Apresenta início lento e gradual, com manifestações clínicas hemilaterais, sendo o tremor nas mãos ou rigidez de um dos membros mais habitual, evoluindo para sintomas bilaterais, mas a assimetria costuma ser regra durante toda evolução. A combinação da rigidez e acinesia leva à diminuição do volume da voz e disfagia. O envolvimento do equilíbrio costuma ser tardio e nas fases avançadas, levando a graves consequências decorrentes das quedas, com o paciente assumindo uma postura encurvada para frente com os braços fletidos na altura da cintura. A marcha costuma ter passadas curtas e os calcanhares tendem a arrastar no chão, executando mudança de direção com movimentos decompostos e desarmônicos (FERRAZ; BORGES, 2011).

Ainda não existem medicamentos capazes de interromper o curso da doença nem evitá-la, apenas controlar sintomas mantendo a autonomia, independência funcional e equilíbrio psicológico dos portadores. As desordens motoras e emocionais que geram incapacidades e interferem nas habilidades funcionais diárias (GOULART et al., 2004), podem ser trabalhadas na fisioterapia com exercícios que mantêm ativos músculos e preservam mobilidade, baseando-se em padrões de movimentos funcionais dos segmentos corporais (HAASE, 2008).

¹ Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Fisioterapia do Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo (IESA/CNEC).

² Orientadora, docente do Curso de Fisioterapia do Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo (IESA/CNEC). Mestre em Ciências Biológicas (Fisiologia) – UFRGS. E-mail: degbeck@gmail.com

Muitas são as mudanças e as dúvidas em relação à doença e sua progressão, especialmente no que se refere ao acometimento das habilidades motoras e conseqüentemente, na repercussão para as atividades de vida diária. Dessa forma, faz-se necessário a sensibilização dos profissionais da fisioterapia quanto à busca de alternativas que possibilitem um melhor convívio com a doença e suas incapacidades, a fim de melhorar a qualidade de vida dos paciente e familiares.

Metodologia

A pesquisa realizada foi descritiva, do tipo revisão bibliográfica, onde a abordagem qualitativa foi utilizada como eixo central. Para a realização do estudo foram pesquisados livros e artigos científicos nos sites Medline, Lilacs e Scielo.

Resultados e Discussões

Segundo Carr e Shepherd (2008) existem dois principais papéis desempenhados pela fisioterapia. O primeiro relaciona-se à preservação da flexibilidade muscular, atividade e condicionamento físico, que envolve aconselhamento relativo à atividade física e programas regulares de exercícios e alongamento. O segundo relaciona-se ao fornecimento de estratégias, tais como pistas de atenção, para lidar com deficiências motoras durante o desempenho de tarefas diárias específicas como sentar-se e levantar-se em contextos diferentes, caminhar na rua e em casa com meio fio, rampas e escadas, e alcançar, pegar e manipular objetos.

Em relação à alteração da força muscular, estudos indicam a existência de fraqueza muscular com diferença entre os lados mais e menos afetados do corpo, mesmo em fases iniciais da doença. Scandalis (2001) mostrou melhora do padrão de marcha e postura pós treinamento para aumento da força muscular dos membros inferiores. A rigidez, geralmente considerada o déficit mais importante, tem a terapia objetivando o decréscimo da rigidez e melhora na habilidade funcional, através de relaxamento, rotação de tronco, padrões de PNF bilaterais simétricos e recíprocos, ritmo e estímulos auditivos (CARR; SHEPHERD, 2008).

As alterações da marcha, com grande interesse dos pesquisadores, mostram um déficit específico na regulação interna do comprimento do passo e que, embora os pacientes andem com passos menores, são capazes de caminhar com passos de amplitude adequada quando pistas visuais são fornecidas, sendo o método mais conhecido para melhorar a marcha o uso de marcadores visuais no

ção em adequado comprimento de passo (GOULART, 2004), que fornecem mecanismos de controle motor, para o aprendizado e recrutamento de sinais adicionais que levam a um desvio da preparação do movimento do circuito núcleos da base e área motora suplementar, para a área visual motora, cerebelo e córtex pré-motor, melhorando a preparação do passo, por focarem a atenção do paciente na sua execução (DIAS, 2005). Morri et al (1995, *apud* CARR; SHEPHERD, 2008) propuseram que o paciente precisaria prestar atenção na largura da passada (“estratégia cognitiva”), que implica em treinar o paciente para lembrar mentalmente a seqüência do movimento antes de realizá-lo.

Em relação à flexibilidade Carr e Shepherd (2008) relatam que o modo mais efetivo para preservá-la é manter um estilo de vida ativo, onde a tendência para desenvolver uma postura flexionada global pode ser minimizada por um simples programa de alongamento como permanecer em decúbito dorsal sobre uma superfície firme e alongar flexores de membros superiores e do tronco.

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 è 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).

Conclusão

Através deste estudo pode-se constatar que portadores de DP além das desordens motoras características da doença apresentam também problemas emocionais que podem gerar incapacidades consideráveis com a evolução da doença. Déficit de equilíbrio, lentidão nos movimentos, baixa aptidão física e a ocorrência de quedas estão presentes na vida destes indivíduos. Em todas as fases da doença estas alterações comprometem o desempenho funcional, psicológico e social tornando-os incapazes na execução de movimentos compensatórios necessários para manter sua independência. A evolução do

quadro clínico, aliado a dependência física, mental e emocional destes pacientes parece levar ao comprometimento da qualidade de vida, podendo ser responsável pelo desenvolvimento de limitações e consequente incapacitação.

Os trabalhos apontam claramente os benefícios da intervenção fisioterápica para a melhora das disfunções motoras. Dessa forma, a força muscular, a flexibilidade, a postura e o equilíbrio podem ser melhorados e a bradicinesia e hipocinesia reduzidas. Entretanto, as informações presentes atualmente na literatura ainda não são suficientes para a obtenção de evidências científicas, embora as clínicas sejam motivadoras e devam ser consideradas.

Além disso, a comunicação entre os diversos profissionais que lidam com pacientes portadores de DP deve ser intensificada e as medidas terapêuticas disponíveis tem de ser implementadas a fim de que o esforço conjunto possa, verdadeiramente, melhorar a qualidade de vida desta população.

Referências

CARR, Janet; SHEPHERD, Roberta. **Reabilitação Neurológica Otimizando o Desempenho Motor**. 1.ed. São Paulo: Manole, 2008.

DIAS, Natalia. Treino de marcha com pistas visuais no paciente com Doença de Parkinson. **Fisioterapia em movimento**. Curitiba, v. 18, n.4, p43-51, dez. 2005.

FERRAZ, Henrique Ballalai; BORGES, Vanderci. Como Diagnosticar e tratar Doença de Parkinson. **Rev. Bras. Med.** v.59, n.4, p: 207-210, 2002.

GONÇALVES, LHT; ALVAREZ, AM; ARRUDA, MC. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. *Acta Paul Enferm.* v.20. n.1, p.62-68, 2007.

GOULART, Fátima; SANTOS, Clarissa Cardoso dos; SALMELA, Luci Fuscaldi Teixeira; CARDOSO, Francisco. Análise do desempenho funcional em pacientes portadores de doença de Parkinson. **Acta Fisiátrica**. v.11, n.1, p:12-16, 2004.

HAASE, Deisy. Atuação da fisioterapia no paciente com Doença de Parkinson. **Fisioterapia em movimento**. v21, n1, p79-87, mar. 2008.

MELLO, Luciano Magalhães; BARBOSA, Egberto Reis; CARAMELLI, Paulo. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.34, n.4, p:176-183, 2007.

NAVARRO, Fabiana M.P; Marcon, Sônia S.. A convivência com a doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. *Rev Gaúcha Enferm.*,v.3, p.415-2, set.2010.

O' SULLIVAN, Susan B; SCHMITZ, Thomas J. Schimitz. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento**. 5º ed. São Paulo: Manole, 2010.

SCANDALIS, T.A. Resistance training ad gait function in patients with Parkinson`s disease. **Am. J. Phys. Med.** v.80, p:38-43, 2001.