

PRÓ-PARKINSON: MEDICINA CLÍNICA (NEUROLOGIA)

Maxwell Alex de Lima Moura
Fábio Henrique de Amorim Arôxa
Denise Muniz da Silva
Rafaela Cristina da Silva Passos
Matheus de Melo Aziz Cardoso
Maria Carolina Cavalcanti Lima Constatino
Nadja Maria Jorge Asano
Gustavo Cauê Silva Botelho
Milena Torres Araújo Cavalcanti
Vivienne Maria Ferreira de Andrade
Vitória Alexandra de Queiroz
Dr. Amdore Guescel C. Asano (Orientador)

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença degenerativa e progressiva do Sistema Nervoso Central (SNC), que se caracteriza pela perda neuronal de células dopaminérgicas da porção compacta da substância negra do mesencéfalo (padrão neuropatológico básico). Ocorre, portanto, uma disfunção da via nigroestriatal, com diminuição da concentração de dopamina ao nível dos receptores dopaminérgicos situados no corpo estriado (MENESES, 2006), levando a diversos sintomas motores e não-motores (distúrbios autonômicos, alterações comportamentais, dentre outros). Esta doença afeta 0,3% da população em geral (SCALZO, 2009) e é a segunda doença neurodegenerativa mais comum depois da doença de Alzheimer (FINDLEY, 2007). Na população idosa (acima de 65 anos) a prevalência da Doença de Parkinson é ainda maior, afetando de 1 a 2% dos idosos em todo mundo e 3% no Brasil. O diagnóstico da DP é fundamentalmente clínico e estabelecido com a presença de dois dentre os seguintes sinais cardinais: tremor de repouso, bradicinesia (acinesia ou hipocinesia), rigidez muscular do tipo plástica e instabilidade postural (MENESES, 2006). O transtorno do sono é um dos mais comuns sintomas “não-motores” da DP, com prevalência de 60 a 95% dos pacientes e pode ser categorizado em transtornos do sono noturno e da vigília diurna (FACTOR et al., 1990). Os transtornos do sono em pacientes com DP mais comumente descritos são: insônia, sonolência excessiva diurna, transtorno respiratório do sono, transtorno comportamental do sono REM (Rapid Eye Moviment), síndromes das pernas inquietas e movimentos periódicos das pernas (SILBER, M.H. 2006). Nas últimas décadas, o estudo genético na DP vem se intensificando, mostrando-se heterogêneo. Dentre os genes que estão envolvidos na progressão dessa doença se destacam os receptores de dopamina, responsáveis por mediar todas as funções fisiológicas deste neurotransmissor, que vão desde movimentos voluntários, recompensa a regulação hormonal e hipertensão (PAUS et al., 2008). **Objetivo:** oferecer ao paciente com DP um atendimento médico padronizado; analisar as características: idade, sexo, tempo de doença e escolaridade através da aplicação do MEEM. **Procedimentos metodológicos:** O estudo contou com a participação de 100 pacientes atendidos no Programa Pró-Parkinson do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no período de seis meses. O instrumento utilizado foi o Mini Exame de Estado Mental (MEEM). O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um instrumento extremamente útil na triagem cognitiva, por ser simples e de fácil aplicação, com duração de 5 a 10 minutos. É composto por 11 itens e

a pontuação máxima é de 30 pontos. A primeira metade do teste avalia a memória e função executiva (atenção e concentração), a segunda metade avalia outras funções corticais. O ponto de corte depende da escolaridade, 18 pontos para analfabeto, 21 pontos para 1 a 3 anos (baixa escolaridade), 24 pontos para 4 a 7 anos (média escolaridade) e 26 pontos com mais de 7 anos (alta escolaridade) (FOLSTEIN et al., 1975). O MEEM é um exame simples e rápido de avaliação do estado mental, com ele é possível avaliar o nível cognitivo do paciente e verificar determinados estados de demência. Nesse questionário o paciente pontua de 0 a 30 pontos, correspondendo, 5 pontos a orientação temporal, 5 pontos a orientação espacial, 3 pontos para memória imediata, 5 pontos para atenção e cálculo, 3 pontos para memória de evocação e 9 pontos para linguagem (FOLSTEIN et al., 1975). **Principais resultados:** Após a aplicação do MEEM observou-se que 1% dos pacientes apresentaram pontuação menor que 18 pontos, 7% com pontuação acima de 18 e até 21 pontos, 13% acima de 21 e até 24, enquanto 79% tiveram um resultado maior ou igual a 26 pontos. Pode-se inferir que 21% dos pacientes pode apresentar algum acometimento das funções cognitivas. **Considerações finais:** É comprovada a eficácia do MEEM na investigação de pacientes com demência, sendo o ponto de corte tradicionalmente utilizado de 23/24 pontos. Os escores sofrem influencia significativa da escolaridade e da idade dos indivíduos. A demência associada a DP possui peculiaridades, como a lentificação do processo cognitivo, a apatia, o comprometimento da memória e das funções executivas frontais, que podem em parte ser identificados pelo MEEM, teste recomendado para esses pacientes. O quadro demencial da DP se instala nas fases mais adiantadas de evolução da doença e o número de pacientes com escore inferior a 26 corresponde a 79%. (Melo LM, Barbosa ER, Caramelli P.) Conclui-se que a maior parte dos pacientes possuem um estado mental preservado, sendo o diagnóstico de demência associada a DP relevante na busca de um tratamento adequado.

Palavras-chave: assistência ambulatorial; neurodegenerativa; parkinson

REFERÊNCIAS

BARBOSA, E.R.; TEIVE, H.A.G. Doença de Parkinson: Aspectos Históricos. In: ANDRADE, LAF, et al. Doença de Parkinson: Estratégias atuais de tratamento. 1nd ed. São Paulo: Omnifarma. 2010; 1 – 9.

BENABID, A.L.; POLLAK, P.; GAO, D.; HOFFMANN, D.; LIMOUSIN, P.; GAY, E.; PAYEN, I.; BENAZZOUZ, A. Chronic electrical stimulation of the ventralis intermed ius nucleus of the thalamus as a treatment of movement disorders. *J Neurosurg.* 1996 Feb; 84(2): 203-14.

FACTOR, S.A.; MCALARNEY, T.; SANCHEZ-RAMOS, J.R. et al. Sleep disorders and sleep effect in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 1990; 5(4):280-5.

FINDLEY, L.J. The economic impact of Parkinson's disease. *Parkinsonism and related disorders.* 2007; 13: (S8-S12).

FRIEDMAN, J.; FRIEDMAN, H. Fatigue in Parkinson's disease. *Neurology,* 1993; 43: 2016-8.

HAASE, D.C.B.V.; MACHADO, D.C; OLIVEIRA, J.G.D. Atuação da fisioterapia no

- paciente com doença de Parkinson. *Fisioter. Mov.* 2008; 21(1): 79 – 85.
- HOEHN MM, YAHR M.D. Parkinsonism: onset, progression and mortality. *Neurology* 1967, 17:427-442.
- MENESES, M; TEIVE, H. Doença de Parkinson. 1nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006.
- NAVARRO – PETERNELLA, F.M.; MARCON, S.S. Descobrimo a Doença de Parkinson: Impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2009; 62(1): 25-31.
- NAVARRO – PETERNELLA, F.M.; MARCON, S.S. Qualidade de vida de indivíduos com Parkinson e sua relação com tempo de evolução e gravidade da doença. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(2): 384-91.
- SCALZO, P.; KUMMER, A.; CARDOSO, F. et al. Depressive symptoms and perception of quality of life in parkinson's disease. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2009; 67(2-A): 203-208.
- SILBER, M.H. PARKINSON'S DISEASE. In: CHIONG-LEE, T. SLEEP: A COMPREHENSIVE HANDBOOK. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. p: 789-792, 2006.
- YING-ZI L, BEI-SHA T, XING-Xiang Y, JIE L, et al. Association of the DRD2 and DRD3 polymorphisms with response to pramipexole in Parkinson's disease patients. *Eur J Clin Pharmacol.* 2009; 65: 679–683.
- MELO LM, Barbosa ER, Caramelli P. Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(4):176-83.

