

A INFLUENCIA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPEUTICA NA DOENÇA DE PARKINSON

Juliana Silva¹, Michele Moreira², Natalia Conduta³, Sergio Takeshi⁴

¹UNIP/Fisioterapia, São José dos Campos

²UNIP/Fisioterapia, São José dos Campos, micheleuniclo@hotmail.com.br

³UNIP/Fisioterapia, São José dos Campos, naty_conduta@yahoo.com.br

⁴UNIP/Fisioterapia, São José dos Campos

Resumo- Este artigo enfatiza a importância das condutas fisioterapêuticas para amenização dos sintomas da doença de Parkinson, visto que existem várias condutas a serem utilizadas, e para melhor escolha delas é preciso fazer uma boa avaliação do paciente determinando o melhor tratamento para suas necessidades.

Palavras-chave: Usar até 5 palavras chaves

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

A doença de Parkinson (DP) é doença progressiva e crônica do Sistema Nervoso Central (SNC). Também pode ser classificada como um distúrbio do movimento, associados com movimentos involuntários ou anormalidade do tônus muscular, da postura ou ambos. Um distúrbio encontrado na população idosa, representando até 2/3 dos pacientes que visitam os grandes centros de distúrbio do movimento. (MENESES e TEIVE, 2003).

Os principais sinais e sintomas da DP são bradicinesia, tremor e rigidez e instabilidade postural, consequentemente os indivíduos tendem a reduzir a quantidade de suas atividades, fator que contribuem para a redução de sua aptidão física. Estudos demonstram que a força muscular é reduzida na DP. Aos sintomas motores, comumente associam a alterações cognitivas e de comportamento, com tendência ao isolamento, ansiedade, distúrbios do sono e depressão. (GOULART; et al, 2004).

Fatores que poderiam predispor a doença têm sido descritos, mas na há evidências convincentes de que, realmente sejam os responsáveis. Entre os possíveis fatores de risco encontrados para DP estão: raça caucasiana, fatores genéticos; como a presença de genes chamados Parki 1 e 2 (Parkin), 3, 4, 5, 6 e 7, vida rural, hábito de beber água de poço, trabalho na agricultura, exposição a química industrial, a herbicidas e pesticidas. A disfunção dos circuitos dos núcleos da base, decorrente dos fatores etiopatogênicos, será o fator determinante na fisiologia dos sinais clássicos da DP. (MENESES e TEIVE, 2003).

Sendo a DP uma doença crônica e degenerativa do SNC, acarretando principalmente distúrbios motores, a atuação fisioterapêutica adjunto ao farmacológico será de fundamental importância para a amenização dos sintomas

durante o decorrer do tratamento, melhorando desta forma a qualidade de vida nos pacientes.

Definição Da Doença

A doença foi descrita no século passado por James Parkinson: denominou – a de Paralisia Agitante; tal denominação foi bem oportuna na época, pois embora doença de evolução lenta, ao fim de dez anos mais ou menos, determinava o acamamento do paciente, o qual comportava-se como um paralítico. No entanto, apesar de paralítico, exibia tremor intenso e, rítmico, predominando em membros superiores, essencialmente nas mãos. Daí a denominação proposta pelo autor. Porém, a literatura médica, objetivando homenagear o talentoso médico, consagrou a denominação da doença como Doença de Parkinson. (DORETTO, 2001). Clinicamente, o paciente em geral exibe alguma combinação de três sinais clássicos: rigidez, bradicinesia e tremor. O aparecimento desses sinais supostamente tem origem neuroquímica, sendo causado pela deficiência de DA no corpo estriado. (O'SULLIVAN, 1993).

As características histopatológicas mais típicas da DP são: perda neuronal com despigmentação da substância negra, e corpúsculos de Lewy, inclusões citoplasmáticas eosinofílicas nos neurônios que consistem em agregados de filamentos normais. Essas anormalidades são mais proeminentes na região ventrolateral da substância negra que se projeta ao putâmen. Para que os sintomas clínicos da DP se tornem evidentes, é necessário que haja a perda de pelo menos 80 % dos neurônios dopaminérgicos na substância negra e o mesmo grau de depleção de dopamina no estriado. (GOLDMAN & BENNETT, 2001).

A rigidez, o tremor em repouso, a bradicinesia e a instabilidade postural são praticamente sinônimos do diagnóstico. (GOLDMAN, 2001).

Tratamento

A intervenção fisioterapêutica requer uma ênfase mutável através de três estágios da doença.

No Estágio inicial, o foco recai sobre a prevenção de deficiências músculo-esqueléticas. Informar as pessoas com DP e quem delas cuida sobre a patologia, e discutir seus medos e percepções, ajuda a promover o envolvimento positivo com programa geral de exercícios domésticos. Esse programa incluiria ADM, exercícios de fortalecimento e resistência, além de alongamentos específicos. O relaxamento deve ser incorporado ao programa.

No estágio intermediário, as técnicas para promover a ADM, ampliar a consciência postural e corrigir a deficiência músculo-esquelético, nos casos em que é possível devem ser continuadas. A estratégia para apoiar o desempenho motor deve ser introduzida de acordo com a necessidade. Estabilizar o membro superior contra o tronco pode reduzir o tremor ao suficiente para permitir a destreza na mão. Explorar estratégias de movimento para sentar-se e levantar-se de vários tipos de cadeiras, virarem-se na cama e levantar do chão com os indivíduos e com pessoas que deles cuidam. A perturbação da marcha e do controle do equilíbrio pode resultar em quedas. Conscientizar-se da postura ereta aumentando a distância entre os pés e colocando conscientemente o calcanhar primeiro no solo pode melhorar a qualidade na marcha. Girar de lado a lado, marchando sobre as marcas ou dando passos para trás antes de balançar o pé para frente, pode ajudar a iniciar o movimento, assim como utilizar o pé do ajudante para dar o passo.

Num último momento, considerando o comprometimento da função respiratória e da deglutição, o cuidado com o tórax é importante a atenção aos problemas de pele é necessária quando a nutrição e a mobilidade estão comprometidas. Os equipamentos para apoiar a mobilidade na cama e as transferências podem ser uma necessidade, além do uso da cadeira de rodas empurrada por um atendente. Como ocorre nos estágios anteriores, o trabalho da equipe multiprofissional e o movimento ativo do paciente são essenciais para garantir a qualidade do atendimento. (STOKES, 2000).

Metas De Tratamento

O objetivo da fisioterapia no paciente parkinsoniano é dar o máximo de mobilidade funcional, promovendo a independência no autocuidado tanto em casa como na comunidade. Teremos benefícios específicos para cada problema particular. (MENESES & TEIVE, 2003).

Em geral os objetivos incluem o aumento do movimento, assim como o da ADM, mantendo ou melhorando a expansão torácica, melhorando as reações de equilíbrio e mantendo ou restaurando as habilidades funcionais; incrementar o padrão de marcha, e melhorar os padrões de fala. O aumento do movimento pode de fato modificar a progressão da doença e evitar contraturas. (O' SULLIVAN, 1993). As metas em longo prazo têm por finalidade: retardar ou minimizar os efeitos dos sintomas da doença; impedir o desenvolvimento de complicações e deformidades secundárias; melhorar o máximo as capacidades funcionais deste paciente; melhorar a qualidade de vida do paciente, reintegrando a sociedade. (MONTE et al, 2003).

Um programa começa, após a avaliação de um fisioterapeuta, com o paciente sentado, fazendo atividades para as extremidades superiores e depois inicia uma combinação de movimentos para o aquecimento. O paciente então progride para atividades de pé em marcha, que incorpora movimentos coordenados dos braços e das pernas assim como as atividades de rotação de tronco. Todos os movimentos são realizados com músicas similar aquela utilizada em aulas aeróbicas em qualquer academia ou SPA. O batimento cardíaco deve ser monitorado periodicamente. (UMPHRED, 2004).

Os exercícios ativos e passivos devem ser feitos varias vezes ao dia (dentro da amplitude de movimento). Os exercícios ativos irão ajudar a fortalecer os músculos extensores alongados, enquanto que estirará os flexores que se apresentam retesados e encurtados. Quando o paciente se encontra limitado no movimento ativo que ele pode realizar, geralmente deve-se utilizar o movimento passivo e ativo assistido. As contraturas de músculos específicos podem responder as técnicas de inibição antagonista, como a técnica de facilitação neuromuscular proprioceptiva (contrair-relaxar). No entanto como o relaxamento muscular que ocorre geralmente não é completo, o fisioterapeuta deverá utilizar-se de movimentos lentos, rítmicos e rotatórios dentro de uma amplitude total de movimento. O estiramento passivo prolongado e/ou as técnicas de estiramento mecânico que usam splints e outros aparelhos podem ser necessária para melhor a amplitude de movimento naquelas articulações onde as contraturas estiverem mais acentuadas. (MONTE et al, 2003).

Um programa de exercícios para o paciente com parkinsonismo deve basear-se nos padrões de movimentos funcionais que envolvam prontamente diversos segmentos corporais. Devem ser enfatizados os movimentos extensores, abdutores e rotatórios. Os movimentos devem ser rítmicos e recíprocos, devendo progredir no sentido da completa

amplitude de movimentos. Exercícios que estejam relacionados a habilidades funcionais como os cuidados pessoais e com as habilidades pré-morbidez ajudarão a aumentar a motivação e reduzirão a apatia e depressão comumente observada nestes pacientes. O uso de estimulação verbal, auditiva e tátil propicia reforço sensitivo e ajuda a aumentar a percepção dos movimentos por parte do paciente. Comando verbal musical, palmas, marchas, espelhos e marcações no piso são todos os exemplos de meios auxiliares efetivos para promoção do bem sucedido de uma atividade. (O' SULLIVAN, 1993).

Os exercícios respiratórios auxiliam no relaxamento e trabalho de forma eficaz na expansão torácica, aumentando as capacidades vitais do paciente, prevenindo assim as limitações músculo-esqueléticas, que podem contribuir para alta incidência de complicações pulmonares, por ventilação inadequada. (MONTE et al, 2003).

O treinamento da marcha busca suplantar as seguintes deficiências primárias: uma deambulação festinada e arrastada, mau alinhamento postural, reflexos posturais defeituosos. A meta específica são o alongamento da passada, a ampliação da base de sustentação, e o aumento dos movimentos contra laterais do tronco e da oscilação dos braços, para que seja encorajado um padrão de marcha desde o calcanhar até os dedos, para o incremento das reações posturais, e para que se propicie um programa de deambulação regular.

Os exercícios são comprovadamente benéficos à saúde, e no caso do parkinsoniano, atuam mais diminuindo a lentidão e a dificuldade em iniciar os movimentos. O benefício será maior quando realizamos no mínimo três vezes por semana, por obterem um efeito de condicionamento. Caminhar é um dos exercícios mais úteis; a maioria dos pacientes no estágio inicial da doença podem andar de 500 a 1000 m por dia. Nesta fase, o paciente precisa ser encorajado a continuar todas suas atividades. Se for ligado a esportes ou a outros tipos de exercícios, estes devem ser mantidos. Se não for previamente ativo, então o exercício deve se tornar parte da rotina. (MENESES E TEIVE, 2003). Melhorando a função pulmonar nos pacientes parkinsoniano porque essas funções parecem sofrer deficiências em uma produção de força rápida dos músculos respiratórios, similares à musculatura dos membros. O exercício mais benéfico ao ser logo iniciado no processo da doença. (UMPHRED, 2004).

A hidroterapia é outro recurso que pode ser utilizado no tratamento dos pacientes com DP. Objetivo da reabilitação aquática é o fortalecimento muscular, a diminuição da rigidez do tronco é a melhora da iniciação dos movimentos e da coordenação tornado o paciente

mais independente possível para realização de suas atividades de vida diárias (AVD'S). (GOULART et al, 2004).

Exercícios de fortalecimento foram indicados para pacientes com DP. Com a falta de uso, ocorre, é claro, a diminuição da força. A fraqueza ocorre com contração inicial e também com a contração prolongada. Uma parte importante de qualquer programa de resistência e a musculatura do tronco. Os extensores espinhais precisam ser exercitados e a flexibilidade espinhal do mesmo modo, encorajada. (UMPHRED, 2004).

Orientação Familiar

O programa domiciliar deve incentivá-lo a tornar os exercícios moderados e consistentes, e parte de seu dia a dia. A fadiga deve ser evitada e o exercício graduado de acordo com a capacidade do indivíduo. (UMPHRED, 2004). O membro da família precisará ser instruído para melhor ajudar o paciente. (O'SULLIVAN, 1993).

Discussão

De acordo com as literaturas citadas em nosso trabalho todas enfatizam que o exercício é de grande importância na DP proporcionando uma melhor condição física, melhorando a marcha, o equilíbrio, atividades funcionais, AVD's minimizando sintomas como fadiga e conseqüentemente melhorando os aspectos sociais destes pacientes.

O relaxamento é de grande importância para a diminuição da rigidez, possibilitando uma melhor mobilização das articulações e alongamentos diminuindo as deformidades.

Os exercícios rítmicos serão indicados para melhora da coordenação e equilíbrio, diminuir a rigidez a bradicinesia e melhorar a marcha a longo tempo. Devemos orientar os familiares, a estimulação do paciente a praticar atividades como: dança de salão, valsa, sapateado ou qualquer outra atividade para melhorar o desempenho funcional, melhorando suas respostas motoras.

Tendo em mente que esta melhora só será eficaz se houver uma participação assídua tanto do paciente, terapeuta e apoio dos familiares. O programa de exercícios em casa fará sempre parte do tratamento, e sua constante repetição e prática são essenciais na reabilitação. Os pacientes devem ser encorajados a movimentar-se tanto quanto possível, e não permitirem que tudo seja feito para eles.

Conclusão

Concluimos que a fisioterapia tem um papel importante na manutenção física dos pacientes

com a DP colaborando na melhora dos aspectos motores, psíquicos e melhorando a sua qualidade de vida tendo uma maior independência para realizar suas atividades evitando o aparecimento de posturas inadequadas e deformidades que contribuem para o agravamento dos sintomas.

Vamos mais além, a fisioterapia contribui para a reintegração do indivíduo com a DP na sociedade que inconscientemente faz discriminações involuntárias, as quais não podem ser tratadas por um fisioterapeuta.

Referencias Bibliograficas

- BRODAL; A. Anatomia Neurológica: Com Alterações Clínicas, 3° ed. Roca, p.209 a 229, 1968.

- DELISA J.A, GANS B.M. Tratado de Medicina de Reabilitação – Princípios e Práticas, Ed. Manoli, p. 1089 a 1097. 2002.

- DORETTO D. Fisiopatologia Clínica do Sistema Nervoso – Fundamentos da Semiologia, 2° ed. Atheneu, p. 87 a 92, 2001.

- FILHO G.B, Bogliolo Patologia, 6° ed. Guanabara Koogan, p. 829, 2000.

- GOULART R.P et al; O Impacto de um Programa de Atividade Física na Qualidade de Vida de Pacientes com Doença de Parkinson. Revista Brasileira de Fisioterapia, nº 1, V. 9, p.50 a 54, 2004.

- GOLDMAN L, BERNNETTE JC. Tratado de Medicina Interna, 21° ed. Guanabara Koogan, p. 2320 a 2322, 2001.

KRUSEN I, KOTTKE F. Tratado de Medicina Física de Reabilitação, 4° ed Manoli, p. 772 a 775, 1994.

- MACHADO Â. Neuroanatomia Funcional, 2° ed. Atheneu, p. 72 a 180, 1999.

- MALCOLM B, CARPENTER M. Fundamentos de Neuroanatomia, 4°ed. Editorial Médica Panamericana, p. 49 a 52, 1995.

- MENESES M.S, TEIVE H.A. Doença de Parkinson: Aspectos Clínicos e Cirúrgicos, Ed. Guanabara Koogan, p. 01-02, 34-37, 51-53, 235-237, 2003.

- MONTE S.C et al; A Intervenção da Fisioterapia na Doença de Parkinson. Fisioterapia Brasil, nº 1, V. 5, p. 62 a 65, 2004.

- MORINI S.R, et al; Programa de Hidroterapia na Reabilitação de um Paciente Portador da Doença de Parkinson. Fisioterapia Brasil, nº 1, V. 3, p.117, 2002.

- O' SULLIVAN S.B SCHIMITZ T.J. Fisioterapia Avaliação e Tratamento, 2° ed. Manole, p. 549 a 562, 1993.

- SANVITO W.L. Propedêutica Neurológica Básica, Atheneu, p.23-44, 2002.

SMELTZER S.C, BARE B.G. Tratado de - Enfermagem Cirúrgica, 9° ed. Guanabara Koogan, p.1651 a 1652, 2002.

- STOKES M. Neurologia para Fisioterapeutas, Editorial Premier, p. 167 a 179, 2000.

- UMPHRED D. A. Reabilitação Neurológica, 4° ed. Manole, p. 697 a 717, 2004.