

O manejo peri-hospitalar de pacientes com Doença de Parkinson e pneumonia broncoaspirativa: relato de experiência

Hospital management of patients with Parkinson's disease and bronchoaspiration pneumonia: experience report

Manejo hospitalario de pacientes con enfermedad de Parkinson y neumonía broncoaspirativa: relato de experiencia

Cristiane de Almeida Faria¹, Yasmin Saba de Almeida², Felipe Guimarães Tavares³

Como citar esse artigo. Faria CA, de Almeida YS, Tavares FG. O manejo peri-hospitalar de pacientes com Doença de Parkinson e pneumonia broncoaspirativa: relato de experiência. Rev Pró-UniverSUS. 2023; 14(3) Especial;115-119.



Resumo

Considerada a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente na população idosa, a Doença de Parkinson é uma patologia crônica, de causa multifatorial, que dentre outros sintomas, provoca distúrbios do movimento. Advindas secundariamente, as alterações respiratórias podem ocasionar as pneumonias broncoaspirativas que levam a internações hospitalares recorrentes e podem compreender uma das principais causas de morte na Doença de Parkinson. Este estudo tem como objetivo descrever uma experiência exitosa, discutindo os principais aspectos relacionados ao manejo peri-hospitalar de pacientes com DP em tratamento de pneumonia broncoaspirativa, a partir da perspectiva de um profissional de fisioterapia. Trata-se de um relato de experiência sobre a atuação de um profissional de fisioterapia em uma Unidade de Internação na especialidade de Clínica Médica de um hospital de referência da Região Norte do Brasil, com pacientes com Doença de Parkinson em tratamento de pneumonia broncoaspirativa. O cuidado do paciente com Doença de Parkinson por seus familiares/cuidadores é envolto de desafios. O medo e a insegurança se tornam presentes no dia-a-dia quando se trata de um paciente acamado em domicílio com necessidade de cuidados que, muitas vezes, não é de experiência diária de um parente cuidador. Nesse contexto, o fisioterapeuta, juntamente dos demais membros da equipe multiprofissional, possui um papel fundamental no que tange a assistência peri-hospitalar do paciente parkinsoniano, de forma a garantir o treinamento adequado dos familiares/cuidadores para atuarem na aspiração de vias aéreas do paciente em uso de traqueostomia, para que seja possível dar continuidade nos cuidados domiciliares e reduzir a taxa de reinternação.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Pneumonia Aspirativa; Manejo das Vias Aéreas; Assistência Integral à Saúde.

Abstract

Considered the second most prevalent neurodegenerative disease in the elderly population, Parkinson's disease is a chronic pathology, with a multifactorial cause, which, among other symptoms, causes movement disorders. Occurring secondarily, respiratory alterations can cause aspiration pneumonia that lead to recurrent hospitalizations and may comprise one of the main causes of death in Parkinson's disease. This study aims to describe a successful experience, discussing the main aspects related to the peri-hospital management of patients with PD undergoing treatment for bronchoaspiration pneumonia, from the perspective of a physiotherapy professional. This is an experience report on the performance of a physiotherapy professional in an Inpatient Unit in the Internal Medicine specialty of a reference hospital in the North Region of Brazil, with patients with Parkinson's Disease in the treatment of bronchoaspiration pneumonia. The care of patients with Parkinson's disease by their family members/caregivers is full of challenges. Fear and insecurity become present in everyday life when it comes to a patient bedridden at home in need of care, which is often not the daily experience of a caregiver relative. In this context, the physiotherapist, along with the other members of the multidisciplinary team, has a fundamental role regarding the peri-hospital care of the parkinsonian patient, in order to guarantee the adequate training of family members/caregivers to act in the aspiration of the patient's airways in use of tracheostomy, so that it is possible to continue home care and reduce the readmission rate.

Keywords: Parkinson Disease; Pneumonia Aspiration; Airway Management; Comprehensive Health Care.

Resumen

Considerada la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente en la población anciana, la enfermedad de Parkinson es una patología crónica, de causa multifactorial, que provoca, entre otros síntomas, trastornos del movimiento. Ocurriendo secundariamente, las alteraciones respiratorias pueden causar neumonía por aspiración que conduce a hospitalizaciones recurrentes y puede constituir una de las principales causas de muerte en la enfermedad de Parkinson. Este estudio tiene como objetivo describir una experiencia exitosa, discutiendo los principales aspectos relacionados con el manejo perihospitalario de pacientes con EP en tratamiento por neumonía broncoaspirativa, desde la perspectiva de un profesional de fisioterapia. Se trata de un relato de experiencia sobre la actuación de un profesional de fisioterapia en una Unidad de Internación de la especialidad de Medicina Interna de un hospital de referencia de la Región Norte de Brasil, con pacientes con Enfermedad de Parkinson en el tratamiento de neumonía broncoaspirativa. El cuidado de los pacientes con enfermedad de Parkinson por parte de sus familiares/cuidadores está lleno de desafíos. El miedo y la inseguridad se hacen presentes en el día a día cuando se trata de un paciente encamado en su domicilio que necesita cuidados que muchas veces no son la vivencia cotidiana de un familiar cuidador. En este contexto, el fisioterapeuta, junto con los demás miembros del equipo multidisciplinar, tiene un papel fundamental en la atención perihospitalaria del paciente parkinsoniano, con el fin de garantizar la adecuada formación de los familiares/cuidadores para actuar en la aspiración de las vías respiratorias del paciente en uso de traqueotomía, de modo que sea posible continuar con la atención domiciliaria y reducir la tasa de reingreso.

Palabras clave: Enfermedad de Parkinson; Neumonía por Aspiración; Manejo de la Vía Aérea; Atención Integral de Salud.

Afiliação dos autores:

¹Discente do Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: c.isio@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3258-3656>

²Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: yasminsabauff@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2391-7009>

³Professor Adjunto do Departamento de Epidemiologia e Bioestatística do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. E-mail: felipegt@id.uff.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8308-6203>

Email de correspondência: c.isio@hotmail.com

Recebido em: 28/07/23 Aceito em: 18/09/23.

Introdução

Considerada a segunda doença neurodegenerativa mais prevalente na população idosa, a Doença de Parkinson (DP) é uma patologia crônica, de causa multifatorial, que dentre outros sintomas, provoca desordens do movimento. Esta resulta de uma alteração do sistema extrapiramidal que provoca a redução dos neurônios dopaminérgicos da substância negra, levando, portanto, a degeneração do sistema nervoso central¹⁻².

Devido ao seu caráter degenerativo, alterações secundárias podem ser encontradas, dentre as quais as respiratórias, que compreendem uma das principais causas de morte na DP. Estas alterações envolvem fatores como a redução da força e da mobilidade da caixa torácica, anormalidades posturais, perturbações na ativação e coordenação muscular, que consequentemente, geram limitações na capacidade ventilatória, aumentando a resistência ao fluxo aéreo, levando a perda da proteção das vias aéreas superiores, ampliando, assim, o risco de broncoaspiração e de quadros pneumônicos²⁻³.

Os pacientes parkinsonianos têm maior probabilidade de sofrer engasgos devido à disfagia, como consequências das alterações nos músculos responsáveis pela deglutição. Embora a causa e os mecanismos dessa condição não sejam totalmente compreendidos, ela afeta a maioria dos pacientes, tanto nas fases iniciais, quanto nas mais avançadas da doença. A alteração no reflexo de deglutição e a redução da mobilidade das estruturas orofaríngeas podem resultar no acúmulo de alimentos e saliva na parte oral da faringe, valéculas epiglóticas e recessos piriformes, aumentando o risco de aspiração pulmonar. Portanto, esse problema pode levar à pneumonia por aspiração, que ocorre quando a capacidade de proteção das vias respiratórias inferiores é comprometida ou quando uma grande quantidade de substâncias é aspirada⁴.

Em pacientes idosos, a aspiração é mais comum devido a condições relacionadas ao envelhecimento que afetam a consciência, como o uso de sedativos, e a presença de outras doenças, como transtornos neurológicos e transtornos de deglutição. É importante destacar que a aspiração de pequenas quantidades de secreções respiratórias é normal e o corpo possui mecanismos de defesa para eliminá-las, no entanto, quando há comprometimento desses mecanismos ou quando ocorre aspiração em grande volume, podem ocorrer complicações como

pneumonia e abscesso pulmonar⁴.

Além da pneumonia broncoaspirativa, os pacientes com DP enfrentam outras condições que podem afetar sua sobrevivência, levando à necessidade de tratamento em centros hospitalares, podendo se estender para os cuidados intensivos com uso de suporte de ventilação mecânica e o uso prolongado de antibióticos até que sua saúde se recupere⁵. Assim, devido às dificuldades enfrentadas pelos pacientes durante a internação hospitalar, é necessário adotar uma série de cuidados específicos, tendo em vista que são bastante comuns as intercorrências clínicas e as rehospitalizações desses pacientes.

Contudo, por mais que a DP seja bem documentada, ainda se carece de informações e materiais que sejam capazes de sintetizar o manejo peri-hospitalar desses pacientes, sobretudo diante desta complicação tão comumente apresentada. Nessa perspectiva, visando reduzir a lacuna encontrada na literatura, objetivou-se por meio deste estudo descrever uma experiência exitosa, discutindo os principais aspectos relacionados ao manejo peri-hospitalar de pacientes com DP em tratamento de pneumonia broncoaspirativa, a partir da perspectiva de um profissional de fisioterapia.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre a atuação de um profissional de fisioterapia em uma Unidade de Internação na especialidade de Clínica Médica de um hospital de referência da Região Norte do Brasil, com pacientes com DP em tratamento de pneumonia broncoaspirativa. A experiência ocorreu entre 15 de dezembro de 2022 e 20 de fevereiro de 2023.

Quanto ao cenário da experiência, o hospital dispõe de mais de 400 leitos de internação distribuídos entre Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e adulto, Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Clínica Médica. Em virtude da pandemia, o hospital também conta com outros 40 leitos exclusivos para tratamento da Covid-19.

A unidade em questão conta com a atuação de uma equipe multiprofissional composta por fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogos e farmacêuticos, todos especificamente voltados à recuperação do paciente. A infraestrutura do local dispõe de cama especial automática para posicionamento do paciente, bem como materiais para cuidados gerais e específicos para o atendimento e procedimentos ao paciente.

Como procedimento padrão, ao receber um paciente na Ala de Internação da Clínica Médica, a equipe multiprofissional realiza uma entrevista com o próprio paciente, se estiver consciente, ou com seu acompanhante, buscando coletar dados e informações, bem como entender de qual local provém, a história da internação, intervenções e cirurgias realizadas, doenças prévias e medicamentos de uso diário. Após coleta de dados, é realizada a avaliação fisioterapêutica do paciente internado, na qual são coletados os sinais vitais, avaliado o padrão respiratório, com ausculta pulmonar e a saturometria, e a preservação/comprometimento dos movimentos. Para avaliação do grau de independência funcional, se faz uso de suporte ventilatório não invasivo, bem como são avaliadas a presença de outros dispositivos, como sonda nasointestinal e sonda vesical de demora, a presença de lesões por pressão, deformidades adquiridas, posturas viciosas ou sequelas motoras.

Em seguida à avaliação minuciosa do paciente, elabora-se um plano terapêutico diário de acordo com as necessidades do paciente e o grau de classificação da própria instituição. O plano é desenvolvido para o atendimento nos três turnos diários: matutino, vespertino e noturno, podendo ser reestruturado toda vez que for necessário garantir maior conforto e/ou restabelecer a condição de saúde do paciente. Nele constam, desde cuidados durante a internação, até a desospitalização e continuidade na atenção domiciliar, considerando sempre a atuação da equipe multiprofissional.

Dito isso, quanto aos preceitos éticos da pesquisa, tratando-se de um relato com foco desenvolvimento de uma experiência, no qual foram respeitados o sigilo dos pacientes e seus cuidadores, bem como o nome do hospital onde a experiência foi desenvolvida, dispensou-se a submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

Durante a experiência, a equipe multiprofissional se deparou com diversos casos de pacientes com DP internados na unidade hospitalar, no entanto, um paciente em particular se destacou. Ele havia sido diagnosticado com a doença há dois anos e fazia uso de medicação para controlar os sintomas característicos, como rigidez, lentidão de movimentos ativos e tremores. O paciente estava consciente, mas não conseguia se comunicar verbalmente devido à presença de uma traqueostomia não ocluída para desmame. Ademais, essa era sua segunda internação em uma UTI, encontrando-se em ventilação mecânica para tratamento de uma pneumonia broncoaspirativa decorrente da dificuldade de deglutição causada pela própria patologia.

O paciente apresentava sintomas como febre, tosse e sinais de insuficiência respiratória, além de engasgos recorrentes, rigidez na caixa torácica e redução da

expansibilidade pulmonar, fatores esses que limitavam sua capacidade ventilatória, aumentando a resistência ao fluxo de ar e o risco de broncoaspiração. Além disso, a DP, como doença de base, foi um fator adicional que exigiu o uso de ventilação mecânica.

Considerando as peculiaridades desse caso, o manejo do paciente tornou-se ainda mais complexo devido às suas dificuldades de comunicação, a presença de dispositivos que limitavam sua independência funcional e a necessidade de mantê-lo em isolamento de contato para prevenir a disseminação bacteriana cruzada para outros pacientes. Desta forma, devido à grande quantidade de secreção pulmonar observada, a equipe de fisioterapia pautou-se em priorizar a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, decisão esta que se mostrou efetiva para a melhora do quadro apresentado.

Assim, durante o manejo hospitalar de pacientes com DP em tratamento de pneumonia broncoaspirativa, podem ser realizadas técnicas como manobras de desobstrução brônquica para movimentação de secreção pulmonar, que pode ser expelida através da tosse, ou da aspiração orotraqueal, bem como realizadas manobras de reexpansão pulmonar e exercícios para mobilidade da caixa torácica. Ademais, a mudança de decúbito a cada duas horas é recomendada, tanto para a prevenção de lesões por pressão, quanto para uma melhor ventilação das áreas pulmonares, melhorando as trocas gasosas.

À medida que o paciente passa pelo período de internação e recuperação, deve-se, também, preparar o processo de desospitalização para prevenir novas infecções. Muitos pacientes com doenças crônicas, especialmente os traqueostomizados, necessitam seguir para o domicílio requerendo a aquisição de aspiradores portáteis para facilitar a higiene das vias aéreas. No ambiente domiciliar, por vezes, são os cuidadores ou familiares que assumem a responsabilidade de realizar os cuidados necessários para com o paciente, desta forma, o profissional da saúde que o acompanha deve fornecer treinamento e orientações prévias ao cuidador/familiar para que este possa oferecer o suporte necessário após a alta hospitalar⁶.

O treinamento prévio do cuidador é importante para que ele possa ter um melhor entendimento da situação e adquirir as habilidades necessárias para cuidar do paciente⁷. Há estudos que apontam que este treinamento deve ser realizado desde o primeiro momento em que há sinais de uma possível alta, possibilitando a diluição do conhecimento e o reforço da prática, já que os procedimentos não são tão simples como podem parecer, e é compreensível que cuidadores sem experiência possam sentir receio em realizar as tarefas necessárias. Além disso, é essencial que os profissionais estejam cientes dos possíveis obstáculos que podem surgir durante os treinamentos.

A partir da experiência, pôde-se observar como barreiras para o desenvolvimento do procedimento:

o medo e a insegurança de realizar o cuidado, pois frequentemente os cuidadores são parentes de primeiro grau, como esposa, mãe, filhos; e a baixa escolaridade de alguns dos cuidadores, dificultando a aquisição do conhecimento necessário. Todavia, com muita calma e paciência é possível alcançar o objetivo de desenvolver o ato de cuidado domiciliar de higiene de vias aéreas superiores e óstio traqueal.

A presença de insegurança e medo são comuns quando se trata de um paciente acamado domiciliado, precisando de cuidados que não fazem parte da rotina diária de um cuidador familiar. É fundamental considerar a falta de experiência do cuidador em determinadas técnicas necessárias para atender às necessidades do paciente, visto que, muitas vezes, o cuidador não possui formação técnica, mas é um membro da família. Esses cuidados, a quem não é um profissional de saúde, podem gerar receio no início, no entanto, à medida

que o protocolo de cuidados é repetido várias vezes, o cuidador se torna mais confiante e encorajado para realizá-los⁸.

Entende-se, ainda, que em meio ao treinamento é fundamental que o cuidador se sinta seguro e confiante para realizar o procedimento, pois no ambiente domiciliar não haverá a presença constante de um profissional de saúde para auxiliá-lo. Sendo assim, em reflexão a este fato, buscou-se criar um material educativo para facilitar o entendimento e a aquisição de habilidades necessárias para garantir o cuidado adequado ao paciente (Figura 1).

Em meio ao treinamento, os profissionais devem estar atentos à orientá-los sobre certos pontos relevantes, como: quando o paciente estiver em alimentação gástrica-enteral, precisa-se interromper a infusão da dieta para realizar a aspiração das vias aéreas superiores; frasco coletor de secreção da

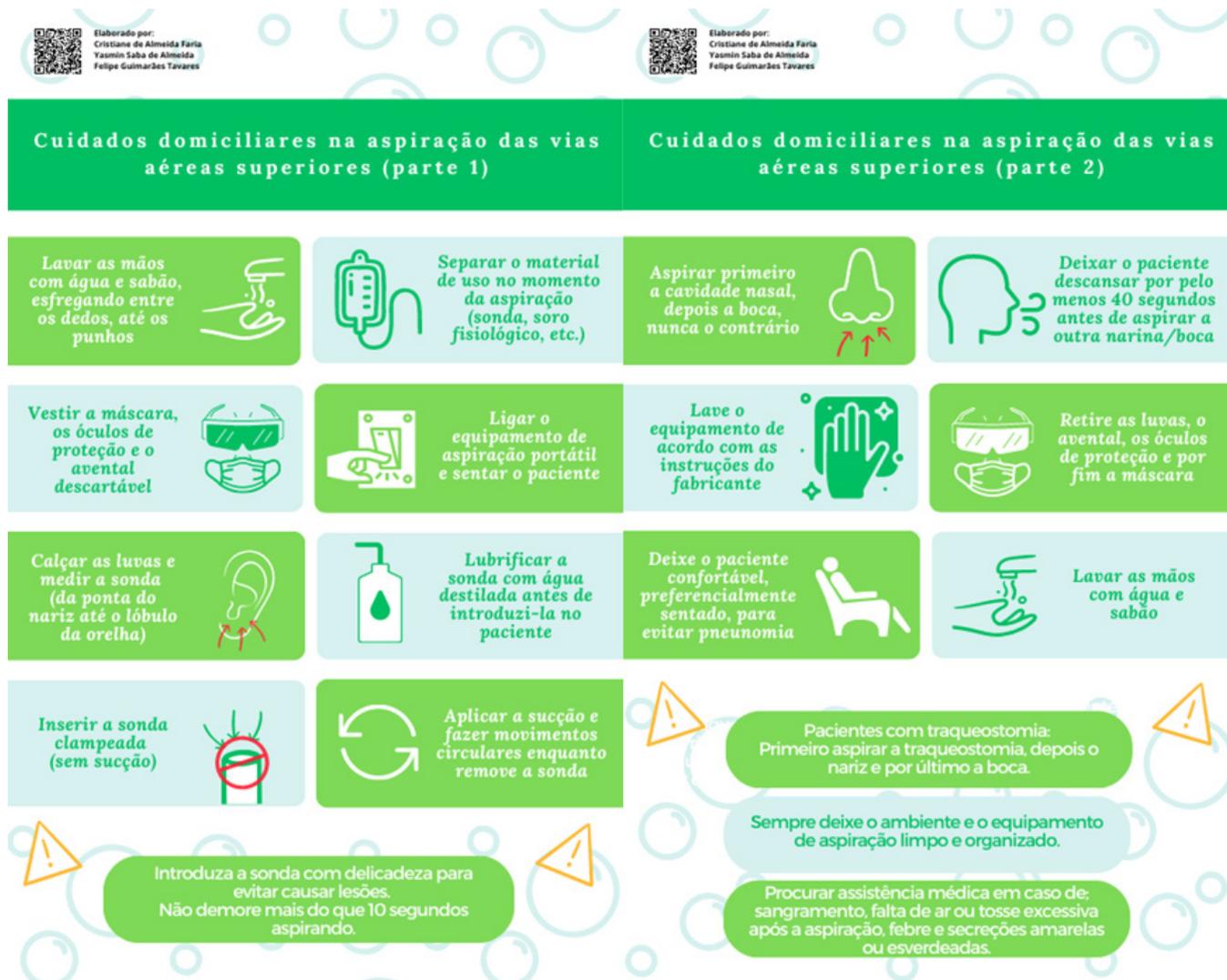


Figura 1. Infográfico com orientações sobre a aspiração das vias aéreas superiores no cuidado domiciliar.

Fonte. Elaborado pelos autores, baseado nas orientações do Ministério da Saúde e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz⁹, no Protocolo da UFTM⁷ e no manual prático de Nettina¹⁰.

aspiração deve ser esvaziado sempre que atingir cerca de dois terços de sua capacidade, realizando a higiene de acordo com o manual de instruções do fabricante; atentar para o uso do equipamento de proteção (luva de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental não estéril), a fim de evitar contaminação do cuidador; observar sinais de alerta, como presença de sangramento, falta de ar, febre, dentre outros; e em caso de resistência ao introduzir o cateter, não insistir e trocar de narina, já no óstio de traqueostomia se atentar ao limite de comprimento da endocânula traqueal.

Ao final da experiência foi possível observar que o retorno do paciente ao convívio familiar possibilita a prevenção de novas infecções. Isso ocorre, pois, quando o paciente se encontra fora do ambiente hospitalar, em um local livre de outras doenças infecciosas, diminui-se o risco de exposição a novos patógenos. Portanto, através da educação em saúde e apoio adequados aos cuidadores, é possível garantir uma transição segura do cuidado hospitalar para o domiciliar ao paciente com DP.

Conclusão

A partir da experiência, foi possível observar que a equipe multidisciplinar desempenha um papel fundamental no cuidado peri-hospitalar do paciente parkinsoniano, levando em consideração suas necessidades individuais. O fisioterapeuta, enquanto parte dessa equipe, utiliza técnicas terapêuticas manuais, que visam a recuperação do paciente de forma mais eficaz possível, por meio de um atendimento humanizado. Em pacientes com DP, a fisioterapia motora, aliada à fisioterapia respiratória, pode reduzir o tempo de internação hospitalar e promover a recuperação do paciente. Portanto, é essencial a participação do fisioterapeuta em todo o processo do cuidar, incluído o pós-alta.

Diante das barreiras encontradas durante a experiência, torna-se essencial investir em treinamentos regulares para a equipe multiprofissional e familiares/cuidadores voltados ao manejo do cuidado de pacientes com DP e/ou acamados, bem como ofertar práticas educativas permanentes para estimular a comunicação interprofissional efetiva – competência fundamental para alcançar as metas de cuidado. Além disso, deve-se buscar criar protocolos de atendimentos baseados em evidências, visando, assim, garantir a conduta correta das equipes e possibilitar a redução do risco de intercorrências no cuidado.

O atendimento domiciliar, alinhado com as diretrizes propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dentro das modalidades multiprofissionais, contribui para melhorar a qualidade de vida do paciente, de seus familiares e cuidadores. Desta forma, é fundamental

que a equipe de saúde proporcione uma transição segura do cuidado hospitalar para o domiciliar, garantindo que o paciente receba o suporte necessário para sua recuperação contínua.

Por se tratar de um relato de experiência entende-se que este estudo possui limitações quanto a generalização dos dados, já que a experiência é baseada em um único cenário, além de um possível viés do observador, visto que a descrição das informações parte, também, da percepção e observação individual dos pesquisadores. Todavia, embora existam limitações, a experiência exitosa pode contribuir para a melhoria dos cuidados oferecidos a pacientes com DP, além de direcionar a implementação de estratégias de tratamento mais efetivas e adaptadas à realidade do SUS.

Por fim, ressalta-se a necessidade de estudos mais amplos para validar os achados desse relato de experiência, de forma a beneficiar uma parcela maior de pacientes com DP e fortalecer a base de evidências no campo da fisioterapia e da saúde.

Referências

1. Vasconcellos PRO, Rizzotto MLF, Obregón PL, Alonzo HGA. Exposição a agrotóxicos na agricultura e doença de Parkinson em usuários de um serviço público de saúde do Paraná, Brasil. *Cad Saude Colet*. 2020; 28(4):567-578.
2. Vieira R, Chacon L. A doença de Parkinson. In: *Movimentos da hesitação: deslizamentos do dizer em sujeitos com doença de Parkinson* [Internet]. São Paulo: Editora UNESP/Cultura Acadêmica; 2015. p. 17-41. [citado 2023 Maio 21]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/nveg5/pdf/vieira-9788579836640-02.pdf>.
3. Cardoso SR, Pereira JS. Análise funcional da complacência torácica na doença de Parkinson. *Fisioterapia Brasil*. 2001; 2(1):41-46.
4. Gasparim AZ, Jurkiewicz AL, Marques JM, Santos RS, Marcelino PCO, Herrero Junior F. Deglutição e tosse nos diferentes graus da Doença de Parkinson. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*. 2011;15(2):181-188.
5. Guedes LU, Rodrigues JM, Fernandes AA, Cardoso FE, Parreira VF. Respiratory changes in Parkinson's disease may be unrelated to dopaminergic dysfunction. *Arq Neuropsiquiatr*. 2012; 70(11):847-851.
6. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(2):88-95.
7. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Traqueostomia: indicações e orientações de cuidado ao paciente adulto [Internet]. Minas Gerais: UFTM/EBSERH; 2020 [citado 2023 Jun 12]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/traqueostomia-adulto-final.pdf>.
8. Gutierrez LLP, Fernandes NRM, Mascarenhas M. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. *Saúde em Debate*. 2017; 41(114):885-898.
9. Ministério da Saúde (BR), Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
10. Nettina SM. Manual de prática de enfermagem. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.