

A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA DOENÇA DE PARKINSON

Ângela Andréa Zampieron*

Flavianny Cunha de Almeida*

Grace Claudia Gasparini**

Resumo

A Terapia Ocupacional, no tratamento do Doente de Parkinson intervem em seu nível de funcionalidade, aliviando os aspectos físicos, emocionais e cognitivos, gerando maior autonomia e possibilitando uma melhor adaptação no contexto familiar e social. Acredita-se que a Doença de Parkinson é uma afecção degenerativa do sistema nervoso central, caracterizado por sintomas motores e não motores sendo está patologia mais encontrada nas pessoas idosas. Observa-se que a Terapia Ocupacional reabilita o individuo favorecendo a independência nas atividades da vida prática e atividades de vida diária, bem como o seu retorno nas atividades laborais, buscando com isso reintegrá-lo à sociedade. Foi utilizado com o paciente em estudo um questionário de avaliação, escala de Hoehn e Yarh e escala de atividades de vida diária de Schwab e England, sendo que foi observado através destas o seu estudo mental, grau de independência na atividade de vida diária e comprometimento motor, classificando os o grau de comprometimento funcional que se encontra. A partir daí, foi traçado o plano de tratamento de acordo com os objetivos a serem atingidos para melhorar o grau de funcionalidade do paciente. A área geográfica escolhida é o Instituto de Reabilitação Integrada e o próprio domicílio do paciente. As questões relacionadas à doença de Parkinson no atendimento domiciliar, visa realizar modificações ambientais que possam favorecer autonomia ao portador da patologia, onde o profissional além de orientá-lo deverá treiná-los nas execuções das atividades de vida diária como alimentação, higiene pessoal, vestuário e locomoção. Este trabalho demonstra como a Terapia Ocupacional irá intervir na Doença de Parkinson, pois

* Acadêmicas de Terapia Ocupacional

** Terapeuta Ocupacional, especialista e professora da UCDB

além de minimizar os déficits a Terapia Ocupacional pode proporcionar, manter e reforçar habilidades funcionais remanescente, buscando maior participação ativa do paciente no contexto familiar e social.

Palavras-chave: 1. Doença de Parkinson, 2. terapia ocupacional, 3. atendimento domiciliar.

Abstract

Occupational Therapy, in the treatment of the patient with Parkinson's Disease, interferes in their level of functioning, relieving physical, emotional and cognitive aspects, generating more autonomy and making a better adaptation in the family and social context. We believe that Parkinson's Disease affects degeneratively the central nervous system and is characterized by motor and non-motor symptoms, this pathology being found more frequently in the elderly. It can be observed that Occupational Therapy rehabilitates the individual favoring independence in daily and practical life activities, as well as his return to work activities aiming at his reintegration into society. An evaluation questionnaire was used with the patient being studied: the Hoehn and Yarh's scale and, Schwab and England's scale of daily activities, observing with these instruments the patient's mental set, level of independence in daily life activity and the degree of motor activity affected, classifying the functional level of the patient. From this point on, a treatment outline, according to the objectives to be reached to improve the patient's functionality level, was planned. The chosen geographical area is the "Instituto de Reabilitação Integrada" (Integrated Rehabilitation Institute) and the patient's residence. The issues related to Parkinson's Disease in home assistance, aim to make environmental changes that can favor the autonomy of the patient, where the professional, besides guiding him should train him in daily activities such as meals, personal hygiene, clothing and movement. This study shows how Occupational Therapy will work with the sufferer from Parkinson's Disease, as well as minimize the deficits. Occupational Therapy can provide, sustain and reinforce remaining functional abilities, seeking a greater active participation of the patient in the family and social context.

Key words: 1. Parkinson's disease, 2. occupational therapy, 3. home assistance

Introdução

O assunto abordado vem enfatizar a importância da intervenção da Terapia Ocupacional no tratamento de portador de Doença de Parkinson, sendo que este estudo foi elaborado através do acompanhamento de um caso clínico diagnosticado com esta patologia.

Métodos

Caracterização da pesquisa

O caso em estudo foi analisado dentro de um contexto global, visando ressaltar os aspectos físicos, mentais e sociais. Os dados obtidos, foram colhidos através da atuação prática e pesquisa bibliográfica.

Área geográfica e clientela alvo

A intervenção da Terapia Ocupacional foi realizada no Instituto de Reabilitação Integrada e o próprio domicílio do paciente. Este estudo é dirigido ao portador da Doença de Parkinson

Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é uma afecção degenerativa do sistema nervoso central, caracterizada por sintomas motores e não motores. Esta patologia geralmente é mais encontrada nas pessoas idosas.

A Doença de Parkinson é uma afecção degenerativa do sistema nervoso central, caracterizada essencialmente por sintomas motores. Os principais sintomas são: tremor, rigidez muscular, acinesia, bradicinesia e distúrbio do equilíbrio e da marcha (PAPATERRA, 2001).

Os primeiros sintomas desta doença, têm início de maneira imperceptível e a progressão é lenta, fazendo com que o paciente e seus familiares não consigam identificá-la.

É uma enfermidade degenerativa, onde uma parte do cérebro, chamada de “substância negra”, começa a morrer por motivos até hoje desconhecidos levando assim à diminuição de uma substância conhecida como dopamina.

O indivíduo com a Doença de Parkinson apresenta alterações posturais, diminuição da coordenação dos movimentos (bradicinesia

e acinesia), alterações da marcha, presença de tremor, rigidez e alterações na expressão facial

O tratamento precoce da Doença de Parkinson, contribui para minimizar e prevenir os efeitos secundários ocasionados pela patologia. Há portanto, muito a ser pesquisado para descoberta da cura da Doença de Parkinson. Notoriamente, a participação da família é de extrema importância ao paciente com a Doença de Parkinson, pois a mesma quando orientada pelo profissional da área, auxilia de forma significativa na evolução do tratamento e motivação do indivíduo.

A idade que frequentemente é iniciada a Doença de Parkinson é após aos 50 anos, apresentando evolução lenta e quase sempre inexoravelmente progressiva.

Segundo Meneses e Teive (1996): “A Doença de Parkinson teve sua primeira descrição em 1817, feita por um médico inglês James Parkinson, publicada em Londres”.

O primeiro neurologista a sugerir uma terapêutica para esta doença foi Charcot. Foi também intitulada de “Paralisia Agitante” pela presença de movimentos tremulantes involuntários e a diminuição da marcha (festinação).

Os casos da Doença de Parkinson iniciados antes dos 40 anos de idade são definidos como Prkinsonismo juvenil, existindo assim problemas secundários, como atrofia e fraqueza muscular, alterações circulatórias, contraturas e deformidades.

Difícilmente torna-se diferencial a Doença de Parkinson das outras enfermidades ou situações e muitas vezes é necessário à observação sobre o paciente em longo tempo, para se ter à plena convicção do diagnóstico.

Até o presente momento, não existe exame laboratorial ou radiológico que possa ser utilizado de forma rotineira, capaz de confirmar o diagnóstico de Doença de Parkinson.

Nas pessoas acometidas com a Doença de Prkinson o processo de envelhecimento que deveria ocorrer de forma natural da concepção a maturidade, pode apresentar características dos seus sinais e sintomas, tanto motores, quanto psíquicos ou sociais.

Embora, admita-se que o processo de envelhecimento isoladamente não seja o fator responsável pela Doença de Prkinson, a contribuição desse mecanismo em associação com outros fatores ambientais e orgânicos, são considerados primordiais para o aparecimento da patologia.

No tratamento do doente de Parkinson a terapia ocupacional visa reabilitar o indivíduo, favorecendo a independência nas atividades de vida diária, bem como o seu retorno às atividades laborais e com isso reintegrá-lo à sociedade.

Terapia ocupacional

O tratamento utilizado pelo terapeuta ocupacional em atendimentos aos pacientes com sequelas Na realidade, os conceitos de Terapia ocupacional têm variado ao longo dos tempos, e também entre autores refletindo enfoques distintos.

Assim colocou o autor Luiz Cerqueira (1973 *apud* FINGER, 1989):

O Terapeuta Ocupacional tem papel principal de promover ao indivíduo a socialização e espontaneidade. Deverá trabalhar como um todo por mais regredido que esteja, deverá dar oportunidade ao indivíduo para que firme seu caráter e sua personalidade através da escolha e autocrítica.

A terapia Ocupacional é uma forma de tratamento que atua na área da saúde em diversas formas e vem sendo aplicada na reabilitação física, mental e social. O campo de atuação do Terapeuta Ocupacional é diversificado, abrangendo centros de reabilitação, escolas especiais, asilos, presídios, hospitais, creches, empresas, instituições de pesquisas, clínicas psiquiátricas entre outras.

Em concordância com a Associação Australiana de Terapia Ocupacional, setembro (1994), pode-se afirmar que a:

A Terapia Ocupacional é uma profissão relacionada à saúde que utiliza atividades selecionadas para prevenir e superar muitas incapacidades físicas, emocionais ou sociais em pessoas de qualquer idade. O objetivo é promover, manter ou restabelecer a independência funcional nas atividades da vida diária. A

Terapia Ocupacional se incumbe da ocupação humana, a qual é importante para as pessoas de qualquer idade (<http://www.abrato.com.br>).

Atuação da terapia ocupacional na área física

A Terapia Ocupacional é uma profissão da saúde que atua de maneira unificada. O indivíduo fará uso de atividades selecionadas e adaptadas conforme a sua necessidade cotidiana.

A prática da Terapia Ocupacional permite observar e intervir na qualidade de vida do paciente, através de atividade e procedimentos planejados para a recuperação do mesmo, favorecendo, melhora dos aspectos físicos, emocionais e sociais.

Deve-se levar em consideração, seu ambiente, sua capacidade de realizar e criar atividade, ou seja, alcançar o nível mais elevado de funcionalidade através de um processo de avaliação e tratamento.

A reabilitação é vista como um processo interdisciplinar, onde os membros da equipe devem atuar de forma integrada para atender as necessidade do paciente, trabalhando em estreita cooperação para atingirem conjuntamente os seus objetivos.

Segundo Hagedorn (1999):

Os primeiros enfoques da reabilitação física na Terapia Ocupacional, têm sido, tradicionalmente, a recuperação da função sensoriomotora, a independência nas atividades da vida diária (AVD), as habilidades para o trabalho e as habilidades sociais.

Atividade de vida diária (AVD)

Segundo Finger (1986:91):

As atividades da vida diária e as atividades de vida prática são consideradas como sendo em dos aspectos exclusivos de responsabilidades da terapia ocupacional, tem por objetivo proporcionar ao indivíduo portador de algum tipo de deficiência uma vida menos dependente, e estimula-lo a alcançar o nível máximo de independência tanto nas atividades relacionadas aos cuidados consigo mesmo como também de sua vida doméstica e social.

Atividades terapêuticas

Para alcançar os objetivos propostos e promover a reabilitação e prevenção, a Terapia Ocupacional, utiliza-se da atividade, que é estudada, analisada e selecionada de acordo com as necessidades de cada paciente.

Para o terapeuta estabelecer uma programação, deve-se considerar vários fatores, como o meio social em que o paciente convive; as razões dos problemas, suas capacidades; o que o paciente é incapaz de realizar; o que o paciente faz com debilidade, o ambiente e as possíveis modificações que se fizerem necessárias.

Partindo do princípio que haja uma intervenção da terapia ocupacional quando a patologia é precocemente diagnosticada, chegou-se a conclusão de que se pode prevenir, minimizar, reabilitar e promover melhores condições de vida ao Doente de Parkinson.

A Terapia Ocupacional na atuação da Doença de Parkinson

O objetivo da terapia ocupacional é tornar o paciente independente funcionalmente, tanto quanto possível, respeitando os seus limites.

O tratamento em pacientes com Doença de Parkinson, não pode ser padronizado, visto que, cada paciente é um indivíduo e apresenta incapacidades específicas. O estabelecimento de um plano terapêutico individual baseia-se na avaliação detalhada e nas observações, possibilitando a funcionalidade e a independência do paciente nas atividades da vida diária (EGGERS, 1987).

A Terapia Ocupacional trabalha com atividades que têm como objetivo, melhorar a funcionalidade do paciente, sendo fundamental que ele e sua família entendam o significado e a importância da realização dessas atividades planejadas a fim de melhorar o quadro global do paciente.

A Terapia Ocupacional tem por finalidades diminuir ou corrigir patologia, promover e manter a saúde, pois ela não é capaz de curar os sintomas e nem de impedir que a doença progrida, mas é capaz de manter a boa movimentação do paciente, evitar o agravamento do quadro motor e dos aspectos cognitivos.

Objetivos específicos da terapia ocupacional

Muitos são os objetivos a serem trabalhados na Doença de Parkinson e estarão direcionados às necessidades de cada caso, devendo ser avaliado, e o tratamento direcionado de acordo com os déficits funcionais do paciente.

A Terapia Ocupacional no tratamento do Doente de Parkinson preconiza o desenvolvimento das habilidades funcionais do indivíduo, necessário a sua independência pessoal e demais atividades relacionadas à vida cotidiana.

Deve-se dar maior ênfase às atividades da vida diária bem como nas adaptações que se fizerem necessária para maior autonomia do paciente.

Adaptações - são recursos utilizados para proporcionar maior independência e autonomia do paciente no ambiente familiar, como a alimentação, a higiene pessoal, o vestuário e a locomoção.

Ambiente domiciliar - o papel da Terapia Ocupacional no ambiente domiciliar, vida, realizar modificações, que possam favorecer maior autonomia ao paciente. As condutas que comumente são enfatizadas no ambiente domiciliar estão relacionadas com mobiliários e modificações que proporcionem maior segurança e comodidade ao paciente.

Alimentação - o Terapeuta Ocupacional deverá analisar os utensílios de cozinha e adequá-los à necessidade do paciente.

Higiene - muitas adequações podem ser realizadas a fim de favorecer maior independência no auto cuidado como, por exemplo, uso de barbeador elétrico que poderá ser introduzido, pois é mais seguro, evitando-se ferimentos devido ao tremor das extremidades. O paciente deverá ser conscientizado da importância de estar atento quanto a temperatura da água do banho para evitar queimaduras. O sabonete pode ser adaptado a uma esponja, evitando que caís da mão, devido aos tremores.

Fixador ou engrossadores nos cabos da escova de cabelo e de dente, deverão ser introduzidos, se for necessário. Esponja ou escova de cabo longo, facilitam a higiene das pernas e das costas.

No vaso sanitário, o assento deverá ser elevado, pois facilitará o levantar e sentar e o recipiente para jogar papel higiênico deverão estar ao seu alcance. Ao usar a pia do banheiro, o paciente deverá sentar-se em um banquinho ou cadeira, com assento elevado, para facilitar a higiene. O banho também poderá ser facilitado, colocando uma cadeira no Box e\ou tapete antiderrapante evitando possíveis quedas. Para secar-se, poderá usar um roupão atalhado que servirá como uma toalha. Barras para apoio poderão ser instaladas no banheiro, para proporcionarem segurança, evitando-se assim acidentes.

Vestuário - as roupas e calçados deverão ser adequados para proporcionar maior independência ao paciente.

Deve-se escolher sapatos fáceis de calçar, que não tenham fivelas e cadarços, podendo ser substituídos por velcro para facilitar o manuseio, ou sapatos tipo mocassim e tênis com velcro. Os botões das roupas, poderão ser substituídos pro velcro, deverão ser largas e elásticas e deve-se evitar camisas que tenham botões no punho. Roupas que fechem são mais fáceis de colocar, para os botões que não puderem ser substituídos, poderá utilizar-se um adaptador para abotoar.

Alça de fita ou corrente de metal podem ser colocadas no zíper, de modo que a pessoa engate o dedo nessa alça, em vez de pegar no zíper. Para eliminar a necessidade de abotoar o colchete do sutiã, poderá ser substituído por velcro ou vesti-lo por cima (só com elástico) ou que feche pela parte da frente.

Algumas adaptações para colocação de meias, também poderão ser introduzidas.

É importante que o paciente execute esta atividade o mais independente possível, pois se trata de um bom exercício, e também favorecerá, para aumentar sua auto-estima.

Deve-se sempre levar em conta, o tempo, o alcance e as etapas para facilitarem o manuseio das atividades da vida diária. O paciente deverá ser conscientizado do seu limite e buscar, aprimorar a cada dia as suas ações, assim levará uma vida mais agradável e produtiva.

Orientações familiares

A Terapia Ocupacional ao utilizar os recursos terapêuticos esclarecerá ao paciente e a família, os objetivos dos mesmos, a fim de proporcionar possíveis contribuições para a reabilitação a uma vida saudável e produtiva.

Sabe-se que ainda não há cura para a Doença de Parkinson e sua natureza é progressiva. Os exercícios intensivos e os programas de atividades são planejados para manter o paciente móvel e funcionalmente independente, com isso, o tratamento retarda a evolução do quadro e alivia os sintomas.

A contribuição da família assim como a participação intensiva da mesma é que contribuirá para o desenvolvimento e reabilitação do paciente proporcionando maior autonomia ao doente de Parkinson.

Estudo de caso

O estudo refere-se ao paciente S.F.C., sexo masculino, solteiro com 81 anos de idade. Iniciou-se o tratamento de Terapia Ocupacional com um termo de compromisso que autoriza, por parte do paciente e da família, a realização do tratamento em terapia Ocupacional, podendo ser efetuados filmagens e fotos e assim fazer uso dos resultados para estudo científico.

Foi realizado anamnese, sendo obtido o histórico do paciente e o começo da patologia, para assim dar início ao tratamento. Realizou-se a escala de atividades de vida diária de Schwab e England, escala de Hoehn e Yahr, um questionário da doença e uma avaliação específica para a Doença de Parkinson.

Após a avaliação foi elaborado um plano de tratamento baseando-se nas observações das áreas envolvidas e nas incapacidades e/ou déficits apresentados.

Analisando os déficits em relação ao posicionamento e ao ambiente domiciliar.

a) Alimentação – o paciente alimenta-se com comidas pastosas pelo fato de não possuir os dentes, utiliza talher com independência e serve-se de líquido através de uma jarra. Apresenta dependência ao

servir seu prato, pois tem freqüentes tremores nos membros superiores e instabilidades postural, porém nota-se que estas limitações estão mais relacionadas à falta de vivência e treino dessa experiência do que propriamente da incapacidade causada pela patologia.

- b) **Banho** – utiliza uma cadeira, para dar maior segurança e evitar quedas.
- c) **Vestuário** – o paciente não tem dificuldades, realizando-o com independência.
- d) **Locomoção** – apresenta dificuldades em deambular em áreas externas, necessitando de uma pessoa para apoiar-se, mais por insegurança do que pelas limitações provocadas pela doença. Apresenta alteração no equilíbrio, fraqueza nos membros inferiores e instabilidade na postura ortostática, sendo necessário o uso de um bengala.
- e) **No social** – foi observado que o paciente tem uma vida social restrita, ficando muito em casa, saindo poucas vezes.
- f) **Posicionamento** – senta-se no sofá em posição inadequada, necessitando de recursos para adequação da postura.

Os resultados obtidos na avaliação mostram uma independência moderada. O paciente não é completamente independente, mas tem dificuldade em alguns afazes, mostrando-se mais lento e gastando maior parte do tempo realizando as tarefas diárias.

De acordo com a escalada de Hoehn e Yahr foi analisado e concluído que o paciente encontra-se na quarta fase considerada avançada. Apresenta disfunção de equilíbrio, de marcha, anda por uma distância limitada com o auxílio de outra pessoa ou mesmo a bengala, possui freqüentes tremores, bradicinesia, sendo incapaz de viver sozinho.

Analisando o paciente de acordo com a escalada de atividades de vida diária de Schwab e England, foi definido que o mesmo encontra-se com 70% de debilidade nas atividades como banho, alimentar-se e barbear-se.

Conforme questionário da doença de Parkinson, foi interpretado que o paciente tem incapacidade moderada causada pela patologia, ficando entre os escores de 51 – 75.

Foi analisada a dificuldade do paciente conforme é proposto pela avaliação, concluindo que o mesmo tem debilidade na memória, comprometimento moderado no exame motor e nas atividades de vida diária tem necessidade de auxílio quase que freqüente.

Em relação das atividades da vida diária, o que diz respeito à higiene, apresenta limitações em barbear-se e cortar unhas.

Em relação aos aspectos cognitivos, apresenta déficit de memória, podendo estar relacionado ao medicamento que tem ingerido ao longo dos anos. Quanto ao aspecto emocional, mostra-se bastante comunicativo.

Os objetivos propostos para o tratamento, visam favorecer a independência nas atividades da vida diária melhorar a coordenação motora global e o equilíbrio a fim de proporcionar uma marcha mais funcional, trabalhar força muscular, adequar postura para melhorar o desempenho da dinâmica manual, estimular o raciocínio, memória, bem como interesse e iniciativa.

Foram realizadas duas sessões semanais com a duração de uma hora cada.

Observou-se interesse tanto por parte do paciente como da família pelo tratamento realizado, buscando acatar as orientações fornecidas.

Através da proposta de tratamento estabelecida foram fornecidas as seguintes orientações para o paciente e a família.

1. Favorecer a socialização criando situações fora do contexto familiar.
2. Dar ao paciente oportunidade para realizar as atividades sozinho como deixa-lo pegar um copo de água, roupas do armário ou gavetas para vestir-se, atender telefone, abrir portas, auxilia-lo somente caso haja necessidade, buscando não se antecipar às ações deixando que ele tente superar as dificuldades.
3. Adequar o posicionamento das atividades de vida diária como na alimentação, na realização da higiene pessoal, e no sofá, fazendo o uso de almofadas proporcionando adequação postural.
4. Atividade que favoreçam o treino para atividades de vida diária.

Após alguns atendimentos, notou-se que, durante a realização das atividades o paciente mostrava-se alegre e participativo.

Além das atividades selecionadas e do posicionamento correto, a Terapia Ocupacional, indica e confecciona vários tipos de adaptações, porém, o paciente em tratamento utiliza apenas uma cadeira de banho e barra de apoio para maior segurança, não houve a necessidade de utilizar em um tipo de adaptação para o vestuário, a higiene pessoal e a alimentação.

No contexto geral, para o tratamento da Doença de Parkinson na visão da Terapia Ocupacional, para o caso em estudo houve necessidade em realizar adaptações, como barra de apoio e tapete antiderrapante no banheiro e elevar a altura da cama.

Conclusão

Conclui-se que, nas realizações dos atendimentos, embora o paciente não possua grandes limitações físicas que o impeçam de realizar atividades funcionais, necessita ser treinado na execução das atividades da vida diária e da vida prática, buscando adquirir uma vida com maior autonomia. A Terapia ocupacional vem contribuir com estes aspectos, favorecendo assim, melhor qualidade de vida ao portador da Doença de Parkinson.

Bibliografia

DONALD, Mac. *Terapia ocupacional em reabilitação*. Tradução Lauro S. Brandy. São Paulo: Santos, 1990.

FINGER, Jorge Augusto Ortiz. *Terapia Ocupacional*. São Paulo: Sarvier, 1986.

GREENBERG, David A. *Neurologia clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GUYTON, Artur C. M. D. *Fisiologia humana e mecanismos das doenças*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1993.

JORGE, Rui Chamone. *Terapia ocupacional psiquiátrica – aperfeiçoamento*. Belo Horizonte: FUMARC/PUC, 1984.

KOTTKE; LEHMANN. *Tratado de medicina física: reabilitação de Kruoen*. São Paulo: Manole, [s.d.]. Vol. 2.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade. *Fundamentos metodológicos científicos*. São Paulo: Atlas, 1991.

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

MONTEIRO, Wilma Maria. *Manual para parkinsonianos e seu familiares*. Fortaleza: Ramblas, 1996.

PERKING, G. David. *Atlas mosbly em cores e texto de neurologia*. São Paulo: Manole, 1996.

TEIVE, Hélio A. G.; MENEZES, Murilo S. *Doença de Parkinson – aspectos clínicos e cirúrgicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

_____. *Doença de Parkinson – um guia prático para pacientes e familiares*. São Paulo: Lemos, 2000.