

A EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO PARA DOENÇA DE PARKINSON: Uma Revisão Bibliográfica

Thamires Ramos Costa

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Vanuza Ramos de Souza

Graduanda em Fisioterapia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Elaine da Silva Kraievski Ruiz

Fisioterapeuta – UNIGRAN-DOURADOS;
Tecnóloga em Estética e Cosmética – UNIGRAN-DOURADOS;
Especialista em Fisioterapia Dermatofuncional – IBRATE;
Especialista em Fisioterapia do trabalho e Ergonomia – AVM;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

A doença de Parkinson (DP) que é caracterizada por bradicinesia (lentificação dos movimentos voluntários), rigidez, instabilidade postural e tremor de repouso, é uma doença neurológica progressiva que ocorre no sistema extrapiramidal. Neste trabalho, há a pretensão de se evidenciar o benefício da prática de atividades fisioterápicas regulares no paciente acometido pela Doença de Parkinson. O tratamento em questão é composto por treinamento de marcha, exercícios motores, terapia de relaxamento, treinamento das atividades diárias, treino de equilíbrio, exercícios respiratórios, facilitação neuromuscular proprioceptiva, estímulos proprioceptivos e fortalecimento dos principais grupos musculares. Além da fisioterapia focada no fortalecimento muscular do indivíduo, também é trabalhado o alongamento passivo, ou ativo ou ativo-assistido, associados a estímulos verbais que irão estimular as funções cognitivas do paciente. Para a realização do presente artigo, foi realizada revisão bibliográfica sistemática de publicações a respeito do aludido assunto. Em que pese a pouca produção de trabalhos científicos com amostras significativas a respeito, os resultados até agora obtidos em pesquisas, asseveram que a prática regular dos exercícios físicos, de modo que se torne algo costumaz na vida do paciente, traz melhoras significativas ao quadro em questão, prolongando e melhorando cada vez mais a qualidade de vida do indivíduo acometido pela Doença de Parkinson.

PALAVRAS-CHAVE: atividade motora; doença de Parkinson; fisioterapia neurológica; terapia por exercício.

1 INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa do sistema nervoso central, é uma das mais predominantes do mundo, sua causa ainda desconhecida é caracterizada principalmente pela morte de células produtoras de dopamina na parte compacta da substância negra. A DP é mais comum em indivíduos do sexo masculino, com mais de 50 anos tornando-se cada vez mais comum com o aumento da idade. Sua condição crônica e progressiva é preocupante

devido à perda motora que leva a uma precarização na qualidade de vida do paciente (BERTOLUCCI et al., 2011).

Cinco características principais acometem o paciente com DP, é o tremor de repouso, a rigidez, a bradicinesia, hipocinesia e a instabilidade postural. Essas características são constantemente acompanhadas por fadiga, congelamento da marcha, depressão, distúrbios autonômicos, dor e em alguns casos demência (SILVA et al., 2015).

Inicialmente, o acometimento da DP é unilateral, mas se torna bilateral com a progressão da doença, essas alterações somadas ao fator idade podem aumentar os riscos de quedas e limitar o desempenho em atividades de forma que restringe a participação social do indivíduo (SILVA et al., 2015).

O paciente portador da DP tem tendência a apresentar uma postura flexionada ou encurvada, deslocando seu centro de gravidade para frente, também ocorre à diminuição dos reflexos posturais (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

O tratamento fisioterapêutico em pacientes com DP tem como finalidade uma melhora da marcha, do equilíbrio e do posicionamento postural correto do paciente, a fisioterapia irá trabalhar com o fortalecimento tanto de membros inferiores quanto de superiores e também com a propriocepção, com exercícios que irão estimular o equilíbrio, a força, a coordenação motora, a cognição e a flexibilidade. Os materiais podem variar desde bolas suíças de variados tamanhos, *theraband*, bolas esportivas, tábuas de equilíbrio, colchonetes e cama elástica (SANTOS et al., 2010).

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo investigar a ocorrência de quedas e verificar a eficácia da fisioterapia sobre o equilíbrio e a instabilidade postural na DP, evidenciando a melhoria na qualidade de vida e na realização das atividades de vida diária do paciente.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema em artigos científicos e revistas acadêmicas disponíveis on-line, referente aos anos de 1998 a 2015,

reunindo e comparando os diferentes dados encontrados nas fontes de consulta e listando os principais fatores que contribuem para o reestabelecimento do equilíbrio estático e dinâmico do paciente com Parkinson objetivando a melhora da sua qualidade de vida. Quinze artigos foram encontrados abordando o tema central da pesquisa realizada.

4 DOENÇA DE PARKINSON

4.1 Fisiopatologia

A DP foi descrita em 1817, por James Parkinson, um médico inglês que, na ocasião descreveu o quadro clínico em seis indivíduos com sintomas do que chamou de “paralisia agitante” (BERTOLUCCI et al., 2011).

É uma doença degenerativa e crônica tendo sua patogenia no sistema nervoso central envolvendo os gânglios da base, sendo causada pela deficiência da dopamina (neurotransmissor) na via nigroestriatal e cortical, interferindo principalmente no sistema motor (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

A DP é uma doença degenerativa e progressiva do sistema nervoso central (SNC), caracterizada por morte neuronal da substância negra, com diminuição de dopamina, levando a alterações motoras típicas. Embora tenha sido realizados nos últimos anos inúmeros progressos nas pesquisas sobre a DP, a sua etiopatogenia ainda permanece obscura, sendo assim a DP vem sendo definida como uma doença idiopática (BERTOLUCCI et al., 2011).

É uma doença com envolvimento predominantemente motor e, em alguns casos, pode levar a incapacitação física e cognitiva. Tanto em homens quanto em mulheres são acometidos, embora, em muitas séries, haja uma tendência em homens terem ligeiro predomínio (BERTOLUCCI et al., 2011).

4.2 Diagnóstico

O diagnóstico da DP deve ser realizado por um médico neurologista, onde após a descrição dos sintomas pelo paciente será feita uma exclusão de diversas patologias até que se tenha o diagnóstico fechado para Parkinson (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

Os sintomas mais comuns relatados serão os de tremor em repouso, bradicinesia e rigidez. Serão realizados alguns exames como eletro encefalograma,

tomografia computadorizada, ressonância magnética, e análise do líquido espinhal, para obter com certeza que o paciente não possui nenhuma outra patologia cerebral (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

O diagnóstico passa a ser concluído apenas quando estiverem presentes os três principais sintomas da DP (bradicinesia, rigidez e tremor de repouso) e se for concluído que o paciente não possui nenhuma outra patologia cerebral, indivíduos que sofreram Acidente Vascular Encefálico, Encefalites e Traumatismos são afastados do diagnóstico de DP (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

Em alguns casos, quando relatados os sintomas principais da DP em pacientes abaixo dos 40 anos ou menores que 21, é recomendado exames de laboratório. Esses casos são denominados Parkinson Precoce (PP) e possui um tratamento diferente dos indivíduos com DP (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

4.3 Quadro Clínico

Deve haver perda de 60% dos neurônios para que surjam os chamados sinais cardinais: rigidez, bradicinesia, tremor de repouso e alterações posturais (MENESES; TEIVE, 2003). Nestes indivíduos a rigidez ocorre pelo aumento da inflexibilidade dos músculos, ela se fará sempre presente e irá aumentar durante o movimento, é a rigidez responsável pela expressão facial (face de máscara) do paciente – hipomimia (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

O tremor, quando existente, se apresenta de forma mais acentuada em um dos hemisférios e quando afeta os dois membros poderá atingir cabeça, pescoço, face e mandíbula (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

A bradicinesia é um retardo em iniciar movimentos, causado pelo atraso no cérebro ao transmitir as instruções necessárias para as outras partes do corpo. Quando estas são recebidas o corpo responde lentamente (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

A bradicinesia é o sinal que torna mais possível distinguir a DP de outras patologias motoras (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

A deambulação ficará comprometida devida à perda de capacidade deste indivíduo de realizar ajustes rápidos de ação muscular para a realização de certos movimentos (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

O tremor atribuído aos pacientes portadores da DP é caracterizado por tremor de repouso, estático ou não intencional, acredita-se que estes tremores são

resultados de um incremento na atividade dos circuitos gânglios da base. Assim como os outros sintomas da DP, o tremor é progressivo, e pode ocorrer devagar, iniciando apenas em um hemisfério. O tremor costuma ser menos intenso em momentos em que o indivíduo está relaxado e desaparece durante o sono (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

O portador da DP possui uma postura caracterizada por uma hiperlordose cervical – postura em flexão, devido às desordens nos sistemas vestibulares, visuais e proprioceptivos, esta postura pode comprometer também as vias respiratórias devido à perda de flexibilidade da musculatura respiratória (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

O indivíduo portador da DP sofrerá também além de comprometimento físico e mental sofrerá o comprometimento econômico e social, uma vez que a DP pode provocar isolamento do indivíduo e pouca participação em atividades cunho social. (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

“A depressão é um fator de risco para a DP, assim como a DP é um fator de risco para a depressão, ela ocorre em, aproximadamente, 40% dos pacientes diagnosticados” (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007).

4.4 Estágios

Com o desenvolvimento de novos recursos e tratamentos, foi necessário a criação de escalas para que fosse avaliada a DP através de cinco estágios, essas escalas avaliam desde a condição clínica geral, incapacidades, funções motoras, mental até qualidade de vida do indivíduo (STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007). Os estágios estão mostrados no Quadro 1.

Quadro 1. Classificação de Hoehn e Yahr.

Estágios	Sintomas
0	Nenhum sinal da doença.
1	Doença unilateral.
1,5	Envolvimento unilateral e axial.
2	Doença bilateral sem déficit de equilíbrio.
2,5	Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”.
3	Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; Capacidade de viver independente.
4	Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de Pé sem ajuda.
5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

Fonte: Extraído de Haase, Machado e Oliveira (2008).

5 FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON

A fisioterapia em pacientes com DP é empregada como um tratamento auxiliar, que junto a outros profissionais da saúde irão montar um tratamento multidisciplinar (SANTOS et al., 2010).

A fisioterapia trabalha com o paciente uma reeducação se tratando a seus hábitos diários e mostrará os benefícios da terapia e dos exercícios nesta nova etapa, sempre visando o retorno a suas atividades diárias e a melhoria na qualidade de vida (SANTOS et al., 2010).

O tratamento será composto por exercícios motores, treinamento de marcha (com ou sem obstáculos), treinamento das atividades diárias, terapia de relaxamento, exercícios respiratórios, treino de equilíbrio, estímulos proprioceptivos, facilitação neuromuscular proprioceptiva e fortalecimento dos principais grupos musculares (SANTOS et al., 2010).

Os exercícios de equilíbrio no tratamento da DP estimulam a força, a coordenação motora, a cognição e a flexibilidade, além de serem realizados de forma lúdica e com materiais simples, como por exemplo, bolas suíças (de todos os tamanhos), bolas esportivas, tábuas de equilíbrios, bastões, fitas adesivas e colchonetes (CHRISTOFOLETTI et al., 2010).

Os exercícios de equilíbrio, além de descontraídos, estimulam a dissociação de cinturas escapular e pélvicas, a propriocepção e a cognição (trabalhando principalmente com a memória do paciente), rotação de tronco e transferências. Além disso, irão estimular a postura correta do paciente, tanto em decúbito quanto em posição ortostática (CHRISTOFOLETTI et al., 2010).

O terapeuta pode dividir seu tratamento focando em dias específicos para o treino de equilíbrio e dias específicos para fortalecimento, dividindo estes entre as sessões que serão realizadas na semana (CHRISTOFOLETTI et al., 2010).

Deve-se sempre lembrar de que em todas as sessões deve-se ser realizado o alongamento, sendo este de forma passiva ou podendo ser ativo ou ativo-assistido, com estímulo verbal, principalmente em voz alta para estimular as funções cognitivas do paciente, durante o alongamento uma contagem será feita, podendo variar de 20-30 segundos – ficando a critério do terapeuta. Esta contagem pode ser alternada entre progressiva e regressiva, numeração par, ímpar, para que cada vez mais as funções cognitivas sejam estimuladas (CHRISTOFOLETTI et al., 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise bibliográfica do tema, torna-se evidente o papel da não só da fisioterapia, mas sim de uma equipe multidisciplinar em doenças progressivas e degenerativas, uma vez que se tratando da Doença de Parkinson é notável a melhoria na qualidade de vida do paciente e na reabilitação de suas funções diárias. O quanto antes for iniciado o tratamento fisioterapêutico melhor será a resposta do paciente aos estímulos, podendo ser obtido uma melhor regularização do tônus muscular, quebra dos padrões, melhora do equilíbrio e melhora da dissociação de cinturas.

REFERÊNCIAS

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. Neurologia Diagnóstico e Tratamento – 2 edição, Manole, 2016.

CHRISTOFOLETTI et al. Eficácia do tratamento fisioterapêutico no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com doença de Parkinson. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 259-63, 2010.

SANTOS, V. V. et al. Fisioterapia na Doença de Parkinson: uma breve revisão. Ver Bras Neurol, p. 17-25, 2010

SILVA, D. C. L. et al. Perfil dos indivíduos com doença de Parkinson atendidos no setor de fisioterapia de um hospital universitário no Rio de Janeiro. Ver Bras Neurol. p. 100-105, 2015.

STEIDL, E. M. S.; ZIEGLER, J. R.; FERREIRA, F. V. Doença de Parkinson Revisão Bibliográfica. Disc. Scientia. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 8, n.1, p. 115-129, 2007.