



Modalidade do trabalho: Relato de experiência
Evento: 2011 JE - XII Jornada de Extensão

ESTUDO DE CASO DE UM PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON¹

**Dagmar Scholl Lauter², Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz³, Marli Maria Loro⁴,
Jordana Subutzki⁵, Daiane de Oliveira⁶, Simone Mathione Mertins⁷.**

¹ PROJETO DE EXTENSÃO REALIZADO NO CURSO DE ENFERMAGEM

² Estudante do Curso de Enfermagem da Unijui do Departamento de Ciências da Vida (DCVida).

³ Professora, Mestre, Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp, Docente do Departamento DCVida da Unijui. Coordenadora do Projeto de Extensão intitulado Atenção de Enfermagem na Reabilitação Física.

⁴ Professora, Mestre, Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp, Docente do Departamento DCVida da Unijui. Coordenadora do Projeto de Extensão intitulado Atenção de Enfermagem na Reabilitação Física.

⁵ Estudante do Curso de Enfermagem da Unijui do Departamento de Ciências da Vida (DCVida).

⁶ Estudante do Curso de Enfermagem da Unijui do Departamento de Ciências da Vida (DCVida).

⁷ Estudante do Curso de Enfermagem da Unijui. Bolsista PIBEX do projeto.

Resumo

Este estudo objetiva relatar experiências vivenciadas por bolsistas voluntárias do projeto de extensão intitulado: Atenção de Enfermagem na Reabilitação Física desenvolvido por professores e acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de caso realizado mediante visita domiciliar a um paciente com diagnóstico de Doença de Parkinson. Foi realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio da consulta de enfermagem a qual compreende os seguintes passos metodológicos: Histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial ao paciente extensivo aos familiares. A realização deste estudo proporcionou maior conhecimento sobre a patologia qualificando assistência de enfermagem.

Introdução

O presente estudo faz parte do projeto de extensão Atenção de Enfermagem na Reabilitação Física, em que o mesmo tem por objetivo identificar as necessidades mediatas e imediatas dos aspectos relacionados ao processo saúde/doença, os quais são de competência do profissional enfermeiro, bem como intervir sobre os fatores por meio de ações em saúde. Pretende também, desenvolver atividades que envolvam o paciente e sua família objetivando maior adesão no processo de reabilitação física. Nesse contexto, faz-se imprescindível o desenvolvimento de atividades grupais e a interação da equipe multidisciplinar. A partir desse estudo busca-se implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), e qualificar o conhecimento, por meio de busca bibliográfica sobre a patologia em questão.

Metodologia





Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: 2011 JE - XII Jornada de Extensão

Estudo de caso, realizado por meio da SAE, seguindo os passos metodológicos, como o histórico de saúde que englobou a entrevista, exame físico, estudo da patologia envolvida, diagnósticos de enfermagem, a partir do levantamento de problemas identificados, segundo Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (Nanda 2009/2011), por fim a elaboração do plano de cuidados individual, extensivo à família. Para realização do estudo de caso, foi solicitada a autorização do paciente, ressaltando que será preservada a identidade do sujeito. A autorização do estudo foi realizada de forma verbal pelo paciente.

Resultados e Discussão

Estudo de caso realizado mediante consulta de enfermagem (CE) domiciliar com paciente integrante da Unijuí Saúde de um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Paciente, sexo masculino, 66 anos, aposentado, exercia profissão de motorista, casado, católico, morador de área urbana, com diagnóstico médico de Doença Parkinson (DP) há 16 anos. Em relação ao perfil de saúde/doença refere que apresentou câncer de pele na região torácica posterior no ano de 2009 e câncer de pele na face no ano de 2011. Realizou cirurgia de hérnia umbilical em 2001. Relata história familiar de hipertensão arterial sistêmica e nega alergias a medicamentos, alimentos ou outros. Realiza tratamento com psiquiatra em virtude de surto psicótico que teve há quatro anos. Faz uso de prótese dentária superior e inferior e uso de óculos. Em relação aos hábitos, conta que foi etilista por 30 anos, entretanto, parou há 16 anos. Relata sono regular. Tem como atividades de lazer leituras e assistir televisão. Costuma realizar seis refeições por dia. Eliminação vesical presente, e adequada e intestinal apresenta obstipação com frequência de uma vez na semana com uso de laxantes. Em relação à interação social, paciente prefere ficar sozinho, apresentando isolamento social, referindo dificuldades auditivas. Quando necessita tomar decisões, resolver problemas costuma pedir ajuda para familiares e amigos. Paciente relata conhecimento satisfatório em relação ao seu problema de saúde. Refere que para exercer o seu auto cuidado, em muitas das atividades necessita de ajuda. Possui recursos financeiros para tratamento médico e convênio de saúde. Ao exame físico, apresentava sinais vitais dentro dos parâmetros normais. Deambulando com dificuldade, diminuição da força motora, perda do equilíbrio, tremores em membros superiores e inferiores sendo estes acentuados em membros superiores. Apresenta diminuição da acuidade visual. Acuidade auditiva diminuída percebida na conversação. Faz uso de próteses dentárias. Apresenta abdome globoso com presença de ruídos hidroaéreos. Membros superiores com pulsos periféricos palpáveis com diminuição da força motora. A partir das informações obtidas na consulta de enfermagem, entrevista, exame físico, foi realizado o estudo das patologias e medicações envolvidas.

A DP é um dos distúrbios do movimento mais encontrados na população idosa, costuma se iniciar entre 40 e 70 anos, com um pico aos 60 anos, entretanto, pode-se encontrar pacientes com início da doença precoce, antes dos 40 anos e até mesmo abaixo dos 21 anos de idade. Está entre as doenças neurológicas mais comuns e têm uma prevalência estimada entre 85 e 187 casos por 100.000 pessoas podendo ocorrer em ambos os sexos, porém com uma maior frequência no sexo masculino (MENESES; TEIVE 1996; ROYDEN 2006). Por a DP



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: 2011 JE - XII Jornada de Extensão

ser uma doença crônica e neurodegenerativa, pode desencadear comprometimento físico, social, mental e econômico e ainda o psicológico, a fala e a comunicação interferindo na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e de seus familiares (NAVARRO-PETERNELLA e MARCON, 2010). A causa da DP ainda permanece desconhecida. A doença cursa com uma perda progressiva de células da substância negra do mesencéfalo (MENESES. TEIVE, 1996). As células nervosas da substância negra produzem o neurotransmissor dopamina e contém um pigmento escuro chamado neuromelanina. Após a morte de cerca de 60% dessas células, surgem os sintomas da DP. Quando há a morte desses neurônios dopaminérgicos diminui o número de terminações nervosas e esse déficit causa a rigidez e a acinesia, conhecidos como dois sintomas clássicos da patologia (ROYDEN, 2006).

Em relação ao diagnóstico, o mesmo deve ser realizado por exclusão. Após a descrição dos sintomas e dos medicamentos utilizados realizam-se alguns exames. Segundo STEIDL et al, 2007 para estabelecer o diagnóstico deve ser concluído que não há outra doença afetando o indivíduo. Em relação às manifestações clínicas, os quatro principais sinais da DP são a bradicinesia, rigidez, tremor e distúrbios da marcha. A bradicinesia é o sintoma mais debilitante e consiste em uma dificuldade em iniciar o movimento. A rigidez caracteriza-se pela resistência a movimentos passivos em toda a extensão do movimento, tanto nos músculos flexores como nos extensores. A combinação de rigidez e bradicinesia induz endurecimento, fraqueza e fadiga, sintomas que preocupam muitos pacientes (ROYDEN, 2006). O tremor ocorre em 75% dos casos, progride lentamente e pode manifestar-se em apenas um dos lados do corpo. Estes se desenvolvem comumente nos membros, mas podem ser vistos na mandíbula e língua (STEIDL et al, 2007). Os distúrbios da marcha, instabilidade postural ou ambos tendem a ocorrer nos estágios mais tardios da doença de Parkinson. Sua principal característica é o deslocamento do centro da gravidade, que leva a quedas para frente (propulsão) ou para trás (retropulsão) e uma marcha festinante (passos curtos e lentos) (ROYDEN, 2006).

Muitos também podem apresentar dermatite seborréica, hiposmia e distúrbios do sono, hipotensão ortostática, déficit de motilidade gastrointestinal, disfunção vesical e sexual e distúrbios na termorregulação (ROYDEN, 2006). Cerca de 40% dos pacientes sofrem de depressão maior e até 40% de ansiedade. Alucinações visuais, psicose e sonhos agitados a noites são comuns nas fases tardias da doença (ROYDEN, 2006). A convivência diária com as dificuldades dos movimentos, alteração da marcha, falta de equilíbrio, entre outras, causam grande estresse no ambiente familiar, porque não é só o indivíduo com Parkinson que vivencia este novo ritmo de vida, mas também os familiares (NAVARRO-PETERNELLA, 2010). Para se avaliar os estágios da doença e realizar uma avaliação quantitativa da gravidade foram criadas escalas como a de Hoehn e Yarh que classificam doença nos seguintes estágios: Estágio I: Doença Unilateral, Estágio II: Doença bilateral com reflexos posturais intactos, Estágio III: Doença bilateral com distúrbio dos reflexos posturais, mas o paciente permanece capaz de andar sem ajuda, Estágio IV: Doença grave, com necessidade de uma assistência; Estágio V: Doença terminal, confinamento ao leito ou a cadeira de rodas (ROYDEN, 2006).



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: 2011 JE - XII Jornada de Extensão

O tratamento para a DP visa melhorar seus sintomas e retardar sua progressão. Pode ser dividido em não-farmacológico, farmacológico e cirúrgico (ROYDEN, 2006). Os medicamentos mais usados são os colinérgicos, que atravessarão a barreira hemato-encefálica. Eles contêm levodopa, que, no sistema nervoso, é convertida em dopamina pela enzima dopa-descarboxilase, com a combinação de outro fármaco que impede seu metabolismo fora do cérebro – como a fluoxetina e a sertralina (STEIDL et al, 2007). O tratamento cirúrgico está indicado de acordo com as condições clínicas do doente, no estado evolutivo da doença e em sua resposta ao tratamento medicamentoso. Independente das medidas terapêuticas clínicas ou cirúrgicas, a DP evolui progressivamente, então o tratamento cirúrgico apenas representa uma melhora da qualidade de vida dos pacientes. Além do tratamento farmacológico e cirúrgico, é necessário acompanhamento de outros profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas, e o interminável acompanhamento de um médico neurologista, formando um tratamento multidisciplinar, que ajudará os portadores a manterem uma melhor condição de vida (STEIDL et al, 2007). Logo após foi realizado o levantamento de problemas e os diagnósticos de enfermagem com base em NANDA (2009/2011) e elaborado o plano de cuidados e as intervenções de enfermagem frente ao paciente e familiares. Os diagnósticos elencados foram: Percepção sensorial perturbada relacionado a recepção sensorial alterada evidenciado por mudança na acuidade sensorial (auditivo); Interação social prejudicada relacionada a barreiras de comunicação evidenciado por desconforto em situações sociais; Déficit no autocuidado para banho relacionado a prejuízo neuromuscular evidenciado por incapacidade de pegar os artigos para banho; Déficit no auto cuidado para vestir-se relacionado a prejuízo neuromuscular evidenciado por capacidade prejudicada de colocar vestuários necessários; Constipação relacionada a ingesta insuficiente de líquidos e fibras evidenciado por frequência diminuída; Mobilidade física prejudicada relacionado a prejuízos neuromusculares evidenciado por mudança na marcha e tremor induzido pelo movimento.

Dentre as orientações e prescrições, podemos destacar, administrar os fármacos nos horários recomendados, oferecer apoio ao cliente e familiar, usar gestos para auxiliar na comunicação, orientar para realizar as atividades de autocuidado, quando apresentar tremores graves, orientar para sentar em uma cadeira e usar os braços para manter-se estável, estimular a ingesta de líquidos e frutas que contenham fibras, realizar caminhadas leves com acompanhante, proporcionar períodos de descanso entre as atividades, remover tapetes para evitar acidentes, orientar o cliente para usar roupas adaptadas com zíperes ou velcros.

Conclusões

A realização deste estudo de caso, por meio da CE com o paciente no domicílio e posterior estudo da literatura sobre a patologia contribuiu de forma positiva para a formação acadêmica ampliando o conhecimento acerca da patologia estudada. Esta experiência contribuiu ainda com a formação acadêmica dos integrantes do grupo de extensão Atenção de Enfermagem em Reabilitação Física e para conhecimento mais aprofundado dos profissionais



Modalidade do trabalho: Relato de experiência

Evento: 2011 JE - XII Jornada de Extensão

de saúde permitindo uma visão holística e possibilitando ações e cuidados mais efetivos com pacientes e familiares.

Referências

Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011 Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENESES, : Murilo S. ,TEIVE, Hélio Afonso G. Doença De Parkinson. Aspectos Clínicos e Cirúrgicos. Editora Guanabara Koogan S. A., RJ, 1996.

PETERNELLA, Navarro FM., MARCON, S. S. A Convivência com a Doença de Parkinson na Perspectiva do Parkinsoniano e seus Familiares. Rev Gaúcha Enferm. v.31, n.3, p.415-22, 2010.

ROYDEN, Jones Jr. Neurologia de Netter. Editora Artmed, Porto Alegre, 2006.

STEIDL, Eduardo Matias dos Santos, ZIEGLER, Juliana Ramos., FERREIRA, Fernanda Vargas. Doença de Parkinson : Revisão Bibliográfica Disc. Scienti. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 115-129, 2007.