



apb
Associação
Parkinson Brasília



2ª EDIÇÃO

 • **kognos**
PUBLISH

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CUIDADORES E PACIENTES
COM DOENÇA DE PARKINSON:

Cuidando do paciente com Parkinson

ATUALIZADA E REVISADA

Naira Rúbia Rodrigues Pereira
Cristina Lemos Barbosa Furia



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CUIDADORES E PACIENTES
COM DOENÇA DE PARKINSON:

Cuidando do paciente com Parkinson



2ª Edição

Brasília

Editora Kognos

2021

P436

Pereira, Naira Rúbia Rodrigues.

Manual de orientação para cuidadores e pacientes com doença de Parkinson : cuidando do paciente com Parkinson [recurso eletrônico] / Naira Rúbia Rodrigues Pereira, Cristina Lemos Barbosa Furia. – 2. ed. – Brasília : Kognos, 2021.

60 p. : il. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.

Modo de acesso: World Wide Web.

ISBN 978-65-00-15976-9 (e-book).

1. Parkinson, Doença de. 2. Pacientes - Educação. 3. Cuidadores. I. Furia, Cristina Lemos Barbosa. II. Título.

CDU 616.858

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CUIDADORES E PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON:

Cuidando do paciente com Parkinson

**NAIRA RÚBIA RODRIGUES PEREIRA E
CRISTINA LEMOS BARBOSA FURIA**

REVISÃO TÉCNICA:

Profa. Dra. Letícia Corrêa Celeste
Dr. Pedro Renato de Paula Brandão
Profa. Dra. Juliana Onofre de Lira

DISCENTE DE MESTRADO:

Naira Rúbia Rodrigues Pereira

COORDENADORA:

Profa. Dra. Cristina Lemos Barbosa Furia
Departamento de Fonoaudiologia
Universidade de Brasília – UNB
Faculdade de Ceilândia – FCE

INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE:

Associação Parkinson Brasília



SOBRE A ASSOCIAÇÃO PARKINSON BRASÍLIA

O coronel Carlos Aníbal Pyles Patto, ex-piloto das Forças Aéreas Brasileiras e paulista que há anos mora na capital do Brasil, foi diagnosticado com Parkinson aos 43 anos quando passou a se dedicar aos estudos e atividades voltadas para promoção da saúde do indivíduo com Doença de Parkinson (DP) com a produção de uma série de materiais desenvolvidos segundo sua própria experiência.

Incentivado por sua família e por seu neurologista, o Dr. Nasser Allan, Patto criou em 23 de abril de 2005 a Associação Parkinson Brasília que tem como missão a conscientização sobre a doença, assim agregar pacientes com Parkinson, seus cuidadores e familiares, visando melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com a doença. Atualmente, a Associação localiza-se na Escola Classe da SQS 206, espaço em que se realizam atividades de fisioterapia, canto, fonoaudiologia e artesanato para seus associados. Sua importância no se refere ao auxílio aos parkinsonianos e seu processo de enfrentamento da doença é fundamental e agradecemos a oportunidade em poder agregar forças e disseminar conhecimento.

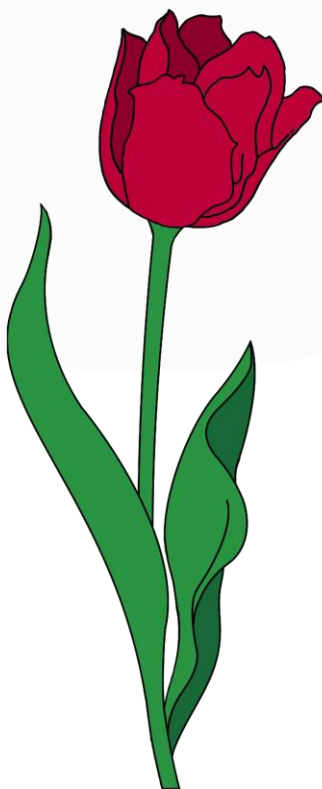
Fonte: Patto, CAP; Freitas, T. Rompendo as Amarras da Doença de Parkinson. Brasília: Liber Livro, 2012.



O conjunto de relatos sobre a Doença de Parkinson citados no decorrer deste manual é de inteira responsabilidade dos autores, sendo aprovado pelo Comitê de Ética UNB/FCE – 2.279.574.

"Este manual, seria bom divulgar para toda a família.. Porque uma das coisas que mais ajudam é carinho, o afeto, não apenas o medicamento".

- (C.P.S - indivíduo com Parkinson)



Conhecendo a Doença de Parkinson	5
Sintomas	11
Diagnóstico	21
Tratamento Multidisciplinar	24
O papel do cuidador	45
Curiosidades	48
Relatos	51
Referências	54





CONHECENDO A DOENÇA DE PARKINSON

CONHECENDO A DOENÇA DE PARKINSON

O que é Doença de Parkinson (DP)?

Parkinson é uma doença **neurodegenerativa multissistêmica progressiva** que afeta, principalmente, os centros de **controle dos movimentos** de indivíduos idosos¹.

Existe uma grande variabilidade em relação à progressão dos sintomas, havendo manifestações unilaterais e leves com resposta ao medicamento regular a excelente no início, progredindo à dificuldades contralaterais e resposta medicamentosa menos confiável, além do aparecimento de discinesias¹.

Ela é considerada a segunda doença que mais afeta a população idosa, acometendo cerca de 3% de brasileiros acima de 60 anos². Mundialmente, tanto a prevalência como a incidência de DP aumentam constantemente com a idade, desde 40 anos, com um aumento importante a partir de 70 e 80 anos, respectivamente^{3,4}.



1817: James Parkinson:
“paralisia agitante”

5 a 6 séculos após:
Charcot nomeia “Doença
de Parkinson (DP)”,
define alguns sinais
cardinais, critérios para
diagnóstico diferencial e
primeiro medicamento

1929: Kinnier
Wilson: descrição
da acinesia

1967: George
Cotzias:
carbidopa-
levodopa na
melhora da função
motora

1960: Herbert
Ehringer e Oleh
 Hornykiewicz: L-
dopa intravenosa
melhora os
sintomas

1957: Arvid Carlsson:
descobriu que L-
dopa (levodopa) se
converte em
dopamina, causa da
DP

Final da década de
60: Roger Duvoisin:
Food and Drug
Administrations(FDA)
aprovou uso do
medicamento para o
tratamento da DP

2000: Prêmio
Nobel: Arvid
Carlsson

Desde então, vários
estudiosos vêm
buscando novas
descobertas para
melhor entendimento
e tratamento da
doença

Vamos conhecer um pouco sua história?

Fonte: All Answers Ltd. History of Dopamine Research [Internet]. November 2018. [Accessed 3 December 2020]; Available from: <https://nursinganswers.net/essays/history-dopamine-research-9912.php?vref=1>; Patto, CAP; Freitas, T. Rompendo as Amarras da Doença de Parkinson. Brasília: Liber Livro, 2012.



Como se processa a doença?

Como já citado, a doença é composta por uma série de alterações do funcionamento motor.

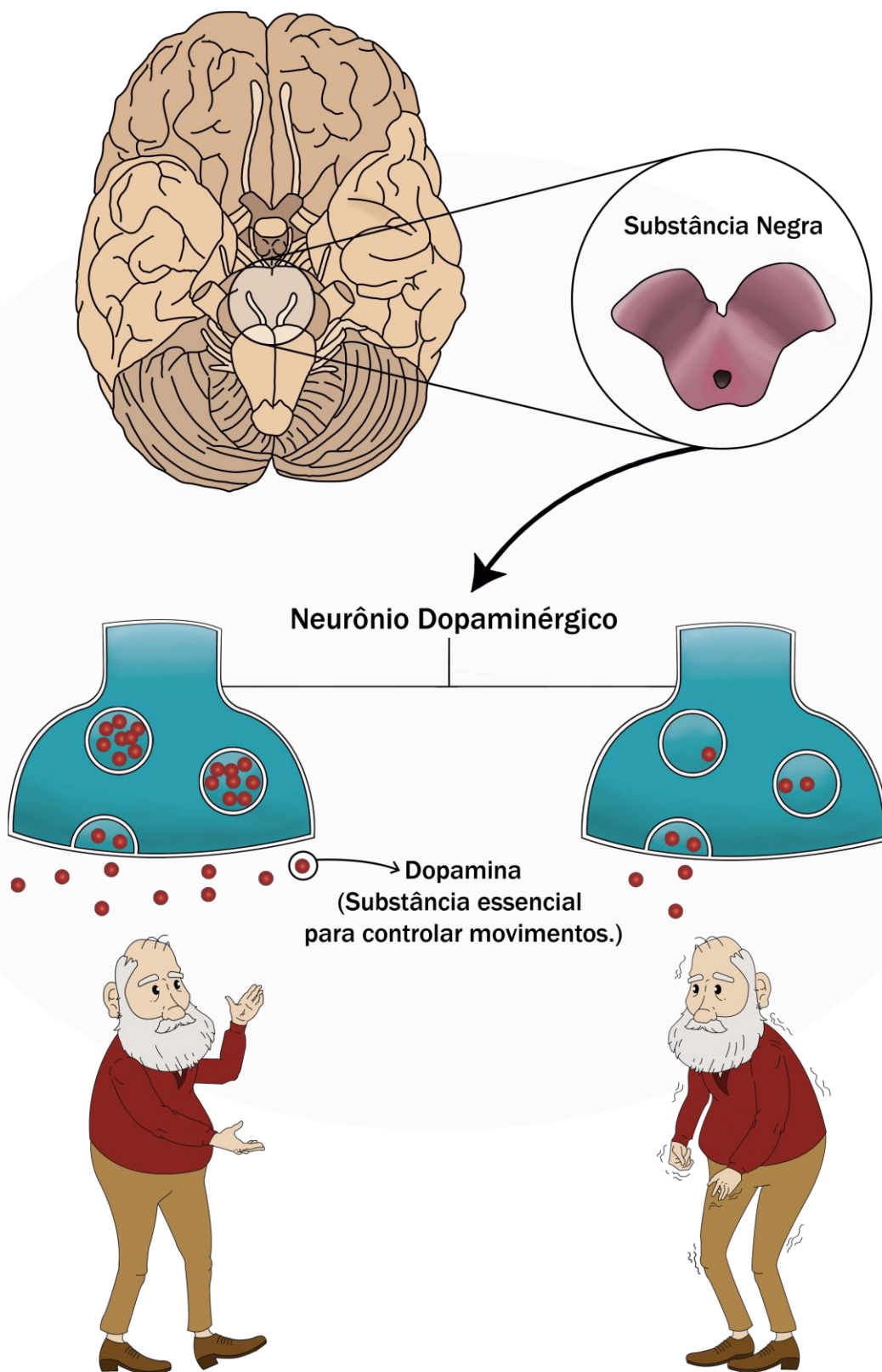
Mas por que isso acontece? Existem neurônios chamados de dopaminérgicos, produtores de dopamina (essenciais para o controle dos movimentos). Na DP, há uma perda progressiva desses neurônios na parte compacta da substância negra do mesencéfalo, causando a redução de dopamina em uma via chamada nigroestriatal⁵.



A redução de dopamina causa alterações nos movimentos, principal característica da doença⁵.

Além disso, atualmente sabe-se que há o envolvimento do **sistema nervoso central (SNC) e extra-SNC**, com a participação de uma série de proteínas, vias celulares e neurotransmissores (como serotonina, noradrenalina e acetilcolina) que podem acometer de forma mais intensa que a própria falta de dopamina^{5,6}.

Para entender melhor a participação da dopamina na DP:



Você sabia?

Pesquisadores do King's College of London sugerem uma teoria sobre manifestações de acordo com o local do cérebro que foi “lesionado”⁷:

- 1) **CORTICAL**, geralmente acomete idosos e se relaciona a alterações cognitivas, como apatia, declínio cognitivo amnésico e demência;
- 2) **TRONCO ENCEFÁLICO**, a qual observa-se hiposmia tardia (perda parcial do olfato), alterações do sono e do sistema autônomo;
- 3) **LÍMBICO**, com anosmia (perda do olfato), depressão, fadiga, dor e perda de peso.



Alguns estudiosos classificam a doença de acordo com a incapacidade apresentada pelo indivíduo:

Estágios de Incapacidade de Hoehn & Yahr:

Estágio 1	Doença unilateral.
Estágio 1,5	Envolvimento unilateral e axial.
Estágio 2	Doença bilateral sem déficit de equilíbrio.
Estágio 2,5	Doença bilateral leve, com recuperação no teste do empurrão.
Estágio 3	Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade para viver independentemente.
Estágio 4	Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer de pé sem ajuda.
Estágio 5	Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.

Fonte: Disorder Society Task Force on Rating Scales for Parkinson's Disease. The Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS): status and recommendations. *Mov Disord* 2003 Jul;18(7):738–50.



SINTOMAS

SINTOMAS

Você sabe identificar os primeiros sintomas?

Os primeiros sintomas podem passar despercebidos e evoluem lentamente. Muitas vezes se confundem com as mudanças naturais do envelhecimento, por isso é difícil identificar o início da doença⁶.

Exemplos desses sintomas:

Distúrbios do sono (transtorno comportamental do sono REM); Perda parcial ou total do olfato; Constipação (prisão de ventre); e, eventualmente, depressão sem motivo aparente⁶.



Os sintomas motores:



Acinesia e Bradicinesia: acinesia é diminuição da quantidade e amplitude do movimento, enquanto a bradicinesia refere-se à lentidão na execução do movimento¹.

Tremor: é o sintoma mais frequente caracterizado pelo movimento rítmico e ocorre, principalmente, quando o membro está em repouso¹.

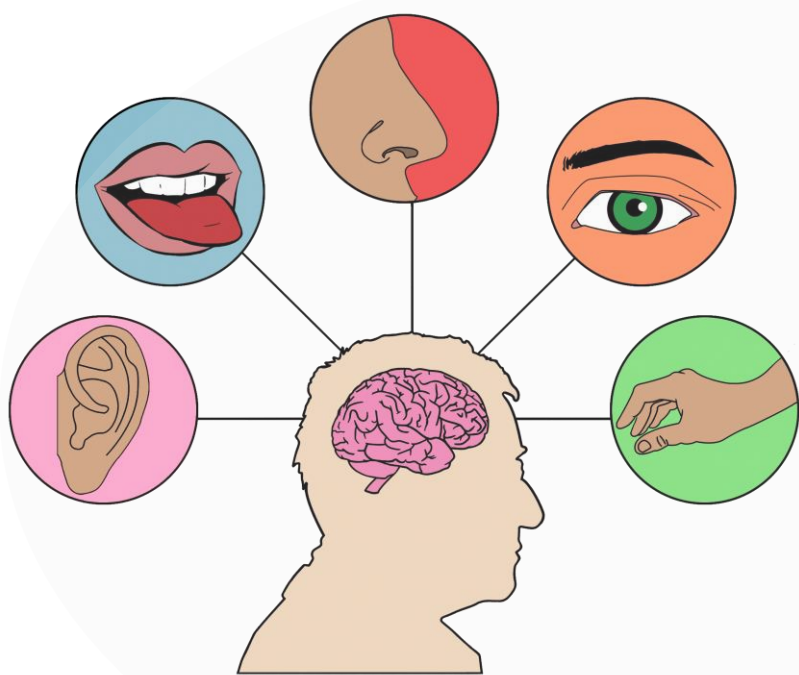
Rigidez: caracteriza-se pela hipertonia, ou seja, os músculos começam a ficar menos móveis e poucos flexíveis¹.

Instabilidade postural: o indivíduo com DP tende a andar com passos mais curtos e arrastados, e postura em flexão (para frente)¹.

Sintomas não motores:

Alterações comportamentais:

- Depressão, Alterações emocionais e de motivação (apatia);
- Dificuldades de memória e atenção, alteração na função executiva, velocidade de processamento e perda da fluência da fala;
- Dificuldades na realização de cálculos e orientação espacial;
- Demência (casos avançados da doença)⁷.



Alterações sensoriais:

- Dor: pode ser relacionada a fadiga muscular e aparece em forma de câibras⁷.
- Hiposmia: diminuição do olfato⁷.
- **Acuidade visual:** Os indivíduos podem ter dificuldade na percepção de contrastes e de visão de cores, por exemplo, e queixar de visão dupla (diplopia). Algumas vezes associado com tonturas⁷.

Sintomas não motores:

Distúrbios do Sono: insônia, “troca o dia pela noite”, pesadelos, movimentos bruscos durante o sono e, em muitos casos, Síndrome da apneia obstrutiva do sono⁷.

Disartrofia: disartria hipocinética, fala lentificada, pouca articulação, pouca inteligibilidade, redução da intensidade da voz, rouquidão, tremor vocal e voz fraca^{8,9}.

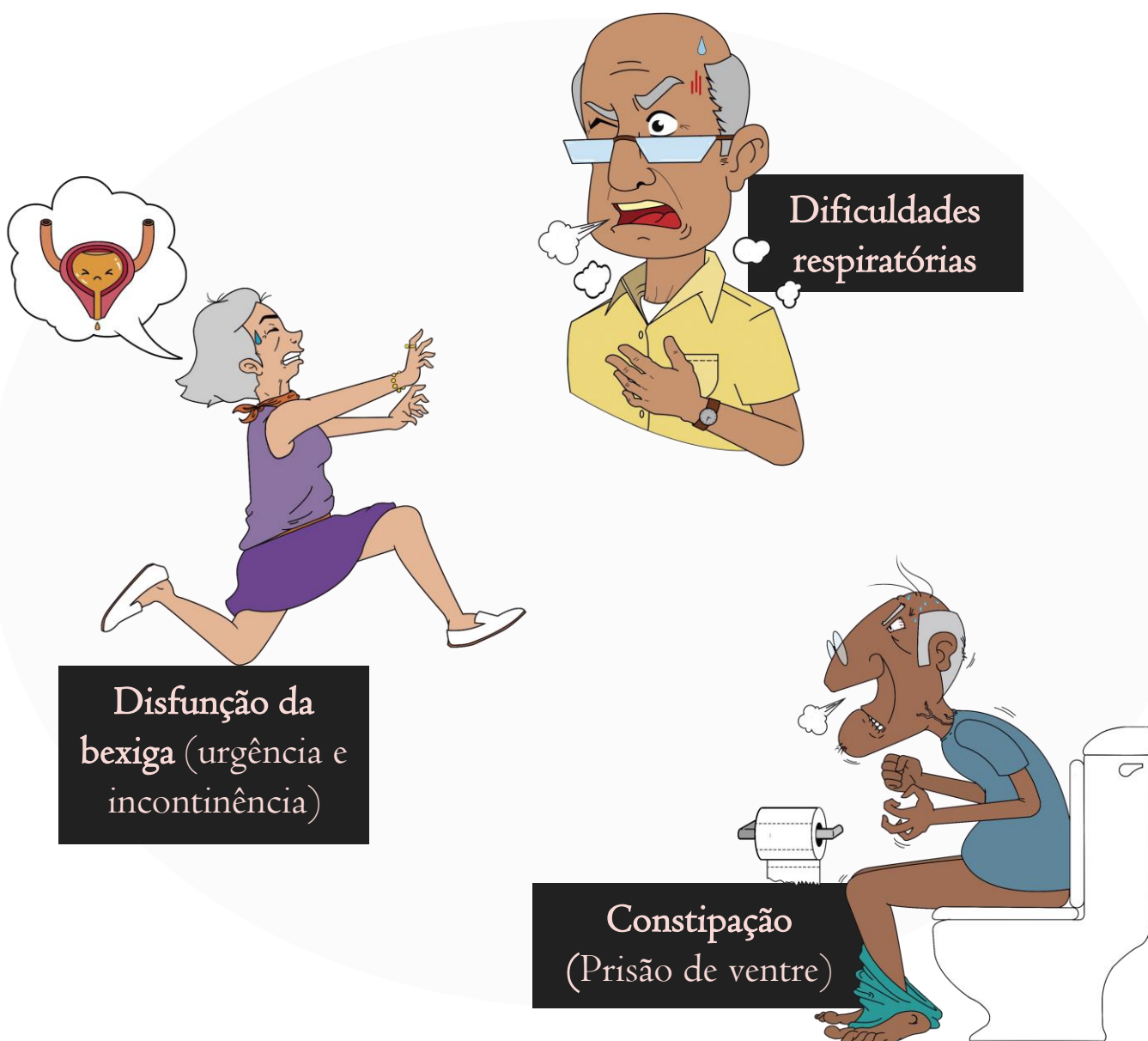
Alterações de linguagem: disfluências, repetições de sons, sílabas e palavras, pausas inapropriadas e/ou excessivas, prolongamento de sons, palilalia (reiteração compulsiva do enunciado durante situações de aumento da velocidade e redução da loudness). Não causa alterações de linguagem (compreensão e expressão), mas às vezes esta pode ser comprometida por alterações cognitivas.

Discinesias: são movimentos involuntários, nem sempre previsíveis, que podem aparecer como coreia (lembra o movimento de dança), atetose (movimentos lentos e retorcidos), distonias (contrações musculares) e mioclonias (movimentos musculares súbitos)¹⁰⁻¹².



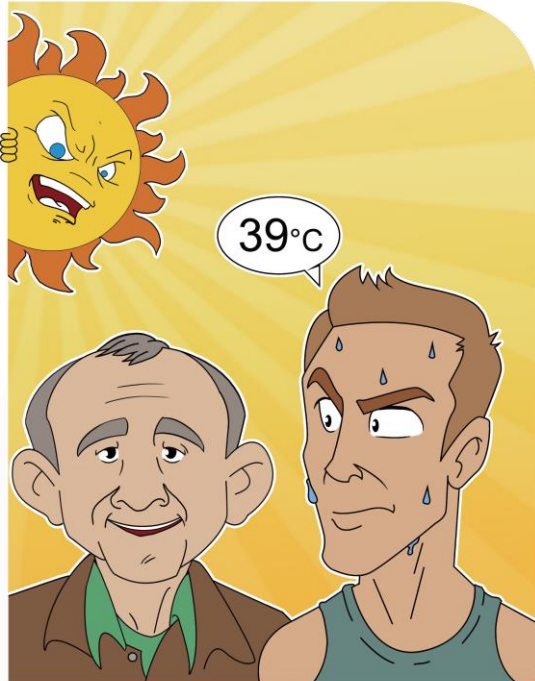
Sintomas não motores:

Alterações autonômicas: o Sistema Nervoso Autônomo é a parte do Sistema Nervoso responsável pela regulação de funções como a respiração, circulação sanguínea, da temperatura e digestão. Na DP, alterações neste sistema podem causar⁷:



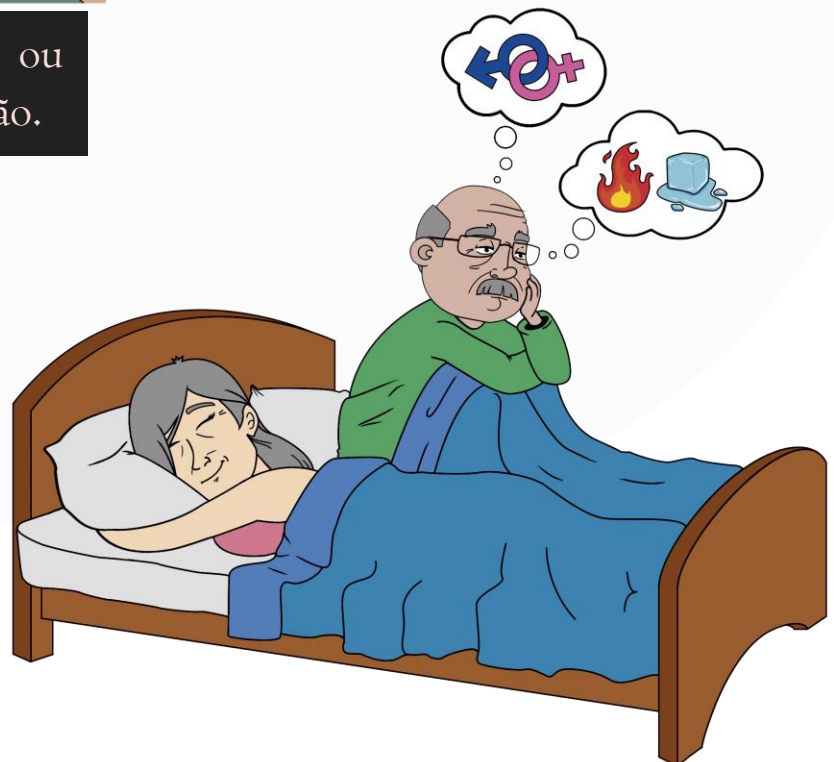
Sintomas não motores:

Alterações autonômicas:⁷:



Anidrose (diminuição ou ausência de transpiração).

Alterações sexuais (diminuição ou aumento do desejo sexual) e Disfunção erétil (ereção)



Disfagia

Disfagia é a dificuldade no processo de deglutição dos alimentos devido à inabilidade da coordenação e velocidade dos movimentos envolvidos nesse processo ¹³.

Braak hipotetiza que lesões no núcleo motor dorsal dos nervos glossofaríngeo e vago e no núcleo olfatório anterior são afetados antes mesmo da porção compacta da substância negra e demais estruturas do mesencéfalo, o que pode explicar o aparecimento da disfagia tanto por alterações centrais como periféricas, em que podemos observar diminuição da sensibilidade faríngea e laríngea, comprometendo a proteção de vias aéreas com a diminuição da tosse e/ou risco de aspiração ^{14,15,16}.

Da mesma forma, os próprios sintomas motores, como rigidez e bradicinesia, são conhecidos por impactar na habilidade de deglutição ¹⁷, causando tremores e festinação de língua, dificuldades na mastigação e nos movimentos mandibulares, rigidez na musculatura cervical, redução de proteção de vias aéreas, entre outros ¹⁸.

Assim, é importante tanto para o indivíduo parkinsoniano como o fonoaudiólogo responsável pelos cuidados, conhecer os possíveis causadores da disfagia na DP em busca da melhor estratégia terapêutica.



Sintomas não motores:

Disfagia

O não tratamento deste sintoma tende a comprometer a segurança das vias aéreas, assim, o alimento pode chegar nos pulmões, gerando uma **pneumonia aspirativa**. Esta condição pode ser uma das **principais causas de morte** de indivíduos com a DP⁷.

A Disfagia é um dos sintomas mais comuns durante a progressão DP¹⁸. Mas não se preocupe, **ela tem tratamento** e, para isso, é fundamental a procura por um **fonoaudiólogo** até mesmo antes do aparecimento dos sintomas.

ATENÇÃO A ESTES SINTOMAS: Sensação de alimento parado na garganta, engasgos frequentes, dificuldade de engolir qualquer tipo de alimento, dificuldade para mastigar, resíduo de alimento na boca, tosse, pigarro, tremor de língua, vômito ou refluxo após a refeição, acúmulo de saliva na boca, dificuldade de engolir a saliva, dificuldade para engolir comprimidos, entre outros¹⁸.



Sintomas não motores:

Quedas

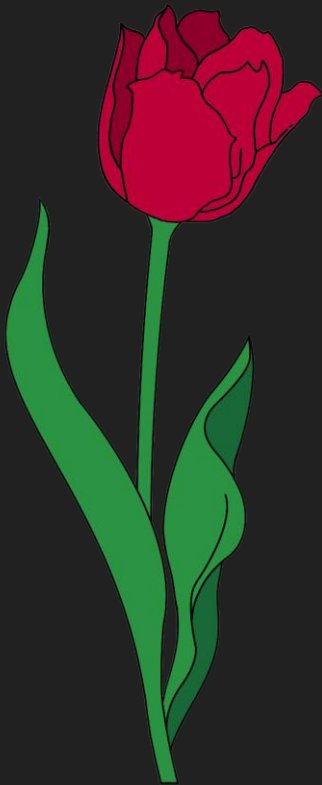
- A presença de quedas se dá desde o início, mostrando-se mais presente ao avançar da doença¹⁹.
- A rigidez muscular, a bradicinesia, a instabilidade postural e a diminuição dos reflexos posturais são alguns fatores associados a este problema¹⁹.
- Existe um fenômeno chamado *freezing* que é um bloqueio motor associado à perda de reflexos posturais que também contribui para o aumento de quedas²⁰.



CUIDADO!

Quedas pode causar diversos tipos de fraturas, hematomas e outras complicações funcionais!¹⁹





DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

De acordo com os critérios propostos pelo Banco de Cérebro da Sociedade Parkinson do Reino Unido, o diagnóstico da doença de Parkinson envolve três etapas²¹:

1) Caracterização da síndrome parkinsoniana: deve-se identificar a presença de, pelo menos, dois dos quatro sintomas motores (cardinais)

2) Exclusão de outras formas de parkinsonismo: devido à existência de outras formas de parkinsonismo com sintomas semelhantes da DP, esta etapa é importante por determinar o diagnóstico diferencial.

3) Confirmação da doença: a confirmação do diagnóstico se dá pela resposta terapêutica ao uso da levodopa e na observação da evolução da doença.

Alguns exames complementares, como Ressonância magnética (RM) de crânio (encefálico), SPECT (cintilografia de perfusão cerebral), Sonografia transcraniana e Tomografia por emissão de pósitrons - PET, podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico²¹.

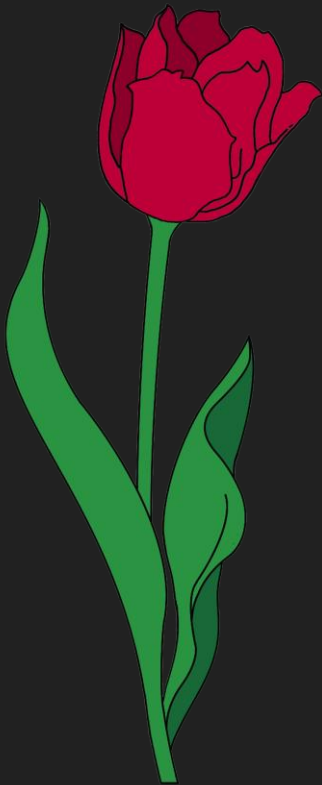


Para saber mais

Até o momento, não existe uma cura para a Doença de Parkinson. Mas existem alguns profissionais que podem ajudar nesta jornada.

Vamos conhecer alguns destes?





TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR

Médico

O médico é a porta de entrada no tratamento da DP. **Clinicamente**, é quem investiga, analisa, diagnostica, orienta, escolhe os medicamentos, faz os devidos encaminhamentos e acompanha o paciente⁵.

O principal tratamento é o uso de medicamentos, mas além destes, existem **técnicas cirúrgicas** que também auxiliam no controle dos sintomas, sendo elas realizadas através de **estereotaxia**, que permite localizar um alvo anatômico específico²¹. Basicamente, estas técnicas são:

Talamotomia

Raramente utilizada.
Micro lesões no tálamo²¹.

Palidotomia:

Lesão no globo pálido interno²¹.

Estimulação cerebral profunda (ECP):

Implante de eletrodos bastante finos nos alvos pretendidos e controlados por um aparelho²¹.



Lembre-se: existem critérios para a indicação cirúrgica, compete ao médico indicar o melhor tratamento para cada caso! Mas, vamos conhecer os principais destes:

Critérios sugeridos para indicação cirúrgica:

1. Ter certeza do diagnóstico da DP idiopático de acordo com os protocolos Queen Square Bank ou do novo critério internacional da Sociedade de Parkinson e Distúrbios do Movimento (MDS);
2. Duração da doença de 4 anos;
3. Confirmar que o paciente responde à levodopa de, pelo menos, 30-40% (Parte III da Escala Unificada de Avaliação de Doenças de Parkinson – UPDRS ou MDS-UPDRS);
4. Pacientes com tremor em repouso grave incapacitante resistente ao medicamento dopaminérgico terá benefício sintomático provável ao uso da levodopa, assim, torna-se exceção à necessidade do tópico 3;
5. Complicações motoras como discinesias ou flutuações motoras resistentes ao tratamento medicamentoso;
6. Avaliação clínica multidisciplinar especializada em Distúrbios do Movimento;
7. Incapacidade funcional definida por escalas; e
8. Como indicadores de suporte: início jovem, tremor grave, necessidade de reduzir a medicação e ascinesia noturna²².



Critérios absolutos sugeridos de contraindicação cirúrgica:

1. Presença de comorbidades descompensadas e/ou instáveis;
2. Transtornos psiquiátricos ou neurocomportamentais graves;
3. Diagnóstico de demência;
4. Diagnóstico duvidoso de DP;
5. Ressonância magnética: presença de atrofia cerebral ou aumento ventricular importante;
6. Presença grave dos sintomas mesmo sob medicamento: disartria, disfagia, instabilidade postural ou distúrbios de marcha (andar);
7. Incapacidade de fornecer consentimento;
8. Impossibilidade de acesso ao centro de tratamento para acompanhamento e programação do estimulador;
9. Ausência de incapacidade funcional; e
10. Apoio social (familiar, cuidador) frágil²².

Outros fatores relativos que podem intervir na não indicação:

1. Qualquer comprometimento cognitivo ou na fala (fluência) que possa intervir no entendimento das orientações ou atividades de vida diária;
2. Depressão não tratada, instável ou recorrente;
3. Idade acima de 70 anos (relação risco/benefício);
4. UPDRS Parte III >30/108 em “on definido”;
5. UPDRS Parte III <30/108 em “off definido”;
6. Presença de sintomas que levam a incapacidade que não respondem à levodopa²².

Alguns procedimentos da equipe multidisciplinar são realizados para verificar se o indivíduo é candidato à cirurgia:

- **Teste de desafio com levodopa** (como dito anteriormente): envolve uma série de diretrizes médicas e uso de protocolos;
- **Ressonância magnética cerebral** para observar presença de alterações que indiquem ou contraindiquem o procedimento cirúrgico; e
- **Avaliação neuropsicológica e psiquiátrica** para definir presença e grau do distúrbio cognitivo, risco de declínio cognitivo e planejamento do alvo cirúrgico²².

Cada serviço tem seu
protocolo de atendimento
baseado na literatura científica,
procure conversar com seu
médico!



O principal medicamento para a DP é a Levodopa, entretanto, existem outros tipos: agonistas dopaminérgicos; Inibidores enzimáticos; Antagonistas da via do glutamato; Antagonistas da via da acetilcolina ou anticolinérgicos²¹.

É importante seguir as recomendações médicas para o uso dos medicamentos.



Atenção!

Estado 'on' - Período de tempo a qual a medicação faz efeito; o indivíduo nota facilidade de movimentos.

Estado 'off' - Período de tempo a qual a medicação não está fazendo efeito; o indivíduo nota dificuldade de movimentos.

'Wearing off' (deterioração de fim de dose) - Período de tempo em que a medicação vai deixando de fazer efeito²¹.

Os principais fármacos utilizados no tratamento da doença:

Grupo	Fármaco	Efeitos desejados	Efeitos colaterais
Anticolinérgico	Biperideno Trihexifenidila	Melhora dos tremores	Glaucoma, redução da memória, constipação e retenção urinária
Antiglutamatérgico e anticolinérgico	Amantadina	Reduzir discinesias causadas por L-dopa	Insônia, machas ou linhas na pele, efeitos anticolinérgicos (como boca seca)
Inibidores da MAOB Selegilina	Selegilina Rasagilina	Efeito antiparkinsoniano discreto	Insônia, risco cardíaco ao uso de selegilina
Agonistas dopaminérgicos Bromocriptina	Bromocriptina (quase não utilizada) Pramipexol Rotigotina (adesivo)	Efeito antiparkinsoniano moderado	Náuseas, vômitos e sonolência
Inibidores da COMT	Tolcapona Entacapona	Redução de períodos off	Aumentar discinesias por L-dopa
Levodopa	L-dopa/carbidopa L-dopa/benserazida	Droga antiparkinsoniana mais eficaz (sobretudo na redução de bradicinesia e rigidez)	Discinesias de pico-de-dose

Fonte: Da silva, DJ; Fen, CH; ColettA, MVD. Transtornos do Movimento: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: Omnifarma, 2016.

Todo exercício trabalhado por este profissional, tem como objetivo **melhorar a função do movimento**. É importante reduzir seu tempo inativo, faça caminhadas, utilize escadas ao em vez de elevador ou escada rolante, não se preocupe em ficar suado ou ofegante (se apresentar suor frio, náusea ou aperto no peito procure um médico) e procure fazer atividades que goste.

Se possível, faça atividades em grupo para se manter motivado! E lembre-se: aproveite o período que seu medicamento está no melhor efeito!²³

Exercícios e atividades que envolvem alongamento, trabalho de flexibilidade, fortalecimento muscular, de coordenação motora, exercícios que envolvem transferência, trabalho do equilíbrio, mobilidade, marcha, condicionamento físico, cognição e exercícios respiratórios são normalmente recomendados por este profissional, sempre visando a independência funcional para as atividades de vida diária!²⁴

Outro aspecto que tem ganhado força é o trabalho de dupla tarefa em que é realizado o treinamento integrado de tarefas cognitivas e motoras e tem demonstrado resultados satisfatórios.²⁵



Distúrbios do sono podem ser frequentes em pessoas com Parkinson. Todos os profissionais podem garantir uma boa qualidade do sono. Mas você sabe como melhorá-lo? Seguem mais dicas!

DICAS!

- Durma apenas o necessário para se sentir descansado;
- Evite cochilos longos (mais de 1h) durante a tarde;
- Quando puder, tome um banho de sol de 15 minutos antes de 10h da manhã;
- Se precisar de medicamento para dormir, consulte um médico, não faça auto prescrição;
- O ambiente de sono é muito importante, busque o máximo de conforto;
- Tente estabelecer rotina e horários fixos para dormir e acordar;
- Evite consumo noturno de alimentos que dão energia (ex: café, refrigerantes, chocolate);
- Opte por alimentos mais leves antes de deitar;
- Recomenda-se que a prática de exercícios físicos ocorra em até 6h antes do horário de dormir;
- Evite distrações: celular, tv, notebook;
- Faça atividades relaxantes próximo ao horário de deitar;
- Tente ir para cama apenas quando estiver com sono;
- Evite olhar para o relógio, isso aumenta a ansiedade;
- Evite pensar em problemas e no planejamento do dia seguinte.

Para as alterações vocais e, conseqüentemente, de fala (articulação dos sons) um método validado e utilizado é o **Lee Silverman (Pense FORTE e fale FORTE!)**⁸, entretanto só pode ser aplicado por profissional capacitado. Mas então o que posso fazer no dia-a-dia para melhorar minha voz?

DICAS!

- Alguns fatores de risco podem piorar sua condição vocal, como ruído ambiental, evite tabagismo, poluição, ar condicionado, abusos vocais. Assim, é importante controlar esses fatores. Práticas de higiene vocal são algumas maneiras que favorecem a manutenção da saúde da voz. Hidratação adequada, exercícios de aquecimento vocal, uso de amplificação, são apenas algumas medidas que vão te auxiliar neste cuidado com a voz!²⁷

O fonoaudiólogo visa melhorar a comunicação oral de forma geral, favorecendo o aumento da intensidade vocal, articulação mais ampla e precisa, aumento da coordenação pneumofonoarticulatória, trabalho respiratório e uma velocidade de fala mais eficiente²⁴. Cabe ressaltar que o uso de Comunicação Alternativa Suplementar também pode ser considerada²⁸.

Como vimos, um dos sinais mais críticos da DP são as alterações de **deglutição (disfagia)**!

As evidências científicas em relação ao tratamento voltado para disfagia na DP ainda é incerta, mas sugere-se que o terapeuta utilize estratégias baseadas nos princípios neurofisiológicos. Assim, o fonoaudiólogo deve focar sua avaliação e tratamento na associação com a função que se deseja trabalhar, ponderar e entender a relevância dos exercícios de força, e levar em consideração:

- Força;
- Fadiga;
- Resistência;
- Amplitude do movimento;
- Velocidade; e
- Especificidade do treino²⁹.

Alguns autores defendem a utilização da aprendizagem motora na reabilitação da disfagia. Dentre os conceitos trabalhados, ressalta-se:

- Prática voltada em grande quantidade de repetições;
- Distribuição em maior tempo;
- Exercícios organizados de forma aleatória (diferentes abordagem/alvos); e
- Variabilidade nos exercícios (diferentes materiais e maneiras, contextos, velocidade, tempo)³⁰.

Mas, não podemos esquecer que o uso de manobras compensatórias e modificações da viscosidade, volume e consistência de alimentos e líquidos também são importantes para melhorar a segurança e a eficiência da alimentação por via oral³¹.

Dentre as diversas manobras utilizadas, destaca-se a manobra de Heimlich, usada em caso de engasgos. Vamos ver como ela funciona?

Se estiver sozinho:

Coloque seu punho acima do umbigo, e segure-o com a outra mão.

Incline-se sobre uma cadeira ou uma bancada, conduza seu punho em direção a si mesmo com um impulso para cima.

Se não conseguir, faça o movimento sem o uso das mãos, diretamente na cadeira.



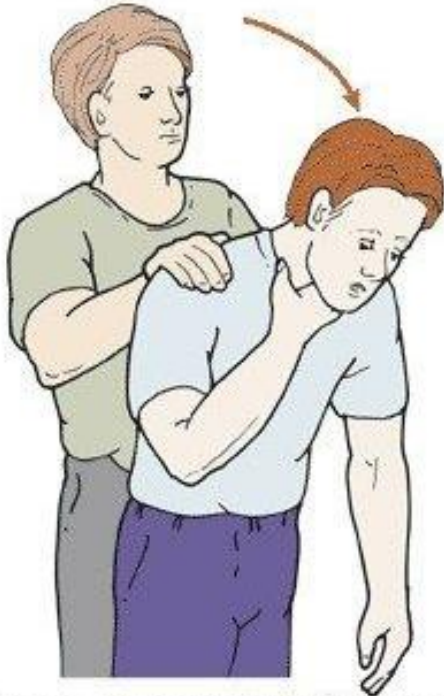
sossolteiros.com



1000LifeHacks.com

Fonte: [Google Imagens](https://www.google.com/imghp?hl=pt-br) - <https://www.google.com/imghp?hl=pt-br>

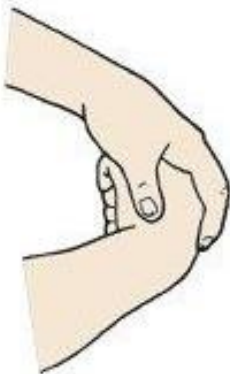
Com auxílio de alguém:



1. Avise a pessoa que tentará desengasgá-la, posicione-se por detrás dela e incline levemente seu tronco para frente.



2. Feche o punho em uma das mãos



3. Coloque os braços ao redor da pessoa e agarre o punho fechado com a outra mão na altura entre o umbigo e o osso externo do tórax.



4. Faça um movimento forte e rápido para dentro e para cima, quantas vezes for necessário.

A memória e a linguagem são aspectos que devem estimulados não apenas na DP, mas também durante todo o processo de envelhecimento.

Vamos ver como trabalhar isso?

Dinâmicas que envolvem a estimulação auditiva, tátil e cinestésica, atenção, concentração, funções executivas, memória olfativa, auditiva, visual, de trabalho, longo e curto-prazo e comunicação (oral, gestual e/ou escrita) são de extrema importância. Assim, jogos como Sudoku, Quem sou Eu, Origami, Provérbios e ditos populares, são algumas estratégias que estimulam a linguagem e memória³²



Nutricionista

A atuação do Nutricionista é fundamental e visa a manutenção do peso, ingestão dos nutrientes necessários e prevenção de constipação.

Alimente-se de:

- Vitaminas;
- Minerais;
- Fibras;
- Antioxidantes, incluindo flavonóides, que são encontrados em alimentos de origem vegetal³³.

Evite:

- Água não filtrada;
- Alimentos processados;
- Açúcar e substitutos do açúcar;
- Vegetais e frutas não orgânicos tratados com pesticidas e herbicidas;
- Alimentos ricos em gordura³³.

LEMBRE-SE DE CONSULTAR O
NUTRICIONISTA!

O uso da levodopa com alimentos proteicos pode interferir na absorção do medicamento, pois tanto ambos “brigam” pelo mesmo receptor no organismo³⁴.

Sendo assim, **não esqueça:**

Não beba o medicamento com leite ou derivados!

34

É importante manter o equilíbrio da quantidade de proteínas ao longo do dia!³⁴

Deve-se priorizar o consumo de proteína à noite, pois é quando há menor ingestão e efeito medicamentoso!

34

Evite a ingestão de levodopa próximo às refeições, tente respeitar um intervalo de 30 minutos antes ou 1 hora após.³⁴

Este profissional é indispensável na promoção e no desenvolvimento da autonomia e independência do paciente. Ele é capaz de permitir meios que favoreçam estes aspectos e facilita a execução de tarefas que fazem parte do cotidiano do indivíduo com a doença e seu cuidador³⁵.

DICAS!

Para evitar quedas no banho: banquinho no boxe do banheiro; adesivos ou antiderrapantes no piso do banheiro;

Vestir-se: escolher roupas fáceis de colocar; escolha sapatos fáceis de encaixar o pé;

Para facilitar o manuseio de utensílios e escrita: Engrossar o cabo da caneta ou do lápis assim como os talheres; utilizar copos e/ou xícaras com canudos ou adaptados para simplificar o uso.

Em casa: evite coisas que possam fazê-lo cair, como tapetes;

Para levantar da cama: deite de barriga para cima, dobre os joelhos, vire-se para o lado, levante seu corpo lateralmente com o auxílio de um braço enquanto coloca os pés para fora da cama, fique sentado e levante apoiando as mãos na cama.

Higiene: trocar desodorantes spray por desodorantes roll-on; fixar o sabonete em cordão ou substituir por sabonete líquido, elevar o assento do vaso sanitário e fixar barras de apoio para auxiliar ao levantar.

Outros: dar preferência ao telefone sem fio, utilizar pás de cabos longos para limpar a casa.³⁵

A aceitação do diagnóstico da doença, em alguns casos, é acompanhada por desequilíbrio emocional tanto do paciente, como de sua família. Entretanto, essas alterações podem ser minimizadas precocemente com a busca de um profissional capacitado, manutenção dos laços afetivos com familiares e amigos e, acima de tudo, buscando **viver bem com o Parkinson**³⁶.

DICAS!

- Procure atividades que sejam prazerosas e que te façam relaxar, como pintura, meditação;
- Cuide de sua autoestima, procure se relacionar com várias pessoas (amigos, familiares) e, se houver algo que lhe incomode, informe a alguém e jamais se isole, as pessoas estão prontas para te oferecer conforto;
- Não confunda cansaço e desmotivação, “bola pra frente!”;
- Durma bem!;
- Ouça músicas que goste;
- Tenha contato com a natureza;
- Tire um dia de folga, visite os amigos e/ou familiares, viaje, tenha um hobby e o pratique;
- Participe de grupos de apoio;
- Melhore o pensamento. Seja otimista!³⁷

**A SAÚDE MENTAL É O PRIMEIRO PASSO PARA
VIVER BEM, PROCURE UM PSICÓLOGO!**

Educador físico

O educador físico é responsável pelo estudo de atividades de aperfeiçoamento, manutenção ou reabilitação da saúde do corpo do ser humano e exerce importante papel na DP³⁸. Além da caminhada, indicamos a realização de:

DICAS!

- **1. Atividades aeróbicas:** realize atividades aeróbicas de intensidade moderada pelo menos 30 minutos diários em cinco dias da semana;
- 2. Fortalecimento muscular:** exercícios com peso (série de 10-15 repetições), de 8 a 10 exercícios que trabalhem os grandes grupos musculares, realizados de dois a três dias não consecutivos.
- 3. Flexibilidade:** todos os dias de atividades aeróbicas e de fortalecimento, realizar exercícios que estimulem a flexibilidade (alongamento), pelo menos 10 minutos (3 a 4 repetições, cada movimento, por 30 segundos)³⁸.

Enfermeiro

O enfermeiro é responsável por dar suporte assistencial, principalmente em relação às alterações advindas do processo de envelhecimento, de quadros somáticos, a condição da DP suas complicações e adaptação impostas pela doença. Além de direcionar seu cuidado de acordo com as necessidades do paciente e familiar frente à demanda física, cognitiva e comportamental.³⁹

Entre as manifestações bucais que acometem o indivíduo com DP, destacam-se: disfagia, xerostomia (boca seca), sialorreia (excesso de saliva), sensação de ardor oral, cárie e doença periodontal ⁴⁰.

Para estes três últimos a atuação odontológica é essencial!

Assim, as visitas ao dentista devem ser regulares, pois ele pode te auxiliar profilaxias e aplicação de verniz de flúor para evitar cáries, em tratamentos especializados e na adaptação de prótese dentária ⁴⁰.

E não se esqueça:

Escove os dentes;
Use fio dental;
E realize a limpeza das
próteses removíveis ⁴⁰.



Promover uma boa qualidade de vida não é difícil como muitos pensam. Seguem aqui outras dicas de atividades para estabelecer um bom convívio com a doença.

Acupuntura: atua no aumento do fluxo sanguíneo da região estimulada, auxiliando na coordenação motora e atenuando os tremores ⁴¹.

Pilates: atua na força, resistência e flexibilidade de membros superiores e inferiores, de flexibilidade de membros superiores e inferiores, podendo ser uma ferramenta eficaz na reabilitação de idosos parkinsonianos ⁴².

Musicoterapia: associada ao tratamento convencional, esta modalidade é capaz de auxiliar na qualidade de vida do indivíduo, possibilitando o aumento da autoestima, interação social, além do cuidado da saúde corporal e psicológica ⁴³.

Jogos eletrônicos: a realidade virtual pode contribuir na melhoria do equilíbrio corporal, capacidade funcional autoconfiança, qualidade de vida, além de habilidades cognitivas. ⁴⁴





O PAPEL DO CUIDADOR

O PAPEL DO CUIDADOR



Com a progressão da doença, o indivíduo com DP passa a necessitar de auxílio para suas atividades diárias que pode ser por meio de profissionais habilitados ou parentes/pessoas próximas, o que chamamos de cuidador.⁴⁵

Sabe-se que as mudanças geradas pela doença não são fáceis para quem convive, em especial ao cuidador, o qual se depara com mudanças significativas em sua rotina, carecendo também de cuidado.⁴⁵

Muitas vezes estas pessoas se deparam com sentimentos ruins, de culpa, tristeza, solidão, medo... Além do desgaste físico e mental. Esta sobrecarga pode levá-los ao adoecimento e interferir em sua qualidade de vida⁴⁵.

Assim, torna-se importante a identificação de fatores facilitadores e dificultadores presentes na vida de quem cuida, visando levá-lo a alcançar seu bem-estar mesmo em momentos difíceis, a caminho da transição saudável, além de traçar estratégias para lidar com a sobrecarga física e mental, evitando o risco de vivenciar uma transição da doença de forma difícil^{45,46}

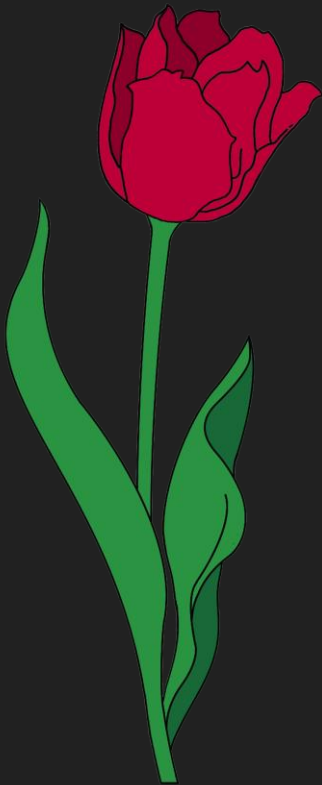
O papel do Cuidador

Nesse sentido, todos os profissionais de saúde que acompanham estes indivíduos devem concentrar sua atenção, também, aos cuidadores⁴⁶. Coping é um termo que se refere à enfrentamento, dessa forma, um estudo conduzido em Salvador – Bahia demonstrou algumas estratégias que podem auxiliar na assistência ao cuidador:

- Seja resiliente: ser resiliente é adaptar-se a situações estressantes em busca de um equilíbrio emocional. Logo, quando estiver estressado, chateado, busque fazer atividades que minimizem este sentimento, como andar, sentir o ar fresco;
- A espiritualidade também é um meio importante para auxiliar o indivíduo a lidar com situações atípicas;
- O lazer e a recreação também são capazes de mudar o foco do agente estressor. Assistir TV, ler, fazer artesanato são só algumas sugestões, mas o importante é buscar o que te faz bem;

Por fim, cuide de sua saúde e se consulte regularmente. Cabe ressaltar que neste capítulo, gostaríamos de deixar nosso **agradecimento a estes verdadeiros super heróis!**⁴⁷





CURIOSIDADES

CURIOSIDADES

A Associação Brasil Parkinson (ABP) foi criada em 1985, em São Paulo, baseada em uma entidade americana, pela parkinsoniana Marylandes Grossmann.

A ABP é responsável por atender portadores da doença de Parkinson com o auxílio de profissionais das áreas de fonoaudiologia, fisioterapia, massoterapia, educação física, odontologia, psicologia e nutrição. Além disso, conta com dança sênior, brinquedoteca e apoio psicológico ao cuidador.

Saiba mais: <http://www.parkinson.org.br/firefox/index.html>

O dia 11 de abril é considerado o Dia Mundial da DP, pois refere ao dia do aniversário do Dr. James Parkinson. Já em 04 de abril temos o Dia Nacional do Parkinsoniano. A tulipa vermelha foi adotada por algumas instituições como símbolo da doença, após um horticulturalista holandês, portador da doença de Parkinson, ter desenvolvido uma tulipa vermelha com branca e a nomeou de Tulipa “Doutor James Parkinson”.

Saiba mais: <http://www.precepta.com.br/blog/dia-mundial-da-doenca-de-parkinson>
<http://bvsm.s.saude.gov.br/ultimas-noticias/2653-04-4-dia-nacional-do-parkinsoniano>

Conhecendo mais a Associação Parkinson Brasília:

A Associação Parkinson Brasília conta com projetos de extensão de alunos da Universidade de Brasília. Muito é feito para a melhoria da qualidade de vida dos membros da APB, como palestras, oficinas e atividades de Canto CORAL. Confira algumas atividades:



Coronel Patto, Sra. Maria Laura e Sr. José Delphino em palestra com a Fga. Naira Pereira



Coronel Patto e Dra. Cristina Furia em palestra sobre disfagia



Atividades de Canto e Coral



Palestra com o Dr. Pedro Brandão



Sr. José Delphino e Dr. Juliana Lira em palestra Sobre linguagem e cognição

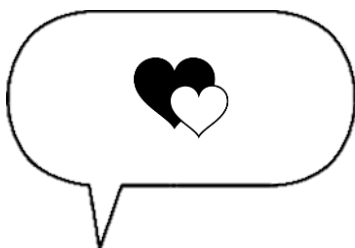


Atividades em grupo

Imagens: facebook.com/AssociacaoParkinsonBrasilia



RELATOS



- *“Eu tinha 50 anos quando comecei a sentir os primeiros sintomas. Começou com rigidez e pouca movimentação do braço esquerdo, depois o tremor. No início eu não entendia nada sobre a doença e então minha médica me indicou a APB” (J.F.F.B – indivíduo com DP).*
- *“Em casa eu escuto música, tenho um livro de pintura, faço caça-palavras, ando de bicicleta e tenho até redes sociais” (J.F.F.B – indivíduo com DP).*
- *“Eu procuro me exercitar, faço hidroginástica, musculação, pilates e caminhada. O importante é não ficar parado”(F.F.S – indivíduo com DP).*
- *“Olha, no início tudo era motivo de tristeza e choro, e eu nunca sabia o motivo. Procurei uma psicóloga e ela me encaminhou ao neuro, e foi aí que descobri a doença”(C.P.S – indivíduo com DP).*
- *“Eu fui me adaptando e acostumando, hoje faço acompanhamento físico e fono, faço caminhada, esteira e bicicleta” (C.P.S – indivíduo com DP).*
- *“Os primeiros sintomas que observei foram: desequilíbrio, tontura e rigidez. Não fiquei surpreso quando descobri e posso afirmar que minha qualidade de vida permanece a mesma (F.F.S – indivíduo com DP).*

- *Eu tive um problema nos olhos e procurei um oftalmologista e ele me encaminhou ao neuro, esperei passar o natal para saber o resultado” (I.R.C - indivíduo com DP).*
- *Eu procurei o médico quando começou o tremor, fiquei surpreso, mas agora quero continuar vivendo bem”(G.G.S – indivíduo com DP).*
- *“A pessoa que descobrir agora não pode se desesperar, porque não é o fim do mundo. Não tem cura, mas tem controle, e a família é essencial durante esta jornada” (J.F.F.B – indivíduo com DP).*
- *“O que adianta se desesperar se isso não vai resolver meu problema? Não é a doença que vai fazer viver bem, e sim a vontade de querer viver” (I.R.C – indivíduo com DP).*
- *“O que mais tem ajudado meu marido é a dieta e a atividade física intensiva” (A.M.S - cuidador).*
- *“Eu faço caminhada, me dedico à plantação e procuro viver de bem com a vida. Se dependesse de mim, chegaria aos 100 anos” (I.R.C – indivíduo com DP).*
- *“Como profissional de saúde, eu acho que a família e o cuidador são extremamente importantes para estimular a viver bem” (T.B.C – cuidador).*
- *“Ele faz hidroginástica, acupuntura e é acompanhado pelo fonoaudiólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Depois que ele começou na fono, a voz dele melhorou bastante. Ele gosta muito” (T.B.C – cuidador).*



1. Sveinbjornsdottir S. The clinical symptoms of Parkinson's disease. *Journal of neurochemistry* 2016 Out;139(1):318-24.
2. Barbosa MT, Caramelli P, Maia DP, Cunningham MCQ, Guerra HL, Lima-Costa MF, et al. Parkinsonism and Parkinson's disease in the elderly: A community-based survey in Brazil (the Bambuí Study). *Mov Disord* 2006 Jun;26(6):800-8.
3. Pringsheim T, Jette N, Frolkis A, Steeves TDL. The prevalence of Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov Disord* 2014 Jun;29(13):1583-90.
4. Hirsch L, Jette N, Frolkis A, Steeves T, Pringsheim T. The Incidence of Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology* 2016 Mai;46(4):292–300.
5. Sadek RM et al. Parkinson's Disease Prediction Using Artificial Neural Network. *International Journal of Academic Health and Medical Research (IJAHMR)* 2019 Jan;3(1):1-8.
6. Brandão PRDP, Grippe TC. Impacto dos sintomas não motores e qualidade de vida na doença de Parkinson. Brasília:Omnifarma;2018.
7. Sauerbier A, Jenner P, Todorova A, Chaudhuri KR. Non motor subtypes and Parkinson's disease. *Park Relat Disord* [Internet] 2016 Jan;22(1):41-6.
8. da Costa FP, Diaféria G, Behlau M. Communicative aspects and coping strategies in patients with Parkinson's disease. *Codas* 2016 Fev;28(1):46–52.
9. Juste FS, de Andrade CRF. Speech fluency profile on different tasks for individuals with Parkinson's disease. *Codas* 2017 Jul;29(4):1–7.
10. Rocha MSG, Andrade LAF, Ferraz HB, Borges V. Discinesias Induzidas Por Levodopa Em 176 Pacientes Com Doença De Parkinson. *Arq Neuropsiquiatr* 1995 Dez; 53(4):737–42.
11. da Silva DJ, Fen CH, Coletta MV Della. Transtornos do movimento: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: omnifarma; 2016.
12. Barbosa ER, Ferraz HB, Tumas V e colaboradores. Transtornos do Movimento: Diagnóstico e Tratamento. Volume I. São Paulo: omnifarma; 2013.

13. Barbosa ALG et al. Avaliação da deglutição e o impacto na qualidade de vida em pacientes com Doença de Parkinson. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020 ;12(4):e2929.
14. Braak H, Rüb U, Gai WP, Del Tredici K. Idiopathic Parkinson's disease: possible routes by which vulnerable neuronal types may be subject to neuroinvasion by an unknown pathogen. *Journal of Neural Transmission*. 2003 Mar;110(5):517-36.
15. Braak H, Tredici KD, Rüb U, de Vos RAI, Jansen Steur ENH, Braak E. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. *Neurobiology of Aging*. 2003 Mar;24(2):197-211.
16. Mu L, Sobotka S, Chen J, Su H, Sanders I, Adler CH, et al. Altered pharyngeal muscles in Parkinson disease. *Journal of neuropathology and experimental neurology*. 2012 Jun;71(6):520-30.
17. Umemoto G, Tsuboi Y, Kitashima A, Furuya H, Kikuta T. Impaired food transportation in Parkinson's disease related to lingual bradykinesia. *Dysphagia*. 2011 Ago;26(3):250-5.
18. Ayres A, Jacinto-Scudeiro LA, Olchik MR. Instrumentos de avaliação clínica para disfagia orofaríngea na doença de Parkinson: revisão sistemática. *Audiology-Communication Research* 2017 Set;22:1-6.
19. Ike D. Análise da incidência de quedas e a influência da fisioterapia no equilíbrio e na instabilidade postural de pacientes com Doença de Parkinson. *Fisioterapia Brasil* 2017 Set;9(1):4-8.
20. da Mata FAF, Barros ALS, Lima CF. Avaliação do risco de queda em pacientes com doença de Parkinson. *Rev Neurociencias* 2008;16(1):20-4.
21. da Silva DJ, Fen CH, Coletta MV Della. Transtornos do movimento: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. São Paulo: omnifarma; 2016.
22. Brandão P, Grippe TC, Modesto LC, Ferreira AGF, Da Silva FM, Pereira FF, et al. Decisions about deep brain stimulation therapy in Parkinson's disease. *Arq Neuropsiquiatr* 2018 Jun;76(6):411-20.
23. Capato TTC, Domingos JMM, Almeida LRS. Versão em Português da Diretriz Europeia de Fisioterapia para a Doença de Parkinson: Desenvolvida por vinte associações profissionais europeias e adaptada para Português Europeu e do Brasil [Internet]. 1ª ed, São Paulo: omnifarma; 2015.
24. Silva KMR, Pela SM. Atuação interdisciplinar de fisioterapia e fonoaudiologia a pacientes com Doença de Parkinson. *UNILUS Ensino e Pesquisa* 2019 Abr;16(43):219-23.

25. Strouwen C, Molenaar EALM, Múnks L, Keus SHJ, Zijlmans JCM, Vandenberghe W, Bloem BR, Nieuwboer A. Training dual tasks together or apart in Parkinson's disease: Results from the DUALITY trial. *Mov Disord*. 2017 Aug;32(8):1201-1210.
26. Bichara IM et al. Educação e medidas não farmacológicas que promovem uma boa qualidade do sono: uma necessidade emergente para os idosos. *Revista Brasileira de Extensão Universitária* 2019 Fev;10(1):35-42.
27. Lobo, B. P. L., Madazio, G. M. V., Badaró, F. A. R., & Behlau, M. S. Risco vocal em pastores: quantidade de fala, intensidade vocal e conhecimentos sobre saúde e higiene vocal. *CoDAS* 2018 Out;30(2):1-6.
28. Cesa Carla Ciceri, Mota Helena Bolli. Comunicação suplementar alternativa: da formação a atuação clínica fonoaudiológica. *CEFAC* 2017 Dec; 19(4): 529-538.
29. Clark HM. Neuromuscular treatments for speech and swallowing: A tutorial. *American Journal of Speech - Language Pathology* 2003 Nov;12(4):400-15.
30. Zimmerman E, Carnaby G, Lazarus CL, Malandrakid GA. Motor Learning, Neuroplasticity, and Strength and Skill Training: Moving From Compensation to Retraining in Behavioral Management of Dysphagia. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2020 Jul;29:1065–77.
31. Burkhead LM, Sapienza CM, Rosenbek JC. Strength-Training Exercise in Dysphagia Rehabilitation: Principles, Procedures, and Directions for Future Research. *Dysphagia* 2007; 22:251–265.
32. Arakawa-Belaunde, A. M., Góes, B. P., Krug, B. V., Cardoso, L., & Amorim, M. S. de. Estimulação da memória e comunicação de idosos: relato de experiência com base na promoção da saúde. *Revista Kairós- Gerontologia* 2019, 22(2):607-620.
33. Lister T. Nutrition and Lifestyle Interventions for Managing Parkinson's Disease: A Narrative Review. *J Mov Disord* 2020 Mai; 13(2):97-104.
34. Carmo TPS, Ferreira CCD. Avaliação nutricional e o uso da levodopa com refeições proteicas em pacientes com doença de Parkinson do município de Macaé, Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* 2016 Mar; 19(2):223-34.
35. Elisa A, Santos V, Ruiz CR, Prado N, Francisco F. O Uso De Atividades Em Terapia Ocupacional No Tratamento Do Mal de Parkinson. *X Encontro Lat Am Iniciação Científica e VI Encontro Lat Am Pós-Graduação* 2002;859-62

36. de Faria LLF, Lima PMR, Silva NLP. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice. *Rev Pesqui e Práticas Psicossociais* [Internet] 2019 Jan;14(1):1-18.
37. Castilho T. *Almanaque saúde do Alzheimer e Parkinson*. I ed. Lopes J, organizador. Bauru - SP; 2017.
38. Ruíz AAB. Envelhecimento, atividade física e saúde. *Envelhecimento & Saúde* 2009 Abr;(47):76-9.
39. Tosin MHS et al. Intervenções de Enfermagem para a reabilitação na doença de Parkinson: mapeamento cruzado de termos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2016 Ago;24:1-8.
40. Machado BB, Piazero C. Doença de Parkinson e odontologia: uma revisão de literatura narrativa. *Revista Ceuma Perspectivas* 2017;30(1):193-212.
41. Santos EF, Santana CA, Lordelo R. A acupuntura enquanto auxiliar na promoção da qualidade de vida na terceira idade. *e-Revista Facitec* 2020;11(1):1-15.
42. do Carmo VS et al. Aptidão física de idosos com doença de Parkinson submetidos à intervenção pelo método Pilates. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2017 Abr;14(2):183-194.
43. dos Santos FR, Coronago VMMO. Uso da Musicoterapia como Terapia Alternativa no Tratamento da Doença de Parkinson. *ID on line Revista de psicologia* 2017 Mai;11(35):341-60.
44. Severiano MIR et al. Effect of virtual reality in Parkinson's disease: a prospective observational study. *Arquivos de neuro-psiquiatria* 2018 Fev;76(2):78-84.
45. Padovani C et al. Ser cuidador de pessoas com a doença de parkinson: situações vivenciadas. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2018;71(6):2628-34.
46. Nunes SFL et al. Fatores determinantes na transição situacional de familiares cuidadores de idosos com doença de Parkinson. *Texto & Contexto-Enfermagem* 2019 Abr;28:1-13.
47. de Oliveira Guimarães, Frank Evilácio, et al. Coping of elderly Brazilian caregivers in face of the burden of care. *Brazilian Journal of Development* 2020 Mai;6(5):26825-26838.

O MANUAL

Este manual foi fruto do trabalho de conclusão de curso de Fonoaudiologia da aluna Naira Rúbia Rodrigues Pereira sob orientação da professora Dra. Cristina Lemos Barbosa Furia, que surgiu a partir do interesse da Associação Parkinson Brasília em substituir o informativo utilizado anteriormente. Ele tem como objetivo divulgar o cuidado e conhecimento sobre indivíduos com a Doença de Parkinson, com uma visão técnica simplificada e relatos dos próprios pacientes, auxiliando a todos os interessados. Para isso, realizamos uma atualização para sua divulgação em e-book.

Agradecemos a Associação Parkinson Brasília pela recepção dada aos autores, em especial ao fundador Coronel Carlos Aníbal Pyles Patto, ao José Carlos Delphino e à Maria Laura Patto. Além dos profissionais: fisioterapeuta Profa Dra. Ana Clara Bonini Rocha e Prof Dr. Eduardo Magalhães da Silva, responsáveis pelos projetos de extensão UnB e primeiro contato com a Associação, à fonoaudióloga Profa Lucia Figueiredo Mourão, ao LabED e ao médico neurologista Dr. Pedro Renato de Paula Brandão pelo apoio e fornecimento de materiais bibliográficos, e à Fga. Dra. Leticia Corrêa Celeste por apoiar a publicação deste material.





**Dra. Cristina Lemos
Barbosa Furia**

Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração - Bauru, Mestre e Doutora em Ciências Fisiopatologia Experimental e Oncologia Universidade de São Paulo. Atualmente é membro do corpo editorial “Communication Disorders (CoDAS)” e “Audiology Communication Research” (ACR) e parecerista ad hoc da Revista dos Distúrbios da Comunicação (DIC). Profa. Adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Brasília (UnB-FCE), coordenadora da LAFO Fononcologia-UnB, membro da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia SBFa e Dysphagia Research Society (DRS). Pesquisadora colaboradora LabED-Unicamp e LICEP-Inca. Certificada pelo curso “Principles and Practice of Clinical Research Program” em Havard T.H. Chan School of Public Health.



**Esp. Naira Rúbia
Rodrigues Pereira**

Fonoaudióloga graduada pela Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia – UnB/Fce, especialista em Terapia Intensiva pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás - HC/UFG, cursou Aperfeiçoamento em Fonoaudiologia nas Disfagias: do Hospital ao Home Care pela Faculdade CEAFI. Atualmente é mestranda no Programa de Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília - UnB. Pesquisadora na linha de pesquisa Comunicação Humana e seus Distúrbios, Disfagia, e Fonoaudiologia Hospitalar. Capacitação em Laserterapia para Fonoaudiólogos - Sávio Bastos Laser e Saúde.

Não indicamos o uso dos medicamentos sem prescrição médica.

Todas as ilustrações não referenciadas são elaboradas/propriedade dos autores



“Este manual, seria bom divulgar para toda a família... Porque uma das coisas que mais ajudam é carinho, o afeto, não apenas o medicamento”.

(C.P.S – indivíduo com Parkinson)