



DOENÇA DE PARKINSON

O QUE PRECISO SABER

Dra Josecy Peixoto

Médica Geriatria do CREASI/SESAB

Fga Laiana Reis

Fonoaudióloga do CREASI/SESAB



SÍNDROME PARKINSONIANA



BRADICINESIA: Lentidão de movimento com decréscimo na amplitude/ velocidade ou hesitações/paradas progressivas à medida que os movimentos são continuados.

RIGIDEZ: Resistência, independente da velocidade, ao movimento passivo das principais articulações, enquanto o paciente está em posição relaxada

TREMOR: O tremor é de repouso (4 a 6 Hz) e é suprimido quando inicia o movimento.

DROGAS QUE INDUZEM PARKINSONISMO



Antipsicóticos

Antieméticos

Bloqueadores de canais de calcio

DOENÇA DE PARKINSON

ESTABELECIDO

Presença de parkinsonismo

Nenhum critério de exclusão

Sem red flags

Pelo menos 2 critérios de suporte

PROVÁVEL

Presença de parkinsonismo

Nenhum critério de exclusão

Proporção entre o número de critérios
de suporte e red flags

Resposta a drogas dopaminérgicas

Discinesias por levodopa

Tremor de repouso unilateral

Alterações de olfato

Sinais de denervação simpática cardíaca na cintilografia por MIGB

- **Rápida progressão do deficit motor com evolução em 5 anos para cadeira de rodas**
- Ausência completa de progressão dos sinais e sintomas motores e não motores ao longo de 5 ou mais anos, a menos que esteja relacionada ao tratamento (restritas a MMII)
- **Precoce disfunção bulbar: disartrofonía, disfagia dentro dos primeiros 5 anos.**
- **Disfunção respiratória: estridor inspiratório ou suspiros inspiratórios frequentes.**
- **Disfunções autonômicas severas nos primeiros 5 anos: hipotensão ortostática e alterações urinárias (excluindo outras causas para ambos).**
- **Quedas recorrentes por instabilidade nos primeiros 3 anos**
- **Parkinsonismo simétrico referido pelo paciente ou cuidador e observado em exame**



EPIDEMIOLOGIA

✘ Fatores de risco

História familiar e idade avançada

Trauma

Exposição a pesticidas

Excesso de peso



Prevalencia

0,3% > 40 anos

Incidência 8 a 18,6 por
1000 pessoas/ano.

Prevalência masculina.



Fatores de proteção

Tabagismo - 2x menor

Cafeina

Exercício

Ibuprofeno, estatinas

Antagonistas alfa adrenérgicos

TIPOS SUBCLÍNICOS

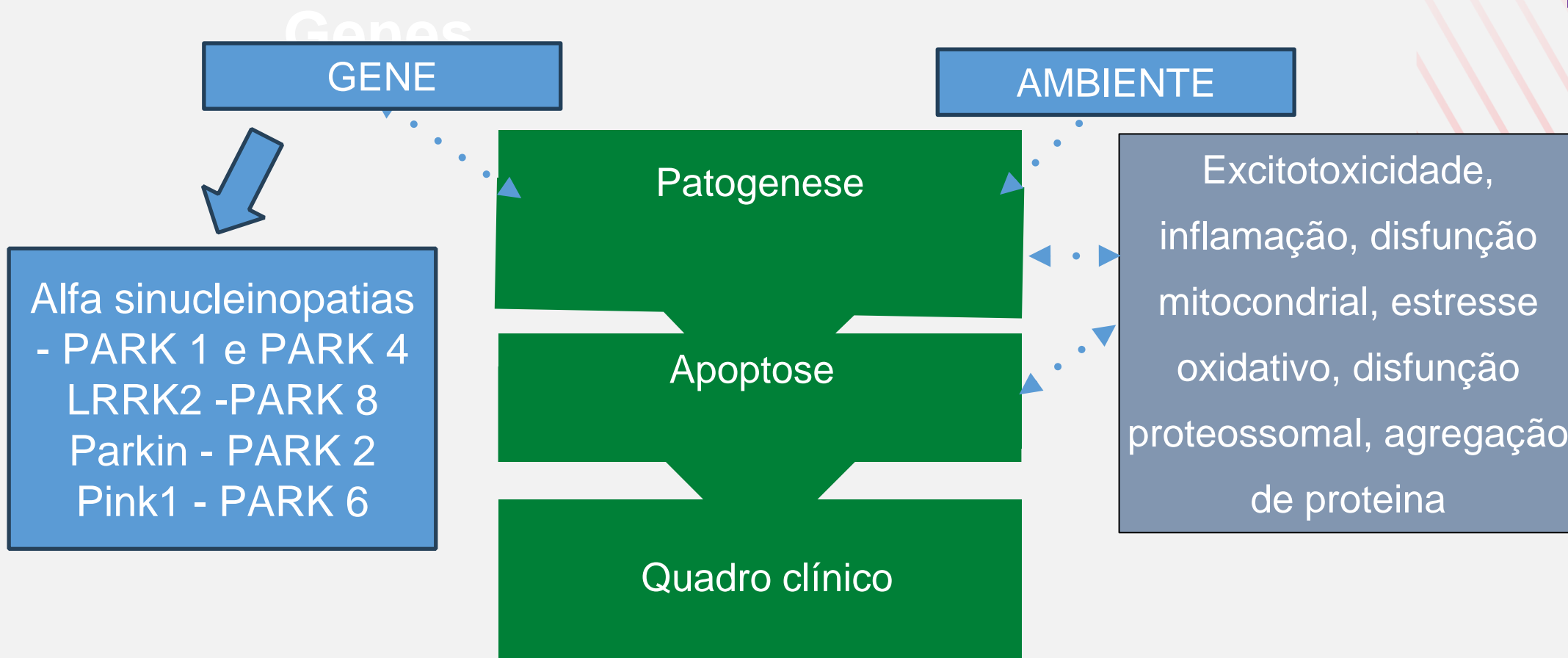
TREMOR
DOMINANTE

RÍGIDO
ACINÉTICO

MISTO

PIGD:
ALTERAÇÃO
ESTRUTURAL e
MARCHA

FISIOPATOGENIA

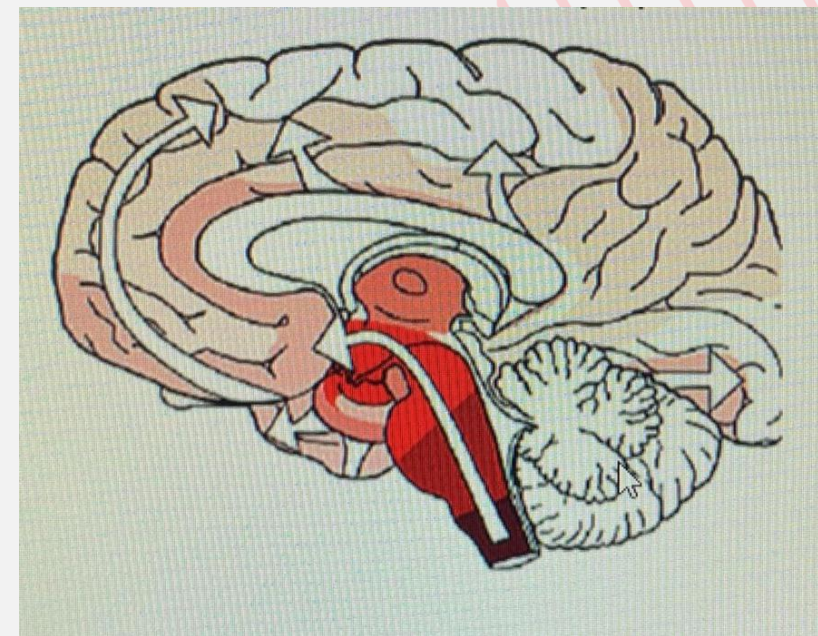


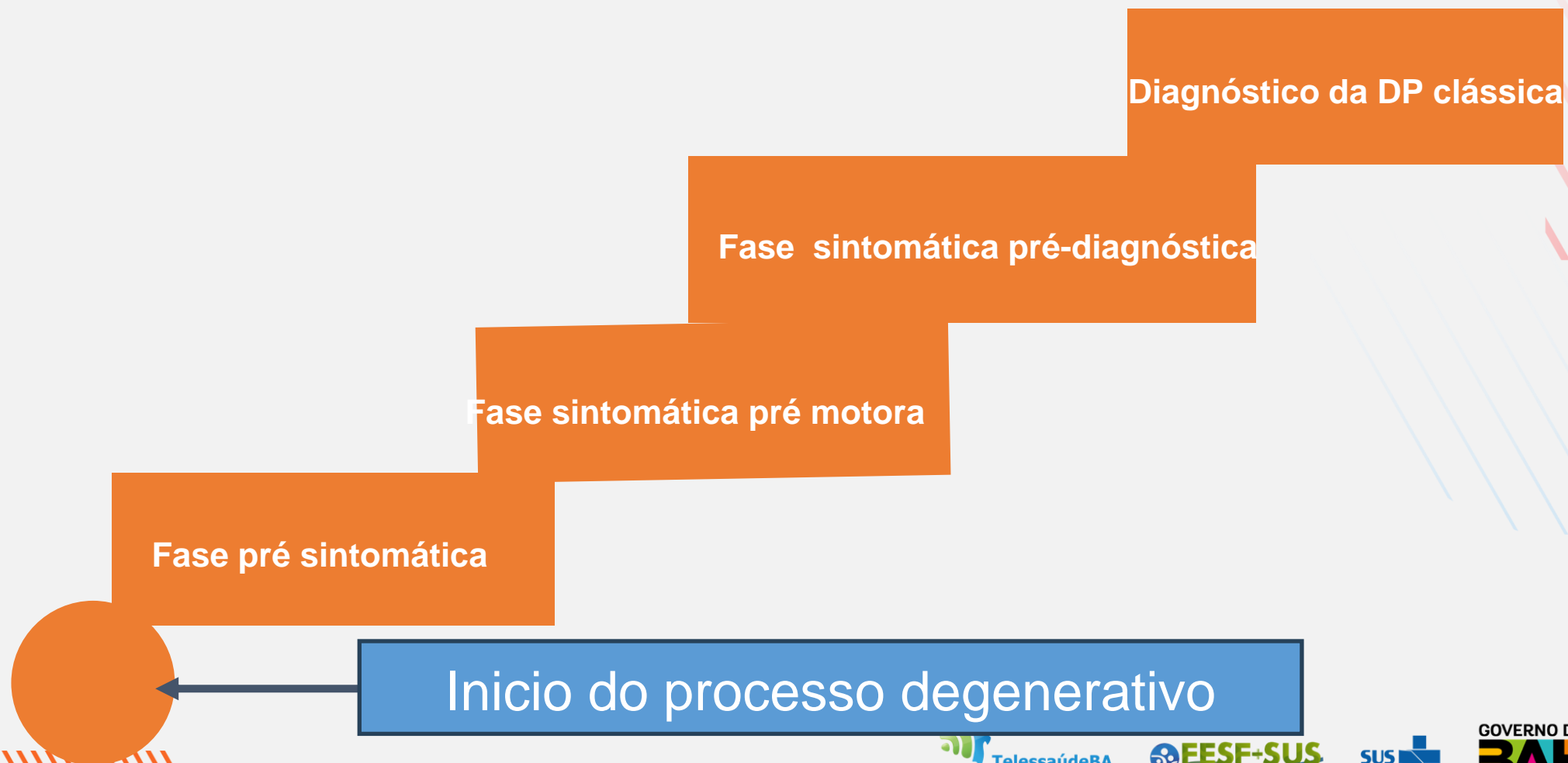


Perda neuroniosdopaminérgicos
da substância negra

Depleção de dopamina nos ganglios da base :
substância negra, corpo estriato (caudado e
putamen), globo pálido , nucleo subtalâmico e
tálamo.

Interrupções na conexões com o tálamo
(inibição) e fraca conexão com cortex motor





SINTOMAS PRÉ MOTORES



01

DEFICIT OLFATIVO

02

DISTURBIO
COMPORTAMENTAL DO
SONO REM

03

ALTERAÇÕES
COMPORTAMENTAIS

04

CONSTIPAÇÃO

05

PERDA DE PESO

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MOTORAS



01	TREMOR DE REPOUSO- 70-80% 3-7HZ	Tremor do tipo contar moedas . Pode estar presente com manobras posturais /ação. Paciente pode relatar tremor interno. Inicia unilateralmente na mão
02	BRADICINESIA	Principal causa de incapacidade. Descrição é difícil. Prejudica a destreza manual Marcha arrastada e passos curtos e dificuldades de mobilização. Congelamento e festinação
03	RIGIDEZ 75-90%	Inicia do mesmo lado do tremor. Assimétrica. Pode afetar qualquer parte - dor
04	INSTABILIDADE POSTURAL	Sensação de desequilíbrio. Tardia Menor resposta às terapias

OUTRAS MANIFESTAÇÕES MOTORAS



Hipomimia

Piscadas espontâneas

diminuídas

Alterações da fala

disfagia

Sialorreia

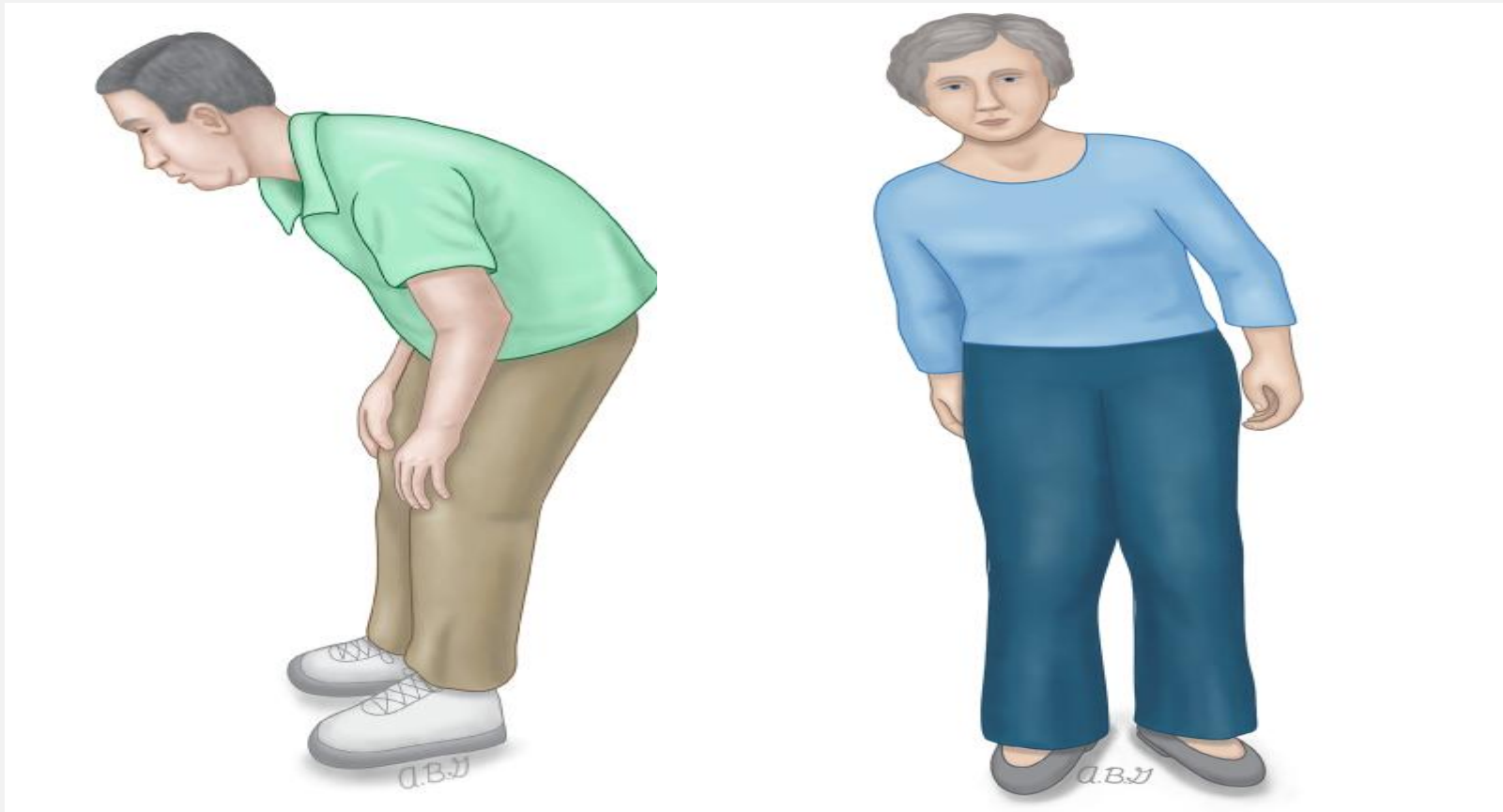
Micrografia

Distonia

Mioclonia

Camptocormia

Sind. de Pisa



UpToDate© 2024, Inc. and/or its affiliates

- Escala Hoehn e Yahr

Avalia a progressão da doença e ainda serve como base para a definição dos diferentes estágios da doença de Parkinson

- Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson

<https://www.movementdisorders.org/MDS/MDS-Rating-Scales/MDS-Unified-Parkinsons-Disease-Rating-Scale-MDS-UPDRS.htm>

Aspectos não motores da vida diária

Aspectos motores da vida diária

Avaliação motora

Complicações motoras

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO



- Educação - Organizações de suporte
- Grupos de apoio/ psicologia / terapia ocupacional
 - Fisioterapia / exercícios físicos
 - Fonoaudiologia
 - Nutrição
 - Meditação ou Ioga

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Sintomático

O efeito da doença na mão dominante

O grau de interferência na funcionalidade

Presença de bradicinesia significativa ou distúrbio de marcha

Preferências do paciente em relação ao uso de medicamentos

→ **Idade**

TRATAMENTO



IMAO B

- Selegilina , rasagilina e safinamida

Agonistas dopaminérgicos

- Pramipexol, ropinirol, rotigotina

Levodopa + carbidopa/benserazida

Inibidores da COMT

Amantadina

Anticolinérgicos

Novas perspectivas : agonistas GLP 1

Tratamento cirurgico

FENÔMENO ON-OFF

Imprevisíveis, sem nenhuma relação óbvia entre o tempo de administração da levodopa

ACINESIA AGUDA

FREEZING

FENÔMENO WEARING OFF

Caracterizado pelo ressurgimento dos sintomas parkinsonianos, visto que o efeito da levodopa diminui próximo ao final do intervalo entre doses



Alterações fonoaudiológicas na doença de Parkinson

O QUE PRECISO SABER



Fonoaudiologia

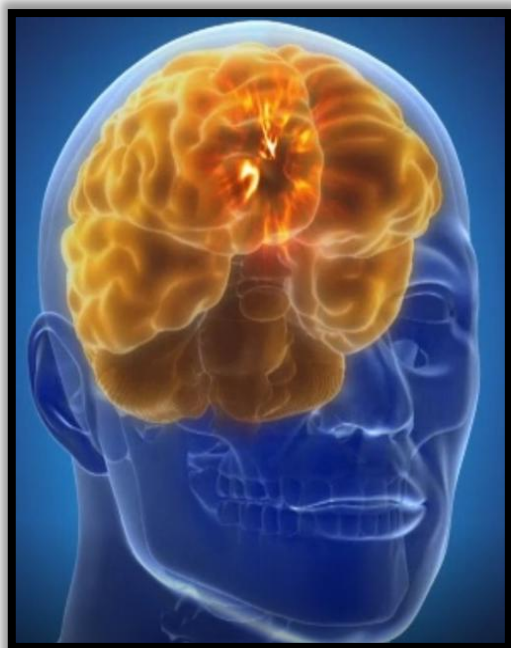


É a ciência que cuida de todos os processos da comunicação humana, seu desenvolvimento e de aspectos motores que perpassam desde a sucção do leite materno à **fala e a deglutição no envelhecimento.**

(CREFONO 4ª Região)

[LEI Nº 6.965, DE 9 DE DEZEMBRO DE 1981](#)





Quais são as alterações Fonoaudiológicas?

PARKINSON

Alteração
Vocal



Alteração de
deglutição



Alteração
de fala



Transtorno Motor oral

Alteração
Vocal



Alteração de
deglutição



Alteração
de fala





Alteração vocal

Alterações Fonoaudiológicas

Alteração
vocal

Disfonia

Alta
prevalência



*Distúrbio da
comunicação que
caracteriza-se pela
dificuldade na emissão
vocal.*

Alterações Fonoaudiológicas

Alteração
vocal

Disfonia



- 1 **Voz “fraca”** – Loudness reduzida
- 2 **QV – Rouco-Soprosa**
- 3 **Incoordenação PFA**
- 4 **Rigidez da musculatura**

Alterações Fonoaudiológicas

Alteração
vocal

Disfonia

Impacto
psicossocial



- 1 **Voz “fraca”** – Loudness reduzida
- 2 **QV – Rouco-Soprosa**
- 3 **Incoordenação PFA**
- 4 **Rigidez da musculatura**

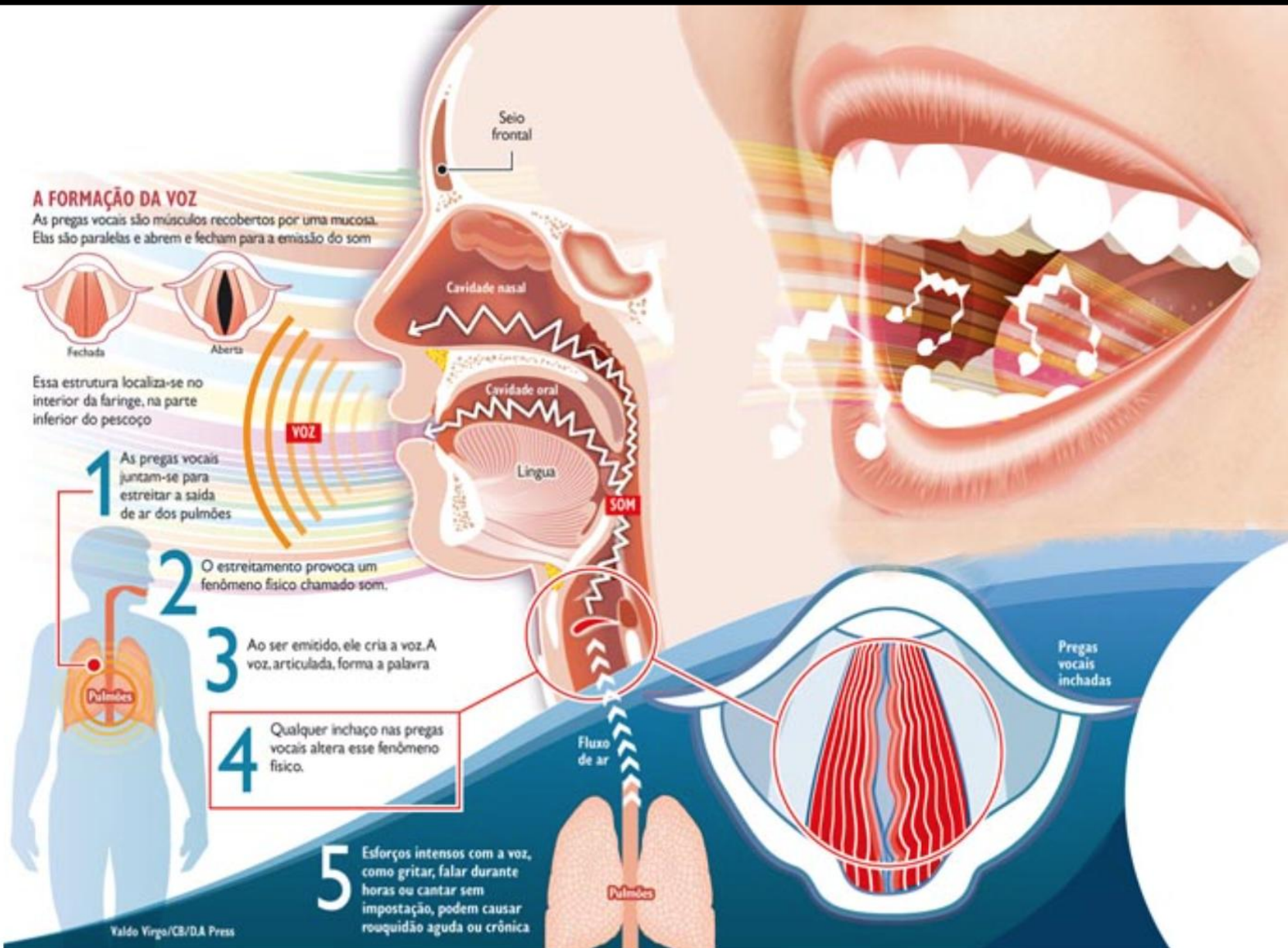
A FORMAÇÃO DA VOZ

As pregas vocais são músculos recobertos por uma mucosa. Elas são paralelas e abrem e fecham para a emissão do som.



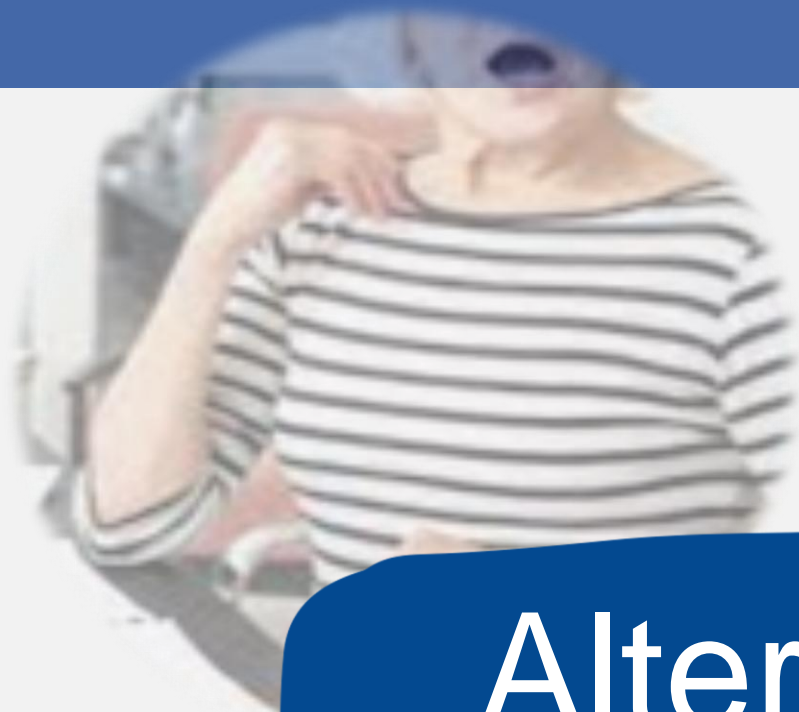
Essa estrutura localiza-se no interior da faringe, na parte inferior do pescoço.

- 1 As pregas vocais juntam-se para estreitar a saída de ar dos pulmões
- 2 O estreitamento provoca um fenômeno físico chamado som.
- 3 Ao ser emitido, ele cria a voz. A voz, articulada, forma a palavra
- 4 Qualquer inchaço nas pregas vocais altera esse fenômeno físico.
- 5 Esforços intensos com a voz, como gritar, falar durante horas ou cantar sem imitação, podem causar rouquidão aguda ou crônica



Valdo Virga/CB/D.A. Press

Fonte: <https://cursodecanto.files.wordpress.com/>



Alteração de fala

Alterações Fonoaudiológicas

Alteração
de fala

Face “em
mascara”

Articulação
da fala



□□□□□□ □, □□□□ □□

- 1 Olhos “arregalados”
- 2 Supercílios elevados
- 3 Cabeça anteriorizada
- 4 Rigidez da musculatura:

Alteração da mímica facial

Alterações Fonoaudiológicas

Alteração
de fala



Disfluência

*Alteração na fluência da
fala*

- 1 Repetições de segmentos
- 2 Hesitação
- 3 Bloqueios
- 4 Pausas longas

Alterações Fonoaudiológicas



web
PALESTRA

Alteração
de fala

Disartria

Déficit na execução motora que pode comprometer além da produção fonatória, a respiração, a ressonância, a articulação e a prosódia.

Alterações Fonoaudiológicas



Alteração
de fala

Disartria

1 **Fala pastosa**

2 **Velocidade
reduzida**

3 **Monótona**

4 **Imprecisa**

Alterações Fonoaudiológicas



Alteração
de fala

Dispraxia

Déficit na coordenação motora necessária para posicionar os articuladores para a execução da fala.

1

1 Trocas fonológicas



Alteração de deglutição

Alterações Fonoaudiológicas

Alteração de
deglutição

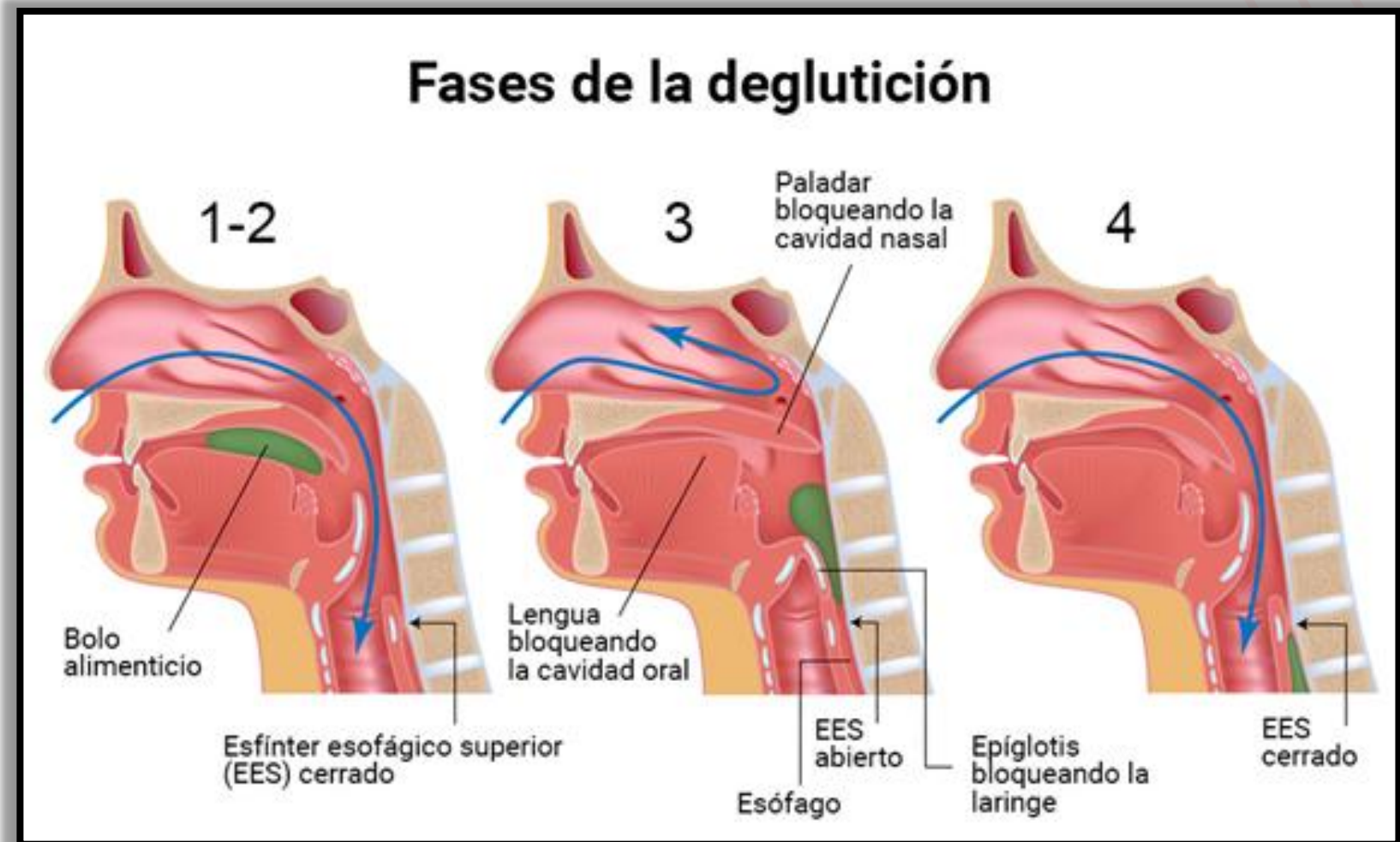


Disfagia

*Distúrbio da deglutição
com alteração no trajeto
do conteúdo presente na
cavidade oral até o
estômago.*

Alterações Fonoaudiológicas

Deglutição





Processo terapêutico

Processo terapêutico

- Avaliação
- Plano terapêutico:
Autonomia, priorize os desejos e hábitos
- Conscientização interfamiliar
- Encaminhamentos



Processo terapêutico

- Acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar:
 - Fisioterapeuta, nutricionista, médico, enfermeiro, psicólogo, odontólogo, terapeuta ocupacional, entre outros.
- OBJETIVOS: Preservar a dinâmica comunicativa, evitar a desidratação, desnutrição, risco de broncoaspiração, pneumonia e óbito.



Processo terapêutico

- Fonoaudiólogo:
 - Seleção da consistência alimentar ideal
 - Sólidas sem preparo especial, branda ou espessada.



Processo terapêutico

- Fonoaudiólogo:
→ Seleção da consistência alimentar ideal

ALIMENTOS



Fonte: geriatre.com.br

Processo terapêutico

- Fonoaudiólogo:
→ Seleção da consistência alimentar ideal

ALIMENTOS



Almoço Especial - Sexta-feira Santa



Dieta Geral



Dieta Branda



Dieta Pastosa

Processo terapêutico

- Fonoaudiólogo:
→ Seleção da consistência alimentar ideal

LÍQUIDOS

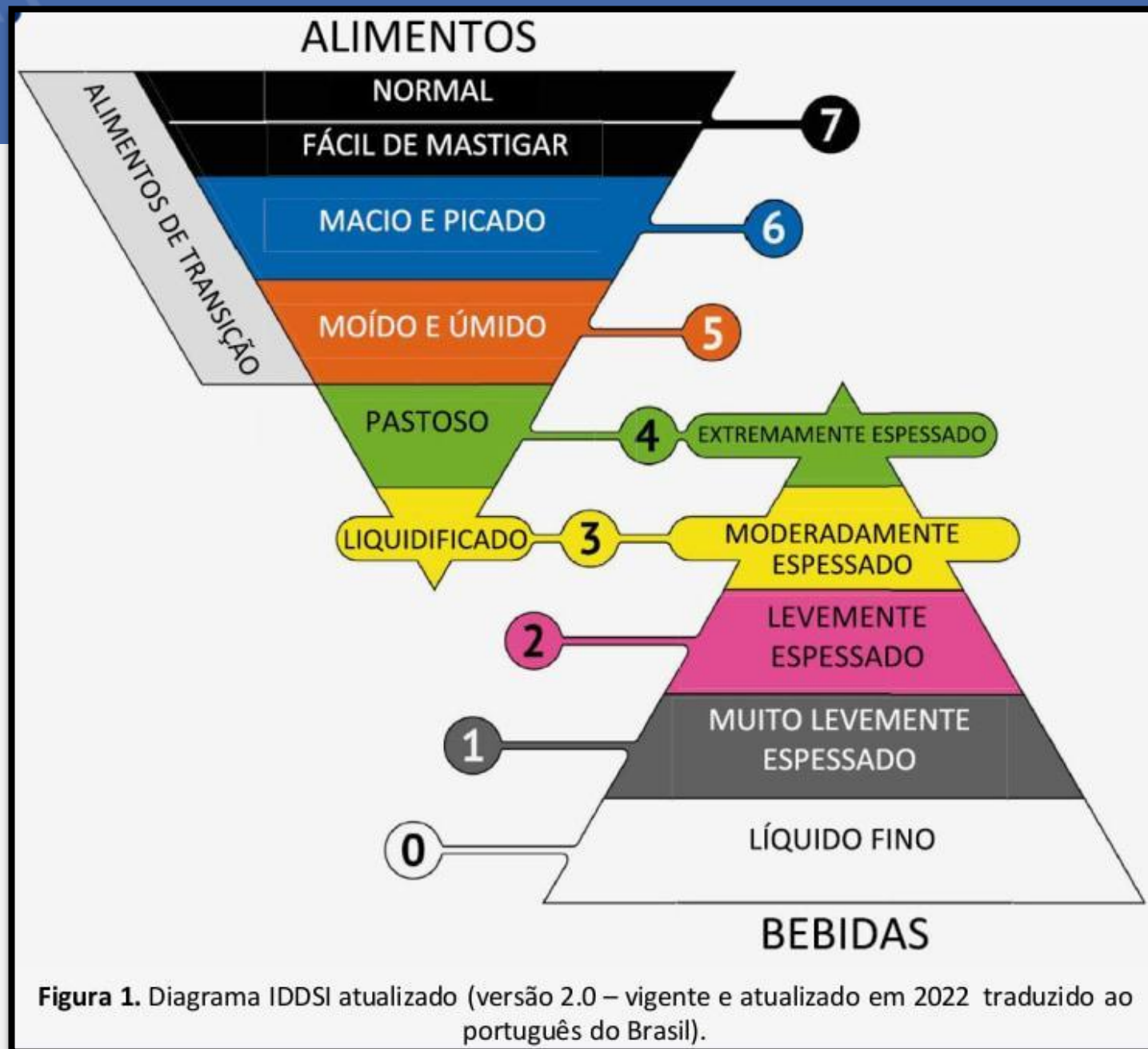


Fonte: bjorl.org.br

Processo terapêutico



- Fonoaudiólogo:
 - Seleção da consistência alimentar ideal
- IDDSI: Iniciativa Internacional de Padronização de **Dietas para Disfagia**
 - Objetivo: **Padronizar a descrição das consistências alimentares e líquidos espessados para os todos os indivíduos disfágicos, em todos os ambientes de cuidado e para todas as culturas.**
 - Envolvimento dos profissionais, cuidadores e pacientes.



Fonte: iddsi.org

Figura 1. Diagrama IDDSI atualizado (versão 2.0 – vigente e atualizado em 2022 traduzido ao português do Brasil).

Processo terapêutico

- Fonoaudiólogo:
→ Seleção da consistência alimentar ideal

→ Líquidos: Quanto mais fino, maior a habilidade em deglutir

→ Sólidos: Quanto mais firme e heterogêneo, maior habilidade em mastigar e deglutir.



Processo terapêutico



- Fonoaudiólogo:
→ Seleção da consistência alimentar ideal

→ Líquidos: Quanto mais fino, maior a habilidade em deglutir

→ Sólidos: Quanto mais firme e heterogêneo, maior habilidade em mastigar e deglutir.



→ VIA ALTERNATIVA ALIMENTAR

MANEJOS E CUIDADOS



- Identificar e observar a frequência dos sintomas relatados;
- Sinalizar aos familiares e demais profissionais que acompanham o idoso;
- Considerar a individualidade de cada sujeito;
- Considerar sempre o risco de broncoaspiração!

MANEJOS E CUIDADOS



- **Recomendações:**

- Evitar a oferta de alimentos secos que esfarinham: Cuscuz, farinha, bolo, biscoito.

→ Priorizar a oferta de alimentos úmidos e líquidos espessados: **Prevenção**

- Não fazer uso de utensílios que não são criados para alimentar*:



MANEJOS E CUIDADOS

- Recomenda
- Evitar a ofer
farinha, bolo
- Não fazer
alimentar*:
- Priorizar a c
Prevenção



esfarinham: Cuscuz,

são criados para

líquidos espessados:



CONSIDERAÇÕES FINAIS



- Atuação multiprofissional
- Pacientes pouco encaminhados em fase inicial
- Considerar a individualidade
- Envolvimento familiar

REFERÊNCIAS



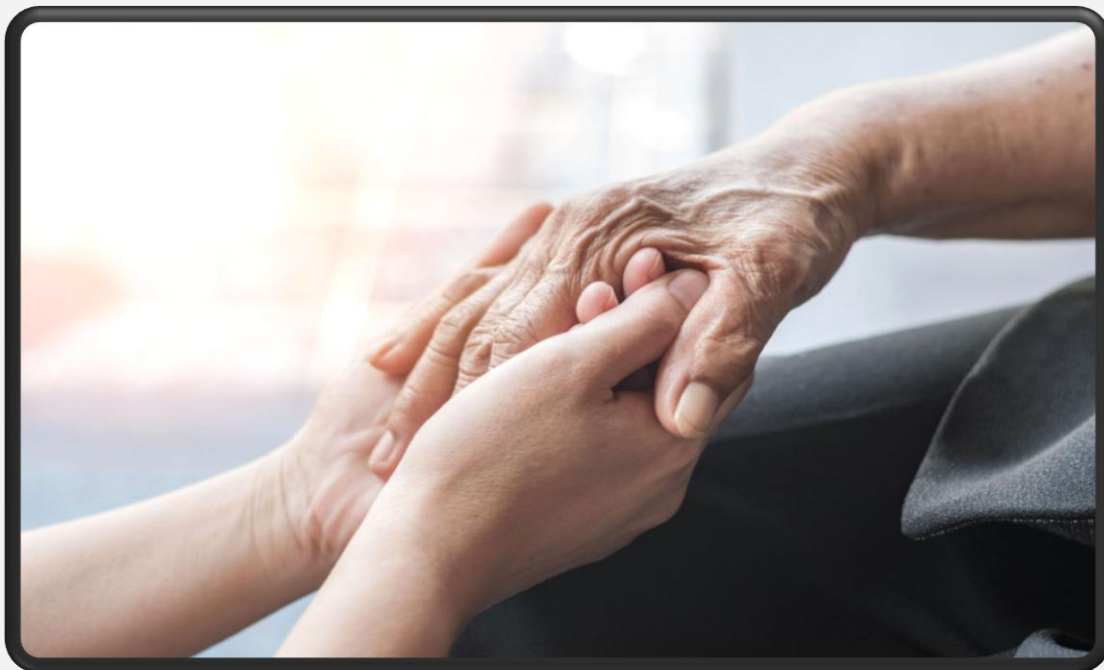
- CAMPIOTO, A. R. et al. Novo tratado de fonoaudiologia. 3ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2013.
- WHITAKER , M. E.; TRINDADE JÚNIOR, A. S.; GENARO, K. F. **Proposta de protocolo de avaliação clínica da função mastigatória.** Rev. CEFAC, São Paulo, vol. 11, suppl 3, 2009.
- MARCHESAN, I. Q. Deglutição-normalidade. *Disfagias orofaríngeas. São Paulo: Pró-Fono (1999): 3-18.*
- <https://brasilecola.uol.com.br/biologia/sistema-respiratorio.htm>
- <https://www.avantenestle.com.br/conteudos-cientificos/materiais-cientificos/criacao-e-validacao-inicial-da-escala-iddsi>
- <https://geriatre.com.br/2020/07/15/adaptacao-da-consistencia-alimentar-uma-estrategia-para-aumentar-o-prazer-da-alimentacao-via-oral/>
- <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/disfagia-saiba-identificar-os-sintomas-e-prevenir-as-consequencias>

REFERÊNCIAS



- https://www.sbfa.org.br/portal2017/themes/2017/departamentos/artigos/materiais_38.pdf
- <https://iddsi.org/Translations/Available-for-Review>
- <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Disfagia-corrigido.pdf>
- CAMPIOTO, A. R. et al. Novo tratado de fonoaudiologia. 3ª Ed. Barueri, SP: Manole, 2013.
- PARLEMO S. et al. Avaliação e intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson. Análise clínica-epidemiológica de 32 pacientes. Revista Brasileira de Neurologia. Rio de Janeiro, 45 (4): 17-24, 2009.
- PRESOTTO, M.; OLCHIK M. R. Avaliação da apraxia de fala em idosos com diagnóstico de doença de Parkinson: estudo de revisão. Ciência do movimento. Rio Grande do Sul, ano XIII, nº 27, 2011/2.
- SCHILLINGA, G. R.; HILBIGB, A.; CARDOSOC, M. C. Aspectos fonoaudiológicos e qualidade de vida na doença de Parkinson: estudos de casos. Rev Geriatria & Gerontologia. São Paulo, Vol. 8 nº 2 Abr/Mai/Jun 2014.
- UpToDate, Inc. and/or its affiliates. *Topic 4903 Version 56.0*





Parkinson: Muito além do tremor!



web
PALES
TRA

NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

