



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

MARIA SALETE DE AVILA

**O ENFERMEIRO E O ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA DE
PARKINSON**

SÃO JOÃO DEL REI
2016

MARIA SALETE DE AVILA

**O ENFERMEIRO E O ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA
DE PARKINSON**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.º Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL – REI

2016

MARIA SALETE DE AVILA

**O ENFERMEIRO E O ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA
DE PARKINSON**

Banca Examinadora:

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende
Orientador

Prof^ª Ms. Regina Aparecida Melo Bagnolli

SÃO JOÃO DEL – REI

2016

ENFERMEIRO E O ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DA DOENÇA DE PARKINSON

AVILA, Maria Salete de

Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto Presidente Tancredo de Almeida Neves- IPTAN

RESUMO: A Doença de Parkinson (DP) é uma afecção neurodegenerativa crônica e progressiva, resultante da destruição dos neurônios produtores de dopamina da substância negra. Além dos tremores, a DP acarreta prejuízos não motores, financeiros e sociais para o paciente e seus familiares mais próximos, diminuindo a qualidade de vida de todos. Como a DP afeta várias funcionalidades da vida do indivíduo, recomenda-se, além da terapia medicamentosa, uma equipe multiprofissional para acompanhamento do doente e seus familiares. Neste contexto, esta revisão discute sobre os sintomas motores e não motores da DP, comenta o papel da equipe multidisciplinar no atendimento ao portador da DP e destaca o papel da enfermagem no atendimento ao doente e seus familiares mais próximos. Por fim, objetivou-se contribuir para o esclarecimento de estudantes de enfermagem, de enfermeiros habilitados e outros profissionais da saúde sobre os sintomas da DP e o atendimento prático ao portador da doença e seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Parkinson; Enfermagem; Idoso; Sintomas; Tratamento.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP), ou Mal de Parkinson, é uma doença neurodegenerativa causada por intensa redução na síntese de dopamina, um neurotransmissor catecolaminérgico que tem a função de permitir o sucesso do automatismo dos movimentos do corpo. Sendo assim, esta doença resulta da morte de neurônios dopaminérgicos da porção compacta da substância negra, causando progressiva perda do controle motor do indivíduo. Nesse sentido, quando os primeiros sintomas da doença são detectados, já ocorreu perda de cerca de 60% dos neurônios dopaminérgicos e o conteúdo de dopamina no estriado já reduziu cerca de 80% em relação ao normal (SOUZA *et al*, 2011).

Clinicamente, a DP é caracterizada por quatro sinais clássicos, chamados de sinais cardinais da doença: tremor de repouso, bradicinesia rigidez e instabilidade postural (ERIKSEN; WSZOLEK; PETRUCCELLI, 2005). O diagnóstico da doença é realizado quando dois dos três primeiros sintomas citados estão presentes no exame clínico, mas exames de

neuroimagem são fundamentais para o diagnóstico diferencial e confirmação efetiva da DP (BARBOSA; SALLEM, 2005; SOUZA *et al*, 2014).

A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais comum no mundo depois de Alzheimer e sua incidência varia entre 8 a 18 para 100.000 pessoas por ano. Sua prevalência nos países desenvolvidos é de 0,3% a 1% na população geral, 1% na população com idade acima de 60 anos e 3% na população com idade acima de 80 anos (LEE & Gilbert, 2016). No Brasil não existem dados estatísticos oficiais sobre a incidência e prevalência de DP, mas apenas estimativas não oficiais e não confiáveis sobre o assunto. O único estudo sobre o assunto, no Brasil, realizado no Estado de Minas Gerais, foi publicado em 2006 por Barbosa e Sallem (2005), dando conta de que 3,3% dos indivíduos, com mais de 65 anos de idade, são portadores da DP. Ainda, esta doença pode ocorrer em pessoas com menos de 40 anos de idade e, nesse caso, ela é conhecida como parkinsonismo precoce e, caso ocorra em pessoas com idade inferior a 21 anos, ela é conhecida como Parkinsonismo juvenil (ALVES, 2010).

O aparecimento da DP está intimamente ligado ao envelhecimento, mas sua etiologia é idiopática, embora pesquisadores acreditem que sua gênese possa estar relacionada com fatores genéticos (ERIKSEN; WSZOLEK; PETRUCCELLI, 2005). E também neurotoxinas ambientais, estresse oxidativo e anormalidades mitocondriais (BARBOSA; SALLEM, 2005). Nesse sentido, além das limitações já provocadas pelo próprio processo de envelhecimento, o surgimento da DP potencializa as limitações das atividades de vida diária, gerando sentimentos de baixa estima e depressão (SOUZA *et al*, 2011), o que demanda aplicação de cuidados suplementares na vida do idoso.

Quanto ao envolvimento familiar, deve-se considerá-lo imprescindível para a qualidade de vida do parkinsoniano, pois é a família a responsável pela saúde dos seus membros e é ela que torna os laços afetivos mais fortes. E é a família que reduz o sentimento de isolamento do paciente, desde quando são detectados os primeiros sintomas até a aceitação da doença (PETERNELA & MARCON, 2009). E nesta questão, a enfermagem exerce um papel de destaque, pois os conhecimentos técnicos da profissão conferem ao profissional a condição de permear o relacionamento família/paciente, contribuindo para reduzir o isolamento do indivíduo e outros efeitos adversos que resultam das comorbidades associadas à doença (SOUZA *et al*, 2014).

Reconhecendo-se a importância da enfermagem na vida do paciente parkinsoniano, o objetivo deste artigo é discutir a atuação do enfermeiro no atendimento ao indivíduo com DP,

bem como a relação enfermagem/família no sentido de propiciar melhor qualidade de vida ao doente.

1. A Doença de Parkinson

A DP inicia-se com diminuição da síntese do neurotransmissor dopamina devido à falência dos neurônios da substância negra, acarretando, inicialmente, uma sensação de fadiga no indivíduo. Na sequência, surgem tremores progressivos, que evoluem para rigidez, bradicinesia, alterações posturais e instabilidades musculares. No início, os sintomas surgem lentamente e de maneira insidiosa, de modo quase imperceptível para o indivíduo, que começa a realizar movimentos lentos e com prejuízos unilaterais. E de todos os sintomas, os tremores são os mais notáveis e tidos como os sintomas iniciais da DP, porém, são os menos incapacitantes, justamente porque tais tremores são de repouso e desaparecem sempre que o paciente realiza algum movimento voluntário. Já a bradicinesia, lentidão anormal dos movimentos voluntários, é o sintoma mais incapacitante da DP, justamente porque leva a aumento na dependência do paciente para realização de atividades de vida diárias (AVDs) (SOUZA *et al*, 2011). Em 1967, a história natural da incapacidade e a progressão dos sintomas motores da DP começaram a ser estudadas por Hoehn & Yahr (1967), que passaram a considerar a marcha e o equilíbrio prejudicado como um marco fundamental na evolução da DP, justamente porque atividades dependentes da marcha, como vestir, tomar banho e realizar atividades domésticas começam a incapacitar efetivamente o indivíduo.

É importante registrar, aqui, os significados dos sintomas motores e não motores da DP, uma vez que o papel da enfermagem na atuação com o paciente visa melhorar a qualidade de vida dele e da família a partir de tais sintomas. Assim, no que se refere aos sintomas motores, a acinesia é um sintoma central da doença e significa dificuldade em iniciar movimentos para executar um plano motor, e quando se executa, há perda da amplitude de movimento associada a bradicinesia, que significa lentidão para se realizar movimentos. Estes sintomas estão associados ao fenômeno da micrografia, em que o paciente, ao escrever, reduz o tamanho de sua caligrafia, sendo este fenômeno um dos principais sintomas da DP (GONÇALVES *et al*, 2007). A acinesia e a bradicinesia também promovem dificuldades e lentidões no abrir e fechar as mãos e no iniciar da deambulação, de modo que o indivíduo fica com dificuldades para segurar objetos. Ainda, apresenta redução da expressividade facial com os lábios afastados (hiponímia facial), diminuição da frequência do piscar dos olhos, dificuldades em falar (disartria), e quando fala, realiza esta atividade com som cada vez mais

reduzido (hipofonia), além de permanecer por mais tempo em uma mesma posição. Nesse sentido, as AVDs passam a ser realizadas com muito esforço (Silva & Nakamura, 2013). A dificuldade de engolir (disfagia) e a salivação pelo canto da boca (sialorreia) ocorrem nas fases mais avançadas da doença (GAGO *et al*, 2014).

Ainda, com relação aos sintomas motores, o tremor de repouso é um movimento rítmico das extremidades do paciente e pode ser percebido nas mãos, no lábio inferior e no mento, sempre na ausência de movimentos voluntários destas partes do corpo (LANA *et al.*, 2007). Os tremores progridem com o agravamento da DP e podem aparecer, nos casos avançados, até mesmo durante a realização de alguns movimentos voluntários como, por exemplo, durante o ato de tentar pentear os cabelos. Os tremores lembram o ato de enrolar um cigarro de palha, em que os dedos indicador e polegar deslizam um sobre o outro repetidamente, seja quando o paciente está sentado ou mesmo durante a deambulação com os braços paralelos ao tronco. Os tremores o impedem que o indivíduo se alimente direito e contribuem com a sialorreia, fazendo que ele se isole do convívio familiar e da sociedade por se sentir envergonhado e, não raro, ele acaba realmente sofrendo preconceitos por estar nessa condição (GAGO *et al*, 2014).

A rigidez, por sua vez, consiste na dificuldade de mobilização passiva e mesmo ativa de um determinado segmento do corpo. Durante a mobilização passiva ou ativa, o paciente não consegue imprimir eficácia no relaxamento da musculatura antagonista de modo a permitir movimentos perfeitos, resultando no que se conhece por rigidez em roda dentada, que pode ser verificada quando um examinador desloca passivamente um membro e se verifica relaxamento muscular intermitente (SILVA & NAKAMURA, 2013). Nos atos voluntários, o próprio paciente percebe esta rigidez ao tentar escovar os dentes, pentear-se e durante a deambulação (GAGO *et al*, 2014).

A instabilidade postural se dá por uma coluna vertebral fletida decorrente de alterações nos reflexos posturais e consequente deslocamento no centro de gravidade do corpo. E ainda ocorre a hipometria, que é uma marcha de pequenos passos, associada ao aumento da frequência da passada para compensar a redução na amplitude de movimento das pernas. Associado aos sintomas supramencionados, é comum a ocorrência de movimentos assimétricos dos braços e pernas durante a deambulação (LIMONGI, 2001).

Nos distúrbios da linguagem, observa-se a palilalia (repetição constante de sílabas ou frases, uma ou várias vezes) associada a alteração no ritmo da fala, que pode ser acelerado intencionalmente pelo paciente com o objetivo de encurtar o tempo de emissão da frase, ou

pode ser lento e com perda de entonação, tornando a fala monótona (SILVA & NAKAMURA, 2013).

Quanto aos sintomas não motores, observam-se alterações do sono com frequentes distúrbios do ciclo sono-vigília, com cochilos durante o dia e insônia durante a noite. A prevalência de distúrbios do sono na DP pode atingir cerca de 90% dos pacientes (KURTIS *et al*, 2013). Nessa condição, muitos doentes apresentam atonia muscular durante a fase de movimento rápido dos olhos (fase REM) durante o sono, de modo que podem movimentar bruscamente os membros quando estão dormindo ou gritarem como se estivessem brigando com alguém (GAGO *et al*, 2014). Tais sintomas despertam o indivíduo do sono e são responsáveis por dramático declínio na qualidade de vida do portador da doença (ROLINSKI *et al*, 2014). Em relação a tais movimentos, estudos recentes têm chamado atenção para indivíduos que apresentam distúrbios de movimento durante a fase REM, apontando tais distúrbios como manifestações precoces da DP ou como fatores de risco para o desenvolvimento dela (PFEIFFER, 2016). E em muitos pacientes a insônia é potencializada tanto pelos movimentos bruscos das pernas, chamados de síndrome das pernas inquietas, quanto por pesadelos secundários a sonhos com conteúdos violentos (GAGO *et al*, 2014).

Os distúrbios sexuais são frequentes tanto em homens quanto mulheres, podendo ocorrer diminuições ou aumentos dos desejos sexuais. Também, os distúrbios autonômicos são comuns e causam grande impacto na vida do doente (NICARETTA; ROSSO; MATTOS, 2011). Uma vez que o sistema nervoso autônomo controla os sistemas respiratório, circulatório, digestório, endócrino e urinário, o paciente pode sofrer vários sintomas, tais como hipotensão ortostática, prisão de ventre, transpiração excessiva e disfunção da bexiga. E neste último caso, os distúrbios urinários são potencializados pela rigidez da parede da bexiga (causada pela hiperatividade do músculo detrusor). Devido à acinesia, ocorrem dificuldades de iniciar a micção e, quando ela ocorre, faz-se com esvaziamento incompleto da bexiga. A hiperatividade do músculo detrusor leva ao que se conhece por urgência urinária - que é uma vontade súbita e intensa de urinar. Leva também à micção frequente, que é a vontade de urinar mais vezes que o normal; leva à incontinência urinária, que é a perda da capacidade de controlar a bexiga, bem como à noctúria, que é a necessidade frequente de urinar durante a noite (LEE & GILBERT, 2016).

A DP também leva a alterações na sensibilidade dolorosa, de modo que a dor é um dos sintomas mais comuns na DP, causando grande impacto nas AVDs do paciente. Tais sintomas não são, muitas vezes, reportados pelos próprios pacientes, mas requerem bastante

atenção por parte dos médicos, enfermeiros, familiares e cuidadores, pois estão frequentemente associados à depressão, ansiedade e apatia, que são as desordens de humor mais frequentes na DP (GAGO *et al*, 2014; LEE & GILBERT, 2016).

Além de todos os sintomas supramencionados, os distúrbios cognitivos também acontecem e, neste caso, a demência é a complicação mais temida, pois sua prevalência é maior que 75% em indivíduos que sobrevivem mais que 10 anos com DP. Alguns outros distúrbios cognitivos podem ser exemplificados, como, por exemplo, redução da capacidade de tomar iniciativas para atividade espontâneas, baixos rendimentos em tarefas matemáticas e lentidão no processamento de informações (SILVA & NAKAMURA, 2013). Ainda como sintomas não motores, alucinações e delírios podem acometer o paciente (GALLHARDO *et al*, 2009). Há alguns estudos recentes sugerindo que os sintomas não motores de demência e alucinações são os que mais induzem familiares a levar pacientes com DP para lares de idosos (PFEIFFER, 2016; LEE & GILBERT, 2016).

Quanto ao tratamento, ainda não existem medicamentos capazes de prevenir ou bloquear a evolução da DP, todavia, alguns medicamentos disponíveis no mercado permitem melhoria significativa da maioria dos sintomas e, por extensão, da qualidade de vida dos pacientes, tais como a Levodopa, que é precursora da dopamina na sua via de biossíntese. Por ação da enzima dopa descaboxilase sobre a levodopa, aumenta-se a concentração de dopamina nos neurônios dopaminérgicos. Com a progressão da doença, surge incapacidade do cérebro de armazenar dopamina, fazendo-se necessário aumentar a dosagem da medicação e associar outros medicamentos para potencializar a ação da levodopa e/ou minimizar seus efeitos colaterais (GONÇALVES *et al*, 2007; SILVA & NAKAMURA, 2013; GAGO *et al*, 2014). São empregados, também, medicamentos agonistas da dopamina, que agem diretamente nos receptores de dopamina, bem como medicamentos inibidores das enzimas monoaminoxidase (MAO) e catecol-O-metil-transferase (COMT), que degradam a dopamina. Todavia, alguns desses medicamentos podem promover perturbações comportamentais e, por isso, a terapia medicamentosa deve ser realizada de forma lenta e gradual (SILVA & NAKAMURA, 2013; GAGO *et al*, 2014). Os sintomas depressivos, a apatia e ansiedade excessivas respondem bem aos medicamentos antidepressivos. E os sintomas da demência respondem bem aos inibidores da acetilcolinesterase, promovendo melhorias cognitivas e comportamentais (GAGO *et al*, 2014). Enfim, a terapia medicamentosa na DP não se resume apenas ao que foi mencionado acima como exemplos, mas ela é extensa e precisa ser

acompanhada de perto pelo neurologista, principalmente devido aos efeitos colaterais envolvidos.

Além da terapia medicamentosa, existem algumas situações em que o portador da DP pode ser submetido ao tratamento cirúrgico. E os tipos mais frequentemente utilizados de cirurgia são: estimulação cerebral profunda, cirurgia ablativa, e transplante de células (LIMONGI, 2001). As cirurgias, por vezes, são indicações em pacientes com complicações motoras severas e altamente incapacitantes, situações em que as indicações cirúrgicas são mais eficazes que a terapia medicamentosa disponível para tratamento da doença naquele momento. Todavia, tal como a medicação, os tratamentos cirúrgicos não alteram o curso natural da DP, que continua progredindo com o passar do tempo e gerando novos sintomas de difícil tratamento (GAGO *et al*, 2014).

Enfim, a DP transforma dramaticamente a vida do doente e de seus familiares mais próximos devido às limitações físicas, mentais e emocionais advindas da doença. E o aprofundamento das complicações torna necessário que o doente e seus familiares próximos sejam acompanhados por um profissional habilitado. Nesse sentido, é fundamental que tanto este profissional quanto a família sejam conhecedores de todas as limitações que envolvem o paciente, bem como conhecedores das causas de tais limitações. Somente assim é que se torna possível o desenvolvimento de estratégias capazes de minimizar os entraves decorrentes da DP e melhorar a qualidade de vida, tanto do paciente quanto de seus familiares próximos (CAMARGO *et al*, 2004).

2. O Paciente, o Ambiente Familiar e a Equipe Multiprofissional

No momento do diagnóstico de DP, geram-se, automaticamente, grandes inseguranças e expectativas nos familiares mais próximos do doente. E este é o primeiro obstáculo que a família e o paciente enfrentam. É um momento difícil no qual os profissionais de saúde precisam esclarecer sobre a doença e orientar de forma adequada toda a família sobre as dificuldades e o prognóstico da doença (CARVALHO, 2011). O doente, por sua vez, sofre grandes alterações no seu cotidiano e é comum que sintomas depressivos se instalem quando toma conhecimento de que é portador da DP. E com a evolução da doença, ele percebe uma queda acentuada na sua qualidade de vida, que reflete diretamente no seu convívio familiar, pois a doença impõe necessidades de cuidados intensivos e pesada sobrecarga financeira para todos que com ele convivem. As incapacidades causadas pela doença o impedem de trabalhar, levando-o à aposentadoria precoce e diminuindo

consideravelmente a renda familiar (CAMARGOS *et al*, 2004). Todavia, nesse contexto de grande impacto pela descoberta da doença, os familiares mais próximos precisam ser corretamente orientados de que são eles as pessoas indispensáveis para o êxito do tratamento da DP.

De acordo com o discutido acima, entende-se a família como a principal responsável pela adequação ambiental do paciente às dificuldades e limitações impostas pela doença; e é na família que o doente encontra apoio físico e psíquico, fundamentais para a convivência com a doença. E só o fato de o paciente vivenciar experiências familiares de modo compreensivo, com afetividade e encorajamento, já se contribui muito para minimizar alguns dos principais sintomas não motores da doença, como a ansiedade e a depressão. A família reduz a percepção de isolamento e abandono, comuns no paciente com DP (CALDAS, 2004).

Quanto à orientação familiar, na qual o enfermeiro exerce papel fundamental, uma boa instrução, por parte dos profissionais de saúde, dada àqueles que convivem diretamente com o doente, é essencial, e tais instruções devem ser realizadas de forma contínua e gradual, de acordo com o agravamento da doença nos seus progressivos estágios. As explicações acerca dos sintomas doença, evolução, consequências e tratamentos possíveis devem ser claras e concisas. Agindo assim, o paciente, familiares e cuidadores não se sentirão sobrecarregados com as múltiplas informações acerca da doença e todos poderão se ajudar mutuamente, aliviando por um tempo mais longo a sobrecarga psicológica sobre o paciente (OLIVEIRA, 2014).

Mas atuar junto à família do portador de Parkinson é tarefa que requer grandes desafios, tanto para o enfermeiro quanto para os demais profissionais da saúde, já que o desconhecimento da doença induz a família a considerar que o paciente está apenas carente de atenção, o que é um erro, pois a insegurança sobre os avanços da doença e a dependência quase que absoluta de seus familiares mais próximos, faz com que o doente se torne depressivo e, sem a compreensão da família, isole-se do convívio social. Sem compreender as sutilezas da doença, muitos familiares também acabam se isolando do próprio doente (ALVES, 2010).

Para promover melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares, os profissionais de saúde precisam levar em conta, além das manifestações clínicas, as condições neuropsiquiátricas da DP, especialmente as manifestações depressivas que ela causa (SOUZA *et al*, 2014). Dado que o prognóstico da doença é desanimador, é compreensível que os pacientes desenvolvam depressão, porém, não só os pacientes, mas outros membros da família

podem também sofrer manifestações dessa natureza (ALVES, 2010). E nesse sentido, cabe ressaltar que a depressão causa um impacto bem maior na queda da qualidade de vida do paciente do que os próprios sintomas físicos da doença (CAMARGOS *et al*, 2004). E justamente na tentativa de minimizar os efeitos físicos e psíquicos do paciente é que se iniciam trabalhos multiprofissionais com neurologista, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta e um fonoaudiólogo, tudo para promover melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares (LIMONGI, 2001).

Uma das propostas da equipe multiprofissional para que o paciente e sua família tenham melhora na qualidade de vida são as atividades lúdicas, que podem e devem, se possível, ser desenvolvidas em conjunto com o paciente, seus familiares mais próximos e seus cuidadores. As atividades lúdicas, de preferência aquelas realizadas em grupos, proporcionam respostas positivas no campo psicológico, melhorando o bem-estar do indivíduo, elevando a autoestima e o humor, e contribuindo para reduzir os sintomas de ansiedade, depressão e apatia (CHRISTOFOLETTI *et al*, 2012). Além disso, deve-se encorajar a manutenção dos *hobbies* do paciente e atividades fora de casa, como encontros com amigos, participações em festividades, exposições e idas aos cinemas quando desejadas (GAGO *et al*, 2014).

E para citar alguns exemplos pontuais do trabalho multidisciplinar envolvido na DP, podemos destacar que a tendência da musculatura do paciente é hipotrofiar, no curso da doença, devido a todos os acometimentos motores envolvidos. Neste caso, o fisioterapeuta trabalha para retardar as alterações posturais envolvidas na doença por meio de atividades físicas diárias, pois se faz necessário manter, o mais longo tempo possível, a integridade e flexibilidade da musculatura do paciente, e minimizar os efeitos da deterioração paulatina da coordenação motora (BOTTINO, 2005; STEIDL; ZIEGLER; FERREIRA, 2007). A voz e o controle da deglutição, que se deterioram afetando cerca de 50% dos pacientes, são acompanhados pelo fonoaudiólogo (THOMÉ, 1999). E ainda, devido a todos os prejuízos motores, ao retardo na realização dos movimentos, à disfagia e aos acometimentos gastrintestinais como a constipação intestinal, comprometem-se o ato de alimentar e a própria digestão do paciente. Essa associação de eventos compromete o estado nutricional na DP e o profissional que dará suporte, orientando a família e reorganizando a dieta do paciente é o nutricionista (SILVEIRA & BRASOLOTTO, 2005). Também, como a depressão acomete um número elevado de pacientes portadores de DP, afetando profundamente a qualidade de vida deles e de seus familiares mais próximos, o psicólogo é quem exerce o papel relevante de ajudar no processo de aceitação e compreensão da doença, incentivando e ajudando na

reestruturação da vida do paciente e de sua família (ABP, 2011). Por fim, o médico é quem tem o papel de diagnosticar, definir e acompanhar a terapêutica medicamentosa e, se necessário, cirúrgica do paciente. É o médico quem faz o acompanhamento clínico da DP e dá o veredicto do processo evolutivo da doença.

3. O Papel da Enfermagem

O enfermeiro desempenha seu papel, fundamental, justamente na interação família-paciente portador de DP, principalmente no que se refere aos cuidados diretos. O enfermeiro entra efetivamente no processo de tratamento do paciente e, com seus conhecimentos técnicos e científicos, no processo de orientação familiar, contribuindo para minimizar os impactos psíquicos e sociais que a doença impõe ao paciente e também à sua família (SOUZA *et al*, 2014). Nesse contexto, o enfermeiro realiza a terapêutica medicamentosa prescrita, atua na educação da família e do paciente frente aos desafios da DP, indica terapias auxiliares e acompanha a realização de exercícios físicos e caminhadas, atua no controle alimentar e nos cuidados com a higiene pessoal do paciente (SOUZA *et al*, 2014).

A enfermagem, no desempenho de seu papel, deve observar a evolução da doença, ponderando sobre os distúrbios motores e não motores, e avaliar o impacto dessa evolução nas atividades cotidianas do paciente. As limitações, capacidades funcionais e as respostas do paciente ao uso dos medicamentos prescritos, devem ser acompanhadas de perto e, sempre que for possível, anotadas numa planilha de controle. E tais observações devem ser realizadas, de preferência, em conjunto com os familiares mais próximos, de modo que as informações advindas destas observações possam servir de guia para a continuidade ou substituição da terapia medicamentosa, bem como para o trabalho da equipe multidisciplinar (LOPES *et al*, 2012).

No intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, o enfermeiro pode traçar um plano de cuidados que envolva a melhora da mobilidade do paciente. Havendo envolvimento de equipe multidisciplinar no atendimento ao doente, o enfermeiro, em contato com o fisioterapeuta, pode acompanhar exercícios do paciente em uma bicicleta ergométrica, por exemplo, e auxiliá-lo em caminhadas. O enfermeiro auxilia o paciente nas atividades que estimulem o autocuidado e, em contato com o nutricionista, incentiva a ingestão hídrica e de alimentos ricos em fibras para facilitar a eliminação intestinal. Neste último caso, de acordo com o acompanhamento nutricional, pode oferecer, ao paciente, alimentos que aumentem a ingestão calórica (LOPES *et al*, 2012).

O profissional de enfermagem, nas atribuições de sua função, deve oferecer ao parkinsoniano todo o suporte necessário para a conservação de sua qualidade de vida, mantendo sua independência pelo mais longo tempo possível. Deve também dispensar seus cuidados e conhecimentos à família, pois é ela que acompanha e apoia o doente em todos os momentos (PETERNELA & MARCON, 2009). Nesse sentido, o enfermeiro pode orientar a família quanto ao processo de adaptação do domicílio, de modo que o doente possa circular pela sua casa sem riscos de acidentes. O enfermeiro deve orientar aos familiares mais próximos sobre o piso da casa, que não pode ser encerado, escorregadio ou irregular. Deve orientar para que não se usem tapetes na casa, ainda que sejam aqueles antiderrapantes, para que o doente não tropece e caia. Os ambientes da casa precisam ter boa iluminação e as escadas devem ser adaptadas com corrimão. Orientar para que os pacientes sejam auxiliados por seus familiares ao subir e descer escadas, que não devem ter degraus altos. Os utensílios domésticos quebráveis devem ser substituídos por não quebráveis e estes devem ser colocados ao alcance do doente. Ainda, para evitar acidentes, os familiares devem proporcionar, ao paciente, sapatos confortáveis e com solas antiderrapantes (GAGO *et al*, 2014).

Por fim, a enfermagem, atuando no suporte ao portador de Parkinson, deve incentivar que o paciente e seus familiares mais próximos aceitem a evolução da doença com o mínimo de ansiedade possível. Isso atenua a evolução dos sintomas não motores da doença e posterga a dependência do paciente em relação aos que o rodeiam, melhorando a qualidade de vida de todos (PETERNELA & MARCON, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão deste trabalho permite concluir que, além dos sintomas motores, os sintomas não motores da DP afetam dramaticamente a qualidade de vida do doente e seus familiares mais próximos. E o decaimento na qualidade de vida já se instala no momento do diagnóstico da doença. Ainda, pode-se concluir com esta revisão, que a maioria dos trabalhos de enfermagem sobre DP, publicados no Brasil, dão mais ênfase aos sintomas motores que aos não motores da doença e pouco abordam as inter-relações entre pacientes, ambientes familiares e equipes multiprofissionais.

Ao abordar a temática Doença de Parkinson, esse artigo procurou, minimamente, nortear o trabalho da enfermagem para melhorar a qualidade de vida tanto dos pacientes portadores da doença quanto de seus familiares. Assim, pôde-se inferir, com esta revisão, que, a presença do enfermeiro já no momento do diagnóstico da doença, dialogando com o

paciente e sua família, apenas esclarecendo e orientando quanto ao uso correto da medicação, apresenta efeito positivo capaz de minimizar o impacto dos sintomas psíquicos na qualidade de vida do paciente e da sua família.

Por fim, esta revisão deverá ajudar estudantes de enfermagem, enfermeiros habilitados e outros profissionais de saúde na compreensão da DP e contribuir na orientação dos trabalhos práticos de enfermagem frente ao doente e seus familiares.

REFERENCIAS

ALVES, Rita de Cássia de Oliveira. **Depressão em pacientes com doença de Parkinson.** 2010. Disponível em < <http://www.webartigos.com/artigos/depressao-em-pacientes-com-doenca-de-parkinson/53508/>> Acesso em 07-06-2016.

ASSOCIAÇÃO BRASIL PARKINSON (ABP). **Psicologia na doença de Parkinson.** 2011. Disponível em: <<http://www.parkinson.org.br>>. Acesso em 14-06-2016.

BARBOSA, Egberto Reis; SALLEM, Flávio Augusto Sekeff. Doença de Parkinson-diagnóstico. **Rev Neurociências** v13 n3-jul/set, 2005. Disponível em < www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/.../Pages%20from%20RN%2013%2003-8. p >. Acesso em 15-10-2016.

BOTTINO, C. **Doença de Parkinson.** 2005. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Parkinson>>. Acesso em 08-06-2016.

CALDAS, CP. **A saúde do idoso: a arte de cuidar.** Rio de Janeiro: Ed UERJ; 2004.

CAMARGOS, A. C. R.; CÓPIO, F. C. Q.; SOUSA, T. R. R.; GOULART, F. O impacto da doença de parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. **Rev. bras. fisioter.** Vol. 8, No. 3 (2004), 267-272. Disponível em <www.crefito3.com.br/revista/rbf/rbfv8n3/pdf/267.pdf> Acesso em 06-06-2016.

CARVALHO, Paula Cristina Rodrigues Costa. **Doença de Parkinson: informação dos alunos do 4º ano do curso de licenciatura em Enfermagem da UFP.** Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2011. Disponível em < http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2676/3/T_16444.pdf>. Acesso em 22-05-2016.

CHRISTOFOLETTI, G; CÂNDIDO, Evandro Rocha; OLMEDO, Larissa; MIZIARA, Suzi Rosa Barbosa; BEINOTTI, Fernanda. Efeito de uma intervenção cognitivo-motora sobre os sintomas depressivos de pacientes com doença de Parkinson. **J Bras. Psiquiátrica.** UFMS: 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n2/04.pdf>>. Acesso em 06-06-2016.

ERIKSEN, Jason L.; WSZOLEK, Zbigniew; PETRUCELLI, Leonard. Molecular Pathogenesis of Parkinson Disease. **Arch neurol**/Vol 62, mar 2005. Disponível em < <http://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/787860> >. Acesso em 17-10-2016.

GAGO, Miguel.; *et al.* **Manual para pessoas com Parkinson.** Sociedade portuguesa das Doenças do movimento (SPDMov). Lisboa, 2014. Disponível em < msd.pt/wp-content/uploads/2015/10/Parkinson-Manual_XXXX_v7_pt.pdf >. Acesso em 15-10-2016.

GALHARDO, Mônica Maria de Azevedo mello; AMARAL, Ana Karênina de Freitas Jordão do; VIEIRA, Ana Cláudia de Carvalho. Caracterização dos distúrbios cognitivos na doença de Parkinson. **Rev CEFAC**, v.11, sup12,251-257,2009. Disponível em < www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s2/a15v11s2.pdf> Acesso em 10-10-2016

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase; ALVAREZ, Angela Maria; ARRUDA, Micheli Coral. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta paul. enferm.** vol.20 no.1 São Paulo Jan./mar. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100011 > Acesso em 05-04-2016.

HOEHN, Margaret M.; YAHR, Melvin D. Parkinsonism: onset, progression, and mortality. **Neurology**- vol 17. May. 1967. Disponível em <www.neurology.org/content/17/5/427.full.pdf >. Acesso em 15-10-2016.

KURTIS, MM; *et al.* Relationship between sleep disorders and other non-motor symptoms in Parkinson's disease. **Parkinsonism Relat disord.** 2013 dec; 19(12): 1152-5. Disponível em < www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23953775 >. Acesso em 10-10-2016.

LANA, RC; ALVARES, LMRS; NASCIUTTI, Prudente C; GOULART, FRP; TEIXEIRA, Salmela LF; CARDOSO, FE. Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do pdq-39. **Rev Bras Fisioter** 2007; 11:397-402. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n5/a11v11n5>>. Aceso em 06-06-2016.

LEE, Andréa; GILBERT, Rebecca M. Epidemiology of Parkinson disease. **Neurol Clin** 34 (2016) 955-965. Disponível em <<http://dx.org/10.1016/j.ncl.2016.06.012>>. Acesso em 10-10-2016

LIMONGI, João Carlos P. **Conhecendo melhor a doença de Parkinson: uma abordagem multidisciplinar com orientações práticas para o dia-a-dia.** 2 Ed. São Paulo: Plexus, 2001.

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 08-05-2016.

NICARETTA, Denise Hack; ROSSO, Ana Lúcia; MATTOS, James Pitágoras de. Disautonomia na Doença de Parkinson. Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Neurologia**, V47 n04-out, nov, dez,2011. Disponível em < files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2012/v47n4/a2942.pdf >. Acesso em 10-10-2016

OLIVEIRA, Cintia Tavares de. Assistência ao idoso portador de Mal de Parkinson. **Universo da Enfermagem** / Faculdade Capixaba de Nova Venécia- v. 3.n.2, 2014 – Nova Venécia: MULTIVIX, 2014. Disponível em < http://novavenecia.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2014/11/universo_enf_06.pdf>. Acesso em 20-05-2016

PETERNELLA, Fabiana Magalhães Navarro; MARCON, Sonia Silva. Descobrimos a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. **Rev. bras. enferm.** vol.62 no.1 Brasília Jan./Feb. 2009. Disponível em < <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019601005.pdf>> Acesso 15-06-2016.

PFEIFFER, Ronald F. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. **Parkinsonism Relat Disord.** 2016 Jan;22 Suppl 1: S119-22. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.09.004. Epub 2015 Sep 3Disponível em < www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26372623 >. Acesso em 10-10-2016

ROLINSK, Michal; *et al.* REM sleep behaviour disorder is associated with worse quality of life and other non-motor features in early Parkinson's disease. **J Neurol Neurosurg psychiatry** 2014; 85:560-556. Disponível em < www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24187013>. Acesso em 15-10-2016.

SILVA, Ariane dos Santos; NAKAMURA, Nanci de Souza. **A doença de Parkinson na visão da neuropsicologia.** Psicologia.PT. O portal dos psicólogos. BA, 2013. Disponível em < <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0737.pdf>> Acesso em 06-06-2016.

SILVEIRA, D. N.; BRASOLOTTO, A. G. Reabilitação vocal em pacientes com doença de Parkinson: fatores interferentes. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 2, p. 241-250, maio-ago. 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/0D/pfono/v17n2/en_v17n2a12.pdf>. Acesso em 16-06-2016.

STEIDL, Eduardo Matias dos Santos; ZIEGLER, Juliana Ramos; FERREIRA, Fernanda Vargas. Doença de Parkinson: revisão bibliográfica. **Disc. Scientia.** Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007. Disponível em < <http://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/921/865> > Acesso 15-06-2016

SOUZA, Jussara Martins de; BARBOSA, Alan Cardec; SILVA, André Luiz Fernandes Da; JÚNIOR, Abel Pompeu de Campos. Doença de Parkinson: atribuição de enfermagem na interação família-doente. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar**, vol.: I, Nº: 11, Págs.: 96 a 101, 2014, <disponível em <http://revista.univar.edu.br>>. Acesso em 07-04-2016.

SOUZA, Cheylla Fabrícia M; *et el.* **A Doença de Parkinson e o processo de envelhecimento motor:** Uma revisão e literatura. Mossoró-RN, 2011. Disponível em < revistaneurociencias.com.br/edicoes/2011/.../revisao%2019%2004/570%20revisao.pdf>. Acesso em 20-05-2016.

THOMÉ, Célia Regina. **A doença de Parkinson: perspectivas sobre o tratamento fonoterápico.** Monografia apresentada ao CEFAC-Centro de Especialização em Fonoaudiologia, para a finalização do curso de especialização em voz. Salvador, 1999. Disponível em <<http://www.cefac.br/library/teses/8dfb35894b7d12db6e6afaf3f738d954.pdf>>. Acesso em 09-06-2016.

