



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – Ltda.
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

MIRIA SANTOS ROSA

**ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO DAS PESSOAS
COM DOENÇA DE PARKINSON NA ATENÇÃO BÁSICA**

Itaituba - PA

2026

MIRIA SANTOS ROSA

**ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO DAS PESSOAS
COM DOENÇA DE PARKINSON NA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Fisioterapia.
Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

Itaituba - PA

2026

ROSA, Miria Santos
Atribuições do Fisioterapeuta no Cuidado das Pessoas com Doença de Parkinson na Atenção Básica/ Mirian Santos Rosa: Itaituba: FAI, 2026.

49 f.: il.

Orientadora: Rosângela de Aguiar Rodrigues
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Itaituba, 2026.

1. Doença de Parkinson 2. Fisioterapia 2. Rodrigues, Rosângela de Aguiar. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2026.

MIRIA SANTOS ROSA

ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO DAS PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharela em Fisioterapia.
Orientadora: Prof.^a Mestra. Rosângela de Aguiar
Rodrigues

BANCA EXAMINADORA

Presidente/orientadora: _____ Nota: _____

Prof.^a Ma. Rosângela de Aguiar Rodrigues, Especialista.

Avaliador(a) 1: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Avaliador(a) 2: _____ Nota: _____

Prof. Nome, titulação.

Resultado: _____ Média: _____

Itaituba -PA: ____ de março de 2026.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, guia constante e fonte de força em todos os momentos. Dedico também à minha família, pelo apoio, incentivo e compreensão ao longo de toda a trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte de força, sabedoria e sustento, que me permitiu chegar até aqui mesmo diante dos desafios e das ausências que marcaram essa caminhada. Cada passo dado foi sustentado pela fé e pela esperança de que todo esforço tem um propósito.

À minha mãe, **Odileia Freitas Santos**, meu mais profundo agradecimento pelo amor incondicional, pelo apoio constante e pelas palavras de incentivo que nunca me deixaram desistir. Sua presença, mesmo nos momentos mais difíceis, foi essencial para que eu seguisse firme nessa trajetória acadêmica.

Ao meu pai, **Haroldo Nascimento Rosa (*in memoriam*)**, deixo minha gratidão eterna pelos valores, ensinamentos e exemplo de vida que permanecem vivos em minha história e que contribuíram para a construção de quem sou hoje.

Ao meu esposo, **Robson de Souza Soares (*in memoriam*)**, agradeço pelo amor, companheirismo e apoio que marcaram minha vida. Sua lembrança foi força silenciosa nos momentos de cansaço e motivação para seguir em frente.

Ao meu filho, **Jarbas Miguel Soares Rosa**, razão maior da minha luta diária, agradeço pela paciência, compreensão e por ser minha maior inspiração para crescer, aprender e nunca desistir dos meus sonhos.

À minha orientadora, **Rosângela de Aguiar Rodrigues**, expresso minha sincera gratidão pela dedicação, orientação, incentivo e contribuições valiosas ao longo da elaboração deste trabalho. Sua experiência e comprometimento foram fundamentais para a concretização deste TCC.

Por fim, agradeço a todos os professores, colegas e colaboradores da **Faculdade de Itaituba**, que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação acadêmica e para a realização deste trabalho.

“O Parkinson é mais um detalhe em minha vida, é mais um obstáculo que tenho que vencer a cada dia, vejo-o como oportunidade de fortalecimento de minha fé no processo de obtenção de minha cura que tenho certeza acontecerá”.

(J. Nelson)

RESUMO

A Doença de Parkinson é caracterizada por uma síndrome clínica em que ocorre a junção de movimentos lentos com rigidez muscular e/ou tremor em repouso. Por ser uma doença progressiva e sem cura até agora, tem gerado grande impacto social e financeiro, interferindo na rotina daqueles que são afetados. É na Atenção Básica que a fisioterapia pode ajudar a diminuir o impacto econômico e social relacionado à doença de Parkinson, promovendo melhores resultados clínicos e qualificando a vida dos pacientes e seus cuidadores, no entanto, muitos pacientes não têm acesso adequado a esses cuidados, especialmente em locais onde a disponibilidade de serviços de reabilitação é consistentemente limitada. O objetivo geral é compreender as atribuições do fisioterapeuta no cuidado das pessoas com Doença de Parkinson na Atenção Básica (AB). Trata-se de um estudo com revisão bibliográfica, descritiva e qualitativa. Os dados alcançados destacam a importância de garantir a oferta e acesso aos tratamentos de reabilitação, além de reduzir os impactos na qualidade de vida e na sobrecarga dos serviços de saúde mais complexos. No que diz respeito ao efeito do diagnóstico de Parkinson, percebe-se que é um desafio significativo para os indivíduos lidarem com a doença, impactando suas atividades diárias que antes eram simples. Foi unânime pelas pesquisas, que na Atenção Básica, há uma grande procura por serviços de fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde, ocasionando longos períodos de espera, fato este gerando insatisfação dos usuários do SUS. Ademais, o tratamento fisioterapêutico para pacientes com Parkinson desempenha um papel crucial na melhoria do estado físico do indivíduo afetado por essa condição, visando restaurar e/ou manter as funções motoras e incentivar a autonomia nas atividades diárias, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Espera-se que esse conhecimento, possa sensibilizar aos gestores, que a oferta e garantia dos cuidados de reabilitação desempenhados pelos fisioterapeutas, e estes poderão impactar significativamente na redução das lacunas assistenciais para os agravos e cuidados, além de tudo, minimizar os impactos de superlotação em serviços de média e alta complexidade tornando assim os serviços de Unidades Básicas de Saúde uma assistência mais acessível.

Palavras Chave: Doença de Parkinson. Atenção Básica. Fisioterapia.

ABSTRACT

Parkinson's disease is characterized by a clinical syndrome in which slow movements are combined with muscle stiffness and/or tremor at rest. As it is a progressive disease with no cure to date, it has generated a great social and financial impact, interfering in the routine of those affected. It is in primary care that physiotherapy can help reduce the economic and social impact related to Parkinson's disease, promoting better clinical results and improving the lives of patients and their caregivers. However, many patients do not have adequate access to this care, especially in places where the availability of rehabilitation services is consistently limited. The general objective is to understand the physiotherapist's duties in the care of people with Parkinson's disease in Primary Care (PC). This is a descriptive and qualitative bibliographic review study. The data obtained highlight the importance of ensuring the supply and access to rehabilitation treatments, in addition to reducing the impacts on quality of life and the overload of more complex health services. Regarding the effect of a Parkinson's diagnosis, it is clear that it is a significant challenge for individuals to deal with the disease, impacting their daily activities that were previously simple. The research unanimously concluded that in Primary Care, there is a high demand for physiotherapy services in Basic Health Units, resulting in long waiting times, a fact that generates dissatisfaction among SUS users. Furthermore, physiotherapy treatment for patients with Parkinson's plays a crucial role in improving the physical condition of individuals affected by this condition, aiming to restore and/or maintain motor functions and encourage autonomy in daily activities, providing a better quality of life. It is expected that this knowledge can raise awareness among managers that the provision and guarantee of rehabilitation care provided by physiotherapists, and these can have a significant impact on reducing gaps in care for injuries and care, in addition to minimizing the impacts of overcrowding in medium and high complexity services, thus making Basic Health Unit services more accessible.

Keywords: Parkinson's disease. Primary care. Physiotherapy

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Fluxograma da metodologia do estudo.	31
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tipos de fatores.....	17
Quadro 2 – Estágio da doença de Mal de Parkson.	17
Quadro 3 – Classificação das Síndromes Parkinsonianas.....	18

LISTA DE TABELA

Tabela 1 – Seleção de escritas científicas para discussão por base de dados.....	30
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica.

ABAPS – Atenção Básica à Saúde.

APS – Atenção Primária à Saúde.

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

DP – Doença de Parkinson.

GM/MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde.

MS – Ministério da Saúde.

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 CONCEITO DA DOENÇA DE PARKINSON	15
2.2 ETIOPATOGENIA	16
2.3 ESTÁGIOS DE PROGRESSÃO DA DOENÇA DE PARKINSON	17
2.4 CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES PARKINSONIANAS	18
2.5 TRATAMENTO	19
2.6 QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE PARKINSON	22
2.7 A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	23
2.7.1 A Fisioterapia na Atenção Básica	24
2.7.2 A Importância da Fisioterapia na qualidade de vida do portador da Doença de Doença de Parkinson	28
3 METODOLOGIA	30
3.1 TIPO DE PESQUISA	30
3.2 IDENTIFICAÇÃO LOCALIZAÇÃO E ANALISE DAS FONTES	30
3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO	31
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	32
4 RESULTADO E DISCUSSÃO	33
4.1 IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE PARKINSON NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO	33
4.2 DEMANDA PARA FISIOTERAPIA AO NÍVEL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	35
4.3 ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO DAS PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON	37
5 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em diversos países em desenvolvimento, é perceptível uma transformação na distribuição da faixa etária da população, com um crescimento considerável no número de idosos. É relevante destacar que, com o avanço da idade da população, as pessoas passam a ser mais propensas a desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo a doença de Parkinson uma delas, e esta pode ser observada em todos os segmentos étnicos e classes sociais. Embora tenha uma incidência maior em pessoas idosas, também pode afetar indivíduos mais jovens. (BRASIL, 2017).

Conforme Postuma *et al.* (2015), dizem que a Doença de Parkinson é caracterizada por uma síndrome clínica marcada pela presença de bradicinesia associada à rigidez muscular e/ou tremor em repouso. Trata-se de uma enfermidade progressiva e, até o momento, sem cura, o que resulta em expressivo impacto social, econômico e funcional, interferindo diretamente na rotina e na qualidade de vida das pessoas acometidas. Nesse contexto, dados do Estudo Global de Carga de Doenças 2021 indicam que a Doença de Parkinson afeta aproximadamente 11,77 milhões de indivíduos em todo o mundo, apresentando aumento significativo de sua prevalência com o avanço da idade, o que a caracteriza como um relevante problema de saúde pública em escala global.

Dessa maneira, cabe à equipe de saúde, juntamente com o fisioterapeuta, oferecer suporte ao paciente sempre que necessário. Neste sentido, a questão norteadora em que o estudo procura responder é a seguinte: como o diagnóstico de Parkinson afeta a qualidade de vida das pessoas que o recebe?

O objetivo geral desse estudo foi compreender as atribuições do fisioterapeuta no cuidado das pessoas com Doença de Parkinson na Atenção Básica (AB). Os objetivos específicos incluem: analisar a demanda para fisioterapia ao nível de Atenção Básica e descrever as atribuições do profissional fisioterapeuta para o cuidado das pessoas com DP.

A vida dos pacientes com essa demência, é consideravelmente afetada pela qualidade de vida, e é crucial detectar a doença em sua fase inicial, o que representa um desafio para os profissionais de AB Além disso, é fundamental identificar e acompanhar de perto as possíveis complicações da doença, a fim de oferecer o suporte adequado aos pacientes e seus familiares (BRASIL, 2017).

Uma parte significativa dos habitantes do Brasil depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para ter acesso aos serviços de saúde, sendo a Atenção Básica a principal estrutura de apoio para o modelo de assistência, com foco na Saúde da Família. O papel do fisioterapeuta, nesse contexto, vai além da reabilitação, envolvendo práticas direcionadas para o cuidado completo do paciente.

Dessa forma, a motivação para este estudo está fundamentada no fato de que a Atenção Básica é o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde, portanto é fundamental que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados e os serviços de saúde sejam organizados para garantir um tratamento abrangente e eficiente aos indivíduos que sofrem com essa enfermidade. É na Atenção Básica que a fisioterapia pode ajudar a diminuir o impacto econômico e social relacionado à doença de Parkinson, promovendo melhores resultados clínicos e qualificando a vida dos pacientes e seus cuidadores, no entanto muitos pacientes não têm acesso adequado a esses cuidados, especialmente em locais onde a disponibilidade de serviços de reabilitação é consistentemente limitada.

A pesquisa foi dividida em cinco partes: início com a introdução; em seguida o embasamento teórico; foram abordados os principais princípios e teorias que fundamentam a análise realizada, promovendo uma compreensão detalhada do assunto; a seguir a metodologia descreveu os procedimentos e técnicas empregados para a coleta e análise dos dados; os resultados analisaram as descobertas da pesquisa, à luz da base teórica, ressaltando as principais conclusões e interpretações e na seção final, conclusão, foram apresentados os resultados alcançados, destacando as contribuições da pesquisa, suas limitações e sugestões para pesquisas futuras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITO DA DOENÇA DE PARKINSON

A primeira descrição da Doença de Parkinson (DP) foi feita em 1817 por James Parkinson, um médico inglês, que a nomeou de "paralisia agitante". O nome foi mais tarde substituído por Doença de Parkinson em referência ao seu precursor (ANDRÉ, 2004). Durante o século XIX, James Parkinson mencionou pela primeira vez em seus estudos a Doença de Parkinson (DP), descrevendo-a como uma condição neurológica crônica, degenerativa e progressiva que afeta diretamente as habilidades motoras. A DP surge devido à rápida deterioração dos neurônios localizados no mesencéfalo, conhecido como substância negra, que é responsável pela produção e liberação da dopamina, um neurotransmissor essencial para o controle dos movimentos. Por conseguinte, atualmente é sabido que a DP apresenta diferentes estágios, permitindo a avaliação da sua progressão (SILVA *et al.*, 2020).

Segundo Santos *et al.* (2022) a DP, dentre as doenças neurológicas, é a que mais tem avançado em todo o mundo, sendo considerada a segunda doença neurodegenerativa mais comum. Trata-se de uma enfermidade progressiva e de longa duração com sua origem no sistema nervoso central, afetando os gânglios da base, ocasionada pela escassez de dopamina - um neurotransmissor - na via nigroestriatal e cortical, prejudicando principalmente o sistema motor.

A doença de Parkinson caracteriza-se como um distúrbio neurológico progressivo que afeta predominantemente o sistema motor, caracterizado por tremores, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural. Originada pela degeneração de neurônios dopaminérgicos na substância negra do cérebro, a doença tem implicações profundas na qualidade de vida dos pacientes (ANGULO *et al.*, 2024).

A Doença de Parkson é reconhecida como a forma mais comum de demência em idosos e está associada tanto à idade avançada quanto a fatores de risco cardiovascular e neurológico. A prevalência de demências em adultos com 60 anos ou mais está estimada em cerca de 8,5% no Brasil, correspondendo a aproximadamente 1,8 milhão de indivíduos, com projeção de crescimento para 5,7 milhões até 2050 devido ao envelhecimento da população. Globalmente, mais de 55 milhões de pessoas vivem com demência, sendo a maior parte atribuída ao Alzheimer,

e a tendência é de aumento expressivo nas próximas décadas frente ao crescimento da população idosa (BRASIL, 2023).

É fundamental ter conhecimento das diferentes manifestações clínicas e suas variações para realizar um diagnóstico preciso. Podem ser identificados três subtipos clínicos: aquele em que o tremor é predominante, o que apresenta predominância de acinesia, rigidez e distúrbios do equilíbrio e marcha, e o tipo misto, que é o mais comum (FERRAZ, 2018).

A obrigatoriedade de notificação da Doença de Parkinson não é prática corrente no Brasil, o que dificulta estimativas precisas de sua prevalência no país. Estudos indicam que a prevalência da doença aumenta com a idade, sendo mais comum em idosos acima de 60 anos e associada à maior número de hospitalizações entre essa faixa etária, conforme dados do Sistema Único de Saúde. Observa-se que a distribuição epidemiológica da doença é heterogênea entre as diferentes regiões brasileiras, refletindo variações nos padrões de acesso aos serviços de saúde. Dito isso, fatores socioeconômicos ou limitações dos serviços de saúde podem interferir tanto no diagnóstico precoce quanto no acompanhamento adequado dos casos,

2.2 ETIOPATOGENIA

Conforme Teive (2005), de modo geral, é possível identificar claramente a progressiva perda de neurônios na região compacta da substância nigra do mesencéfalo. Estima-se que, em média, seja necessária uma perda neuronal acima de 60% para que os sintomas característicos da doença se manifestem.

A deficiência resultante de dopamina, que leva à disfunção da via nigroestriatal, é apontada como a responsável pela fisiopatologia da Doença de Parkinson. As teorias sobre as causas da doença têm variado entre duas correntes principais: os fatores ambientais prejudiciais e os fatores genéticos (MENESES; TEIVE, 2003).

Apresenta-se no Quadro 1 que a Doença de Parkinson possui origem multifatorial, resultante da interação entre fatores ambientais e genéticos. Em relação aos fatores ambientais, estudos apontam maior incidência da doença em indivíduos expostos a pesticidas, herbicidas e substâncias químicas industriais, embora ainda não existam evidências conclusivas que comprovem uma relação direta de causa e efeito. No que se refere aos fatores genéticos, verifica-se que uma parcela dos pacientes apresenta histórico familiar, indicando possível predisposição hereditária.

Quadro 1 – Tipos de fatores.

TIPOS	DESCRIÇÃO
Fatores Tóxicos ambientais	Vários estudos têm associado a maior frequência de aparecimento da DP em pacientes que vivem em zona rural, que fazem uso de água de poço e que estão mais expostos a pesticidas e herbicidas. Outra associação seria a exposição a produtos químicos industriais, como: manganês, mercúrio, cianeto, dissulfeto de carbono, solventes e produtos petroquímicos. Apesar de todas essas associações com a DP, não há evidências científicas convincentes da relação causa efeito entre fatores tóxicos ambientais e desenvolvimento de DP
Fatores Genéticos	Sempre se acreditou que existisse uma predisposição genética para a DP, pois se estima que cerca de 20% dos pacientes portadores da doença têm, pelo menos, um parente de primeiro grau com DP. As dúvidas que surgem dentro dessa linha de raciocínio estão relacionadas às questões da predisposição genética a fatores ambientais tóxicos na DP, ou, ainda, à presença de um defeito genético que poderia produzir toxinas endógenas
Fator Etiopatogênico	É o mais importante, e é chamado causa multifatorial, ou seja, é a combinação de predisposição genética com a presença de fatores tóxicos ambientais

Fonte: Bezerra (2024).

Nesse sentido, destaca-se que o fator etiopatogênico mais relevante corresponde à associação entre predisposição genética e exposição a agentes ambientais, evidenciando a atuação conjunta desses elementos no desenvolvimento da doença, reforçando o caráter multifatorial no desenvolvimento da doença.

2.3 ESTÁGIOS DE PROGRESSÃO DA DOENÇA DE PARKINSON

Buscando compreender e uniformizar as características da progressão da doença, desenvolveram uma escala que a divide em 5 (cinco) estágios, conforme descrito no Quadro 2 (FERRAZ, 2018).

Quadro 2 – Estágio da doença de Mal de Parkson.

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO
1	O indivíduo apresenta comprometimento unilateral do corpo, sem haver comprometimento funcional importante;
2	Há um comprometimento maior e os distúrbios motores passam a apresentarem-se bilateralmente, sem comprometimento do equilíbrio;
3	A doença é bilateral, branda e moderada, há alguma instabilidade postural presente e o indivíduo ainda é funcionalmente independente;
4	Há uma incapacidade grave, mas o indivíduo ainda consegue caminhar e ficar de pé sem ajuda;
5	Geralmente o indivíduo encontra-se confinado à cadeira de rodas.

Fonte: Ferraz (2018).

No início do quadro de Parkinson, o indivíduo pode apresentar dificuldades como micrografia e câimbras ao escrever por longos períodos. Já em fases

posteriores, como a terceira, as atividades diárias como higiene, alimentação, vestuário e mobilidade são comprometidas devido à dificuldade de manter a postura ortostática, especialmente em tarefas que demandam permanência prolongada, como tomar banho e preparar refeições. No estágio quatro, a locomoção ainda é possível, porém há uma perda gradual na capacidade de realizar atividades que exigem controle motor mais preciso, como se vestir, se alimentar e manter a higiene (COSTA, 2016).

Já no estágio cinco, o indivíduo necessita de ajuda para cuidar de si mesmo. A deterioração dos parâmetros físicos, como força muscular, resistência, equilíbrio e agilidade, leva a uma limitação funcional que resulta em dependência física. Quando esses parâmetros caem abaixo do necessário para as atividades diárias básicas, como se vestir, tomar banho, levantar da cama, sentar em uma cadeira, usar o banheiro, comer e andar, ocorre a dependência funcional, afetando significativamente a qualidade de vida dos indivíduos com Parkinson (BERTOLUCCI *et al.*, 2021).

2.4 CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES PARKINSONIANAS

O parkinsonismo compreende uma série de enfermidades que têm em comum a presença de sinais semelhante à DP, sendo este classificado em quatro grupos principais, como descrito no Quadro 3 (FERREIRA, 2021).

Quadro 3 – Classificação das Síndromes Parkinsonianas.

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Parkinsonismo primário ou idiopático	(Doença de Parkinson): é uma das muitas formas de parkinsonismo e também a mais frequente. Ela corresponde a cerca de 75% de todas as formas de parkinsonismo.
Parkinsonismo secundário	São condições em que uma causa específica pode ser identificada. é composto por: Parkinsonismo pósencefálico, Parkinsonismo medicamentoso, Parkinsonismo arteriosclerótico e Parkinsonismo tóxico.
Parkinsonismo-plus	São formas mais incapacitantes de parkinsonismo, pois o processo degenerativo não se restringe à substância nigra e acomete outras regiões do cérebro. A progressão costuma ser mais rápida, e as medicações antiparkinsonianas não são tão eficazes como na Doença de Parkinson. Este tipo de parkinsonismo é composto por: Degeneração estriatonigral, Atrofia olivo-ponto-cerebelar, Síndrome de Shy-Drager, Paralisia supranuclear progressiva e Degeneração córtico-basal.
Parkinsonismo associado a outras doenças degenerativas	algumas doenças degenerativas podem evoluir com sinais de parkinsonismo. Essas doenças são: Doença de Huntington, Doença de Hallervorden-Spatz, Distonia e Doença de Wilson

Fonte: Adaptado de Ferreira (2021).

Observa-se no Quadro 3, conforme explicado por Ferreira (2021), que a classificação do parkinsonismo permite compreender suas diferentes formas de manifestação, sendo o tipo primário ou idiopático, conhecido como Doença de Parkinson, o mais frequente, correspondendo à maioria dos casos. O parkinsonismo secundário, por sua vez, está relacionado a causas específicas identificáveis, como o uso de medicamentos, intoxicações ou outras condições neurológicas. Já o parkinsonismo-plus caracteriza-se por maior gravidade, uma vez que o processo degenerativo atinge diferentes áreas do cérebro, apresenta progressão mais rápida e menor resposta ao tratamento medicamentoso.

Além disso, há o parkinsonismo associado a outras doenças degenerativas, nas quais os sinais parkinsonianos surgem como parte da evolução de enfermidades neurológicas mais amplas, evidenciando a diversidade de condições relacionadas a essa síndrome (FERREIRA, 2021).

2.5 TRATAMENTO

Os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos da Doença de Parkinson têm como objetivo principal o controle dos sintomas motores e não motores, uma vez que, até o momento, não existem terapias capazes de interromper ou reverter a progressão da doença. O enfoque terapêutico concentra-se na compensação da deficiência dopaminérgica nos gânglios da base, buscando restaurar, ainda que de forma parcial, a neurotransmissão dopaminérgica e, conseqüentemente, melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (FERRAZ, 2018).

Entre as opções farmacológicas disponíveis, a levodopa permanece como o medicamento mais eficaz no tratamento da Doença de Parkinson. A levodopa é o precursor metabólico imediato da dopamina e possui a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica, sendo posteriormente convertida em dopamina no sistema nervoso central pela ação da enzima L-aminoácido aromático descarboxilase. No entanto, essa enzima encontra-se em maior concentração nos tecidos periféricos, o que leva à conversão precoce da levodopa fora do cérebro, exigindo doses mais elevadas para alcançar níveis terapêuticos centrais quando administrada isoladamente (KOROLKOVAS; FRANÇA, 2019).

A introdução da levodopa, no final da década de 1960, representou um marco histórico no tratamento da Doença de Parkinson. Pacientes que anteriormente se

encontravam gravemente incapacitados, muitos deles restritos ao leito ou à cadeira de rodas, passaram a recuperar parte significativa da mobilidade funcional, tornando a Doença de Parkinson a primeira enfermidade neurodegenerativa tratada com reposição de neurotransmissores. Apesar dos benefícios iniciais expressivos, o uso da levodopa também passou a ser associado a efeitos adversos, especialmente nos estágios iniciais do tratamento, como náuseas, vômitos, intolerância gastrointestinal, hipotensão ortostática e alterações psiquiátricas (FERRAZ, 2018).

Com o objetivo de reduzir esses efeitos colaterais periféricos, a levodopa passou a ser administrada em associação com inibidores da dopa descarboxilase periférica, como a carbidopa ou a benserazida. Essa combinação permite que uma maior quantidade de levodopa alcance o sistema nervoso central, possibilitando a redução da dose necessária e melhorando o perfil de tolerabilidade do tratamento (FERRAZ, 2018).

Entretanto, o uso prolongado da levodopa está associado ao surgimento de complicações motoras, como as flutuações motoras e as discinesias induzidas pelo medicamento. Estudos indicam que aproximadamente 40% a 50% dos pacientes desenvolvem essas complicações após cinco anos de tratamento contínuo, especialmente aqueles diagnosticados em idades mais precoces (BERTOLUCCI *et al.*, 2021).

Além da levodopa, outras opções farmacológicas podem ser utilizadas de forma isolada ou associada, especialmente nos estágios iniciais da doença ou como estratégia para retardar o uso da levodopa. Entre essas alternativas destacam-se os inibidores da monoaminoxidase tipo B, como a selegilina; os medicamentos anticolinérgicos, como o biperideno e a triexifenidila; a amantadina; e os agonistas dopaminérgicos, como bromocriptina, pramipexol e ropinirol. A escolha do esquema terapêutico deve considerar fatores como idade do paciente, estágio da doença, perfil clínico e presença de comorbidades (FERRAZ, 2018; BERTOLUCCI *et al.*, 2021).

Nos casos em que o tratamento farmacológico não proporciona mais controle satisfatório dos sintomas ou quando surgem complicações motoras refratárias, o tratamento cirúrgico pode ser indicado. As principais indicações incluem pacientes com boa resposta prévia à levodopa, mas que evoluíram com flutuações motoras severas, discinesias incapacitantes ou fenômeno “on-off” de difícil controle clínico. Pacientes com outras formas de parkinsonismo ou com comprometimento cognitivo significativo, em geral, não são candidatos à cirurgia (FERRAZ, 2018).

Existem duas abordagens cirúrgicas principais: os procedimentos lesivos e a estimulação cerebral profunda. Entre os procedimentos lesivos destacam-se a talamotomia e a palidotomia. A talamotomia, direcionada ao tálamo, é indicada principalmente para pacientes com tremor refratário, podendo reduzir sua intensidade em até 80%, embora esteja associada a riscos como distúrbios da fala e da linguagem, sobretudo quando realizada bilateralmente. Já a palidotomia estereotáxica, realizada na região pósterio-lateral do globo pálido interno, é eficaz no controle das discinesias induzidas pela levodopa, com melhora clínica significativa (SILVA *et al.*, 2023).

A estimulação cerebral profunda consiste na implantação de eletrodos em áreas específicas do cérebro, conectados a um gerador de pulsos que emite estímulos elétricos contínuos. Essa técnica tem demonstrado resultados clínicos semelhantes ou superiores aos procedimentos lesivos, com a vantagem de ser reversível e ajustável, além de poder ser realizada bilateralmente com menor risco de complicações neurológicas graves. A estimulação cerebral profunda contribui para a redução da rigidez, dos tremores, da bradicinesia e das discinesias, além de permitir a redução das doses de medicamentos em muitos casos (BERTOLUCCI *et al.*, 2021).

Apesar de seus benefícios, a estimulação cerebral profunda apresenta limitações, como o alto custo, o risco de infecções, falhas do equipamento e a necessidade de acompanhamento especializado contínuo. Em determinadas regiões, os procedimentos ablativos ainda são mais frequentes, sobretudo quando realizados por equipes experientes, apresentando baixos índices de complicações permanentes. Estudos mais recentes também investigam abordagens inovadoras, como o transplante celular e terapias regenerativas, que representam perspectivas promissoras para o futuro do tratamento da Doença de Parkinson (SILVA; MEJIA, 2020).

Além das intervenções farmacológicas e cirúrgicas, o manejo da Doença de Parkinson requer uma abordagem multiprofissional e contínua. De acordo com Bertolucci *et al.* (2021), o cuidado integral ao idoso com Parkinson deve considerar não apenas os sintomas motores, mas também os aspectos funcionais, cognitivos, emocionais e sociais. Nesse contexto, as estratégias de reabilitação tornam-se cada vez mais essenciais à medida que a doença progride.

A fisioterapia, a terapia ocupacional e a fonoaudiologia desempenham papel fundamental no tratamento não farmacológico, contribuindo para a manutenção da mobilidade, do equilíbrio, da comunicação, da autonomia funcional e da qualidade de

vida dos pacientes. A atuação integrada desses profissionais é especialmente relevante diante do envelhecimento populacional e da elevada incidência de comorbidades associadas, reforçando a necessidade de um cuidado interdisciplinar centrado no paciente (SILVA; MEJIA, 2020).

2.6 QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA DE PARKINSON

A OMS estabeleceu indicadores de qualidade de vida, conhecidos como WHOQOL - Organização Mundial da Saúde / Qualidade de Vida, com o objetivo de definir um conceito pessoal para qualidade de vida. De acordo com a definição, qualidade de vida é a forma como o indivíduo percebe sua situação na sociedade, levando em consideração a cultura e valores presentes, bem como metas, expectativas, padrões e preocupações pessoais. Este conceito abrange diversos aspectos, como saúde física, bem-estar psicológico, autonomia, relações interpessoais, crenças individuais e interação com o ambiente ao seu redor. Os impactos físicos, mentais, emocionais, sociais e econômicos resultantes dos sintomas e complicações da doença de Parkinson podem afetar diretamente a capacidade e qualidade de vida do paciente, levando-o a se isolar e se afastar das atividades sociais (LANA *et al.*, 2007).

Os parkinsonianos têm uma percepção negativa da sua qualidade de vida em relação aos aspectos físicos da doença. Os principais sintomas da doença de Parkinson são de natureza motora e, juntamente com a falta de atividade física e o distanciamento social, impactam significativamente na qualidade de vida dos pacientes. Portanto, é importante dedicar atenção aos sintomas motores no tratamento da doença de Parkinson, a fim de melhorar a percepção da qualidade de vida por parte dos pacientes (AZEVEDO; CARDOSO; REIS, 2003).

No entanto, a diminuição do avanço da doença resulta em um impacto mais significativo na qualidade de vida. Esse fato pode ser justificado pela reação imediata dos pacientes, ao perceberem que estão lidando com uma doença que não tem cura, é progressiva e pode levá-los a dependerem fisicamente, emocionalmente e financeiramente de terceiros, acarretando dificuldades emocionais (BERTOLUCCI *et al.*, 2021).

Esse quadro clínico vem a comprometer a independência funcional do indivíduo, desde a mobilidade no leito, a transferência para cadeira e vasos sanitários,

a prática das atividades de autocuidado (higienização, vestuário, alimentação), atividades laborativas e de lazer, restringindo, conseqüentemente, sua vida social (COSTA, 2016).

2.7 A ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

O conceito de Atenção Básica de Saúde (ABS) foi sugerido, a princípio, pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, evento realizado em setembro de 1978, em Alma-Ata, URSS. Este tratado foi assinado por 134 países com o intuito de destacar a importância de ações dos governos, profissionais de saúde e comunidades em geral na promoção e proteção da saúde de todas as pessoas, sendo crucial para o progresso social e econômico e para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2002).

A declaração enfatiza que os cuidados primários são essenciais para a saúde, baseados em tecnologias adequadas que tornem os serviços de saúde acessíveis a todos, sendo o primeiro ponto de contato do sistema de saúde com indivíduos, famílias e comunidades. Além disso, a proximidade com os locais de trabalho e residência é fundamental, sendo o ponto de partida para a continuidade do cuidado com a saúde (BRASIL, 2002).

A ABS, também conhecida como Atenção Básica (AB), estabelece uma base de trabalho para todas as áreas dos sistemas de saúde, organizando e aprimorando a utilização dos recursos para promover, prevenir e preservar a saúde. Dessa forma, funciona como o primeiro ponto de contato para identificar as necessidades e questões por meio de um cuidado abrangente voltado para as pessoas, e não apenas para as doenças ou condições específicas. Inclui serviços de aconselhamento, planejamento, tratamento e controle de enfermidades, além de cuidados temporários e reabilitação, de maneira contínua, tanto de forma individual quanto coletiva (OMS, 2018).

A Atenção Básica de acordo com a Política Nacional de Atenção Primária (PNAP) é definida como um conjunto de medidas de saúde, tanto a níveis individuais quanto coletivos, que engloba a promoção e proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de riscos e a preservação da saúde com o intuito de fornecer um cuidado completo que influencie

na condição de saúde e independência das pessoas e nos fatores determinantes e condicionantes de saúde das comunidades (BRASIL, 2017).

A Assistência Primária será disponibilizada de forma completa e sem custos para todos os indivíduos, levando em consideração suas necessidades e as demandas locais, levando em conta os fatores que influenciam a saúde. O referido trecho do segundo Artigo da Portaria nº 2.436, de setembro de 2017, demonstra claramente como a PNAB apoia a promoção da saúde e vice-versa (BRASIL, 2017).

O cuidado na Atenção Básica, é um conjunto de métodos de saúde, tanto individuais quanto coletivos, que no Brasil, ao longo do desenvolvimento do SUS, foi chamado de cuidado básico de saúde. Atualmente, o cuidado primário de saúde é reconhecido globalmente como a base para um novo modelo de assistência à saúde que coloca o usuário como centro (BRASIL, 2017).

De acordo com Giovanella *et al.* (2008), os serviços de saúde de primeira linha, voltados para atender as doenças e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, são em geral denominados de Cuidado Primário de Saúde.

Para implementar a política de saúde, como a Promoção da Saúde e a Atenção Básica, é essencial promover e adotar práticas destinadas a indivíduos e grupos, em um enfoque de trabalho interdisciplinar, integrado e em redes, levando em consideração as demandas de saúde da comunidade, por meio de uma atuação coordenada entre os diversos envolvidos, em uma região específica, conforme descrito na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2015).

2.7.1 A Fisioterapia na Atenção Básica

A Fisioterapia é uma área da saúde que surgiu historicamente há muitos séculos, quando pessoas utilizavam recursos naturais para se recuperarem de doenças. O desenvolvimento da fisioterapia teve início durante as Guerras Mundiais, que resultaram em um grande número de lesões e mutilações, causando altos custos financeiros devido a acidentes de trabalho. Essas situações prejudicavam a capacidade de trabalho das pessoas, então era essencial reabilitar a função física original desses indivíduos. Para ajudá-los a se reintegrarem socialmente e profissionalmente, quando a reintrodução não era possível, eles eram preparados

para desempenhar outras funções de acordo com suas habilidades físicas restantes (NASCIMENTO *et al.*, 2006).

O surgimento da poliomielite, durante a década de 1950, foi um elemento significativo no progresso da fisioterapia. Essa doença viral afetou especialmente pessoas não vacinadas, principalmente crianças, resultando em mortes ou deixando sequelas e paralisia. Em território brasileiro, as localidades mais impactadas foram São Paulo e Rio de Janeiro, o que estimulou a formação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) (COFFITO, 2021).

Neste contexto surgiram a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ) e a Universidade de São Paulo (USP), com o objetivo de capacitar profissionais em fisioterapia, seguindo as diretrizes dos médicos. Posteriormente, foi estabelecido por meio do Decreto-Lei n. 938, de 13 de outubro de 1969, que essa profissão seria de nível superior. Os fisioterapeutas continuaram responsáveis por atividades de reabilitação e preservação da capacidade física dos pacientes em hospitais e clínicas privadas, tendo autonomia para tomar decisões no tratamento (NASCIMETO *et al.*, 2006).

Com o objetivo de suprir lacunas na legislação e promover uma organização mais eficiente das atribuições profissionais no âmbito da saúde, foi instituída, em 17 de dezembro de 1975, a Lei nº 6.316. Essa legislação estabeleceu o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, responsáveis por normatizar, fiscalizar e orientar o exercício profissional dessas categorias no Brasil. Desde então, esses conselhos têm desempenhado papel fundamental na regulamentação das práticas profissionais, na garantia da ética, da autonomia técnica e na consolidação da atuação do fisioterapeuta nos diferentes níveis de atenção à saúde, conforme reafirmado por documentos institucionais e publicações recentes do sistema COFFITO/CREFITO (COFFITO, 2021).

O fisioterapeuta é reconhecido como um profissional da área da saúde, com formação acadêmica de nível superior, autonomia técnica e atuação voltada ao cuidado integral do indivíduo e da coletividade. Sua prática abrange ações de prevenção, promoção, reabilitação e recuperação da saúde, com foco no movimento humano, na funcionalidade e na capacidade física ao longo do ciclo de vida. Além do cuidado individual, o fisioterapeuta assume responsabilidade social ao contribuir para o bem-estar da comunidade, atuando na prevenção e no tratamento de disfunções,

bem como na promoção da inclusão social e da participação ativa da população na construção da saúde (COFFITO, 2021).

Tradicionalmente associada aos processos de reabilitação, a atuação do fisioterapeuta vem passando por importantes transformações, acompanhando os avanços da ciência, das políticas públicas de saúde e das necessidades sociais. Atualmente, sua prática não se restringe à avaliação da condição clínica do paciente, mas se amplia para a compreensão dos fatores ambientais, sociais e culturais que influenciam o processo saúde-doença. Essa abordagem ampliada permite uma atuação mais efetiva tanto na saúde coletiva quanto na Atenção Primária à Saúde, fortalecendo o cuidado integral e longitudinal (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, observa-se uma busca crescente por estratégias que integrem o fisioterapeuta às equipes multiprofissionais da Atenção Primária, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Estudos apontam que a inserção do fisioterapeuta nessas equipes favorece práticas que extrapolam o modelo exclusivamente reabilitador, possibilitando ações educativas, preventivas e de promoção da saúde. A consolidação da Estratégia Saúde da Família ampliou significativamente as possibilidades de atuação desse profissional, fortalecendo o trabalho interdisciplinar, a troca de saberes entre os profissionais e a construção coletiva das intervenções em saúde (REZENDE *et al.*, 2009; BRASIL, 2017).

O programa de Reabilitação Baseada na Comunidade constitui uma estratégia relevante nesse processo, ao propor ações voltadas às necessidades das pessoas com deficiência a partir do envolvimento ativo das famílias, lideranças comunitárias e da própria comunidade. Essa abordagem valoriza a criação de oportunidades, a autonomia e a inclusão social, articulando cuidados em saúde, educação, trabalho e participação social (OMS, 2018).

Embora o fisioterapeuta nem sempre esteja formalmente incluído em todos os modelos assistenciais, a experiência da Reabilitação Baseada na Comunidade contribuiu de forma significativa para o fortalecimento da identidade profissional e para a reflexão crítica sobre sua inserção na Atenção Primária à Saúde. A ênfase desse modelo nas ações de prevenção, promoção da saúde e participação comunitária reforça o papel estratégico do fisioterapeuta na melhoria da qualidade de vida da população, especialmente em contextos de vulnerabilidade social (COFFITO, 2021).

O fisioterapeuta tem a capacidade de trabalhar na Atenção Primária à Saúde, com base em conhecimentos relacionados à reabilitação, mas principalmente na

promoção das condições de saúde essenciais para o paciente. O profissional deve realizar atividades de vigilância sanitária, contribuir com projetos epidemiológicos, participar no planejamento, implementação, controle e execução de políticas públicas, além de se envolver no desenvolvimento de pesquisas, programas, cursos, palestras e eventos relacionados à saúde pública. É relevante que ele participe da prevenção de doenças ocupacionais, por meio de programas coletivos para redução de acidentes no local de trabalho, visando evitar a limitação funcional no trabalho (BISPO JUNIOR, 2010).

A atuação do fisioterapeuta nos serviços da AB ainda está em fase inicial, em processo de evolução e não está bem estabelecida. Muitas vezes, o profissional é limitado a ser visto apenas como reabilitador, focando principalmente no tratamento de doenças e sequelas. Esse cenário dificulta a participação efetiva do fisioterapeuta na APS, o que traz desafios para a população, especialmente os mais vulneráveis (TAVARES *et al.*, 2018).

Na Atenção Básica, o especialista faz parte da equipe de saúde e desenvolve ações preventivas ao criar programas para guiar e incentivar a saúde. A atuação do fisioterapeuta é crucial devido às suas habilidades profissionais, quando se trata da prática abrangente ao longo da vida do paciente, incluindo visitas domiciliares a pacientes com doenças crônicas e degenerativas, bem como assistência no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças, oferecendo orientações aos pais ou responsáveis; cuidando de idosos acamados e realizando atividades para mulheres após o parto e na transição para a menopausa (BISPO JUNIOR, 2010).

A pandemia de Covid-19 pegou o mundo de surpresa, afetando o sistema de saúde do Brasil a partir de março de 2020, com milhões de indivíduos infectados e muitos outros falecidos e com sequelas. Essa é uma enfermidade transmitida facilmente que prejudica as vias respiratórias e pode acarretar complicações no coração, nos pulmões, nos rins, no cérebro e na mente dos afetados (BRASIL, 2020).

As equipes de saúde que trabalham na Atenção Básica, desempenham um papel crucial no combate a essa doença. Manter a continuidade e a coordenação do cuidado dentro das redes de saúde, ao identificar e confirmar casos leves e graves dos sintomas, exige ação de serviços especializados. Somente ações bem coordenadas, que envolvam cuidados comunitários, atendimento de emergência e hospitais, aliadas a tecnologias eficazes, são capazes de enfrentar o vírus de forma eficaz. Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde se torna essencial para rastrear,

acolher, monitorar, encaminhar e tratar pessoas suspeitas ou diagnosticadas (BRASIL, 2020).

O fisioterapeuta, nesta lógica, deverá seguir orientações desenvolvidas pela comunidade ou região onde atua, a partir daquelas baseadas nas recomendações do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na AB, concedidas pelo MS, em conformidade com as singularidades e a realidade local (SANTOS; DIAS; CAMELIER, 2020).

2.7.2 A Importância da Fisioterapia na qualidade de vida do portador da Doença de Doença de Parkinson

No Mal de Parkinson, a principal atenção é voltada para a rigidez devido à perda de amplitude nos movimentos e à dificuldade de locomoção causada pelo desequilíbrio. Para combater esses problemas, a fisioterapia adota programas de reabilitação e treinamentos, visando melhorar a capacidade física do paciente, ampliar a amplitude dos movimentos, fortalecer o equilíbrio, corrigir a postura e promover a autoestima, o bem-estar e a qualidade de vida. Entretanto, a maioria dos estudos aponta para a importância de um tratamento multidisciplinar, o que nem sempre ocorre na prática. Os benefícios da fisioterapia são mais evidentes quando combinados com o tratamento medicamentoso, sendo que os resultados variam de acordo com a progressão e o estágio da doença (SILVA; MEJIA, 2014).

O manejo não invasivo da enfermidade de Parkinson concentra-se em regular os sinais motores e não motores da doença, aliado ao emprego de fármacos para repor a dopamina, sendo a levodopa o mais comum. Contudo, o emprego prolongado de dopamina externa resulta em oscilações motoras, como a discinesia, apesar de haver uma diversidade de medicamentos antiparkinsonianos que preservam a habilidade funcional (BERTOLUCCI *et al.*, 2021).

A abordagem da doença de Parkinson envolve principalmente o uso de medicamentos que afetam significativamente o controle dos movimentos, no entanto, esses medicamentos não conseguem eliminar todos os sintomas, sendo a fisioterapia então recomendada. Com base nos níveis sanguíneos do medicamento, o paciente experimentará um período de máximo efeito da droga (chamado de "on") e um período de mínimo efeito da droga (chamado de "off"). Durante o período "on", os pacientes estão mais aptos a se engajarem em atividades físicas, portanto, a administração da

medicação deve ser ajustada para coincidir com o início de um esforço mais intenso (REUTER; ENGELHARDT, 2002).

A fisioterapia para mal de Parkinson tem desempenha uma função crucial no cuidado do indivíduo afetado por essa condição, pois busca melhorar sua condição física de maneira geral, visando principalmente a recuperação ou preservação da função, promovendo a autonomia nas atividades diárias e, conseqüentemente, aumentando a qualidade de vida (VALVERDE, 2015).

A fisioterapia é utilizada como complemento aos remédios ou à cirurgia empregados no tratamento da doença de Parkinson (DP). Ainda assim, persistem questionamentos a respeito desse tratamento adicional. Sua importância subestimada talvez se explique pela comparação com o tratamento com remédios. A reabilitação deve incluir atividades físicas, treinamento de marcha (com e sem estímulos externos), treinamento de tarefas cotidianas, terapia de relaxamento e exercícios respiratórios. Outro objetivo é fornecer orientações ao paciente e à família sobre os benefícios da terapia por meio de exercícios. É necessário avaliar os sintomas neurológicos, a capacidade de locomoção, as atividades de vida diária (AVD), a qualidade de vida (QV) e a integração psicológica (SANTOS *et al.*, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Neste trabalho, que se baseou em uma revisão bibliográfica, foi realizado um estudo exploratório, teórico e descritivo. A investigação teórica se apoia na análise de pesquisas anteriores, logo, todo estudo científico deve embasar-se em pesquisa bibliográfica (MINAYO, 2024). A descrição da pesquisa foi realizada sem interferência do pesquisador, por meio da coleta de dados de exposição, observação, registro, análise e interpretação dos fatos obtidos pelo estudo (GIL, 2010).

Na investigação qualitativa, não é preciso se atentar a números e estatísticas. É voltada para aprofundar o estudo de um tema específico. Em resumo, os métodos qualitativos são empregados quando a realidade não pode ser quantificada.

3.2 IDENTIFICAÇÃO LOCALIZAÇÃO E ANALISE DAS FONTES

A investigação bibliográfica foi conduzida de maneira exclusivamente digital, e as pesquisas, majoritariamente, são feitas nos seguintes repositórios: Google acadêmico, Scopus, Scielo e PEDro. Foram elegidos a seguinte quantidade de escritas científicas de cada base de dados (Tabela 1).

Tabela 1 – Seleção de escritas científicas para discussão por base de dados.

BASES DE DADOS UTILIZADAS	ESCRITAS CIENTÍFICAS ELEGIDAS
Google Acadêmico	10
Scopus	4
Scielo	1
PEdro	2

Fonte: Elaborado pela Autora do trabalho (2026).

Para facilitar a construção do estudo, o pesquisador pode organizar os trabalhos selecionados por meio de fichas (LAKATOS; MARCONI, 2017). Portanto, foi feito o fichamento de 17 escritas científicas de maneira abrangente, pois faziam jus referência direta aos temas estudados, ou seja, são os artigos acadêmicos abordados e especificamente para a temática que abordam as atribuições do fisioterapeuta no cuidado das pessoas com Doença de Parkinson na Atenção Básica. O recorte

temporal adotado compreendeu o período de 2018 a 2023, priorizando produções científicas recentes e alinhadas aos objetivos da pesquisa.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E INCLUSÃO

Excluíram-se artigos que não tinham relação com o objetivo proposto, artigos em outro idioma, bem como os que não atendiam aos critérios de inclusão. Os descritores foram citados obedecendo à base de pesquisa com o intuito de localizar trabalhos científicos referentes ao assunto abordado neste estudo, foram empregados os seguintes termos-chave como requisitos de seleção na pesquisa: a) Doença de Parkinson, b) Atenção Básica c) Fisioterapia.

Foram selecionados 58 artigos. Após análise, 41 artigos irrelevantes para este estudo foram excluídos e 17 artigos foram selecionados para leitura e exploração. Dentre eles, 17 trabalhos acadêmicos foram selecionados para a elaboração e discussão dos resultados. (Figura 1).

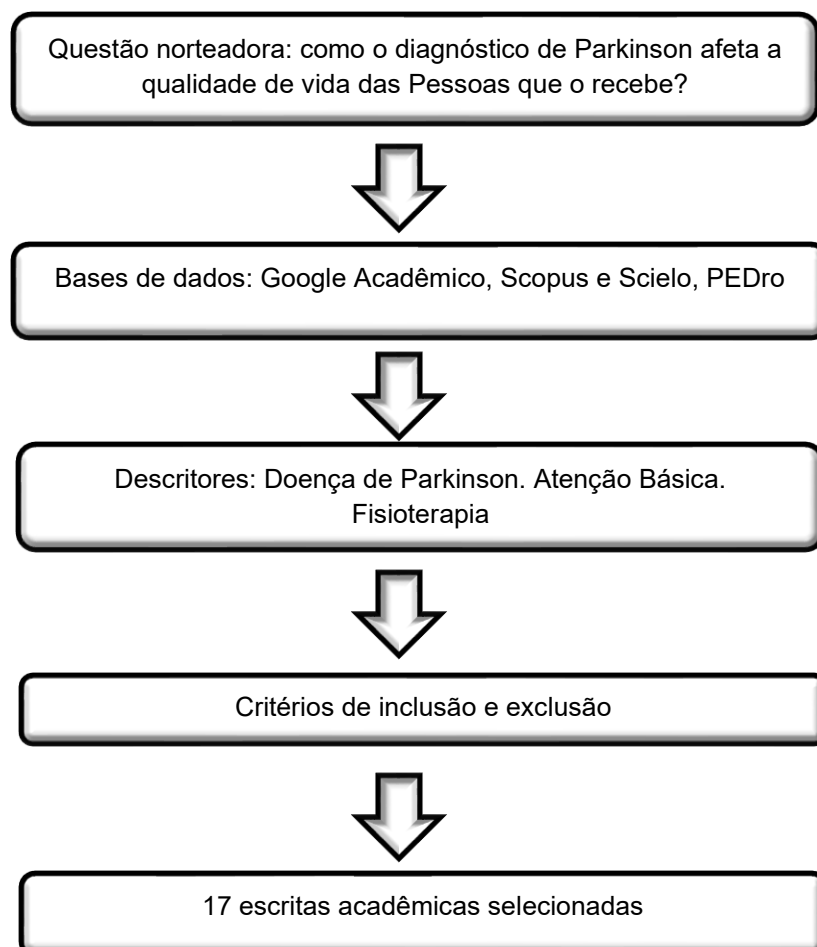


Figura 1 – Fluxograma da metodologia do estudo. Fonte: Elaborado pela Autora do trabalho (2026).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos estabelecidos serão obedecidos no cuidado em garantir a veracidade das informações, bem como em manter a privacidade e o sigilo quando necessário. Dessa forma, todas as referências científicas foram devidamente mencionadas, respeitando as ideias dos respectivos autores, conforme a Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998, que protege os direitos autorais e previne a utilização inadequada, garantindo tanto os direitos morais quanto patrimoniais do autor. Sendo assim, este trabalho valorizou e reconheceu todos os autores em relação à legitimidade de suas obras.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Para a formulação dos resultados e discussão desse estudo, foram selecionados dezessete artigos que fomentaram esse capítulo. Após a análise dos dados, buscou-se alcançar a familiarização com o conteúdo para identificar os temas de análise. Esses temas foram discutidos de acordo com os objetivos propostos na pesquisa. A partir do processo de categorização dos dados obtidos, foi possível definir três temas, denominados: 1- Impacto do diagnóstico de Parkinson na qualidade de vida do idoso 2 - Demanda para fisioterapia ao nível de Atenção Básica 3 - Atribuições do fisioterapeuta no cuidado das pessoas com Doença de Parkinson.

4.1 IMPACTO DO DIAGNÓSTICO DE PARKINSON NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Bertolucci *et al.* (2021) afirmam que a Doença de Parkinson apresenta uma etiologia multifatorial, ainda não completamente elucidada, resultante da interação entre fatores genéticos, ambientais e o processo de envelhecimento. Segundo os autores, exposições prolongadas a pesticidas, solventes industriais e metais pesados estão associadas ao aumento do risco para o desenvolvimento da doença, enquanto os casos exclusivamente genéticos representam uma parcela minoritária. Essa compreensão estabelece a Doença de Parkinson como uma condição complexa, em que fatores de risco e fatores protetores coexistem sobre uma base genética individual.

Silva e Mejia (2020), dialogando com essa perspectiva etiológica, definem a Doença de Parkinson como uma enfermidade crônica, progressiva e neurodegenerativa que compromete de forma significativa os domínios físico, psicológico e social do indivíduo. Os autores confirmam que as limitações impostas pela progressão dos sintomas extrapolam o paciente, alcançando cuidadores e familiares, interferindo na autonomia, na participação social e na organização da vida cotidiana.

Brasil (2022), afirma que a inexistência de tratamento curativo para a Doença de Parkinson exige uma atuação profissional que vá além do controle dos sintomas motores. O documento enfatiza que o cuidado deve contemplar aspectos funcionais, emocionais e sociais, reforçando a necessidade de abordagens multiprofissionais

voltadas à promoção da autonomia e à melhoria da qualidade de vida do idoso e de sua rede de apoio.

Silva e Mejia (2020), ao aprofundarem a discussão sobre qualidade de vida, definem esse conceito como resultado da interação entre saúde física, estado emocional, cognição, espiritualidade, relações interpessoais e ambiente. No contexto da Doença de Parkinson, os autores destacam que as alterações motoras, como tremores, rigidez, bradicinesia, instabilidade postural e mudanças na fala e na escrita, são os sinais mais evidentes e, quando associadas ao sedentarismo e ao isolamento social, comprometem significativamente a mobilidade e a independência funcional.

Ferreira (2023), ampliando essa análise, confirma que os sintomas motores não explicam, de forma isolada, a redução da qualidade de vida observada em pessoas com Parkinson. Os autores acrescentam que sintomas não motores, como alterações emocionais, déficits cognitivos, distúrbios do sono, fadiga e dificuldades de comunicação, tendem a se intensificar com a progressão da doença, impactando negativamente o bem-estar emocional, a interação social e a percepção subjetiva de saúde.

Dias *et al.* (2021), em consonância com os achados anteriores, evidenciam que o avanço da Doença de Parkinson está diretamente relacionado ao aumento do risco de quedas. Segundo os autores, a instabilidade postural, a redução dos reflexos e as alterações sensoriais contribuem para eventos que geram danos físicos, medo recorrente, perda de autoconfiança e maior dependência funcional, repercutindo de forma negativa na qualidade de vida e na participação social do idoso.

Almeida (2020), aprofundando o debate, destaca que as alterações cognitivas e emocionais são frequentes na Doença de Parkinson e podem ser agravadas tanto pela progressão da enfermidade quanto pelos efeitos colaterais do tratamento medicamentoso. Os autores ressaltam que sintomas como depressão, ansiedade e apatia, muitas vezes presentes antes mesmo do diagnóstico motor, estão associados a maior limitação funcional e pior percepção da qualidade de vida.

Silva (2022), confirmando esses achados, apontam que indivíduos diagnosticados com Parkinson em idade mais precoce apresentam elevada prevalência de sintomas depressivos quando comparados à população geral. Os autores observam que esses sintomas estão relacionados a maior gravidade clínica, maior comprometimento das atividades de vida diária e significativo impacto psicossocial, especialmente por acometerem indivíduos em fase produtiva da vida.

Ferreira (2023), ao abordar as relações interpessoais, reforçam que a qualidade de vida do indivíduo com Parkinson está fortemente vinculada à capacidade de comunicação. Segundo os autores, alterações na voz e na fala comprometem a interação social, o desempenho profissional e as atividades de lazer, favorecendo o isolamento social e a redução da autoestima, sobretudo quando a doença se manifesta em idades mais jovens.

Santos *et al.* (2022), finalizando esse encadeamento teórico, destacam que pessoas com Doença de Parkinson tendem a adotar um estilo de vida progressivamente mais sedentário, evitando atividades físicas que exijam maior esforço funcional e respiratório. Os autores alertam que esse comportamento contribui para a redução da capacidade pulmonar funcional, da resistência física e da mobilidade global, reforçando a necessidade de intervenções terapêuticas precoces e contínuas voltadas à funcionalidade, autonomia e qualidade de vida ao longo da progressão da doença.

4.2 DEMANDA PARA FISIOTERAPIA AO NÍVEL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em uma pesquisa conduzida por Oliveira (2023) em Santa Cruz, situada no interior do estado do Rio Grande do Norte, foi constatado que o município possui 06 Unidades Básicas de Saúde na área urbana, com 11 equipes de saúde da família, e uma UBS na zona rural, que abrange mais duas equipes. Os dados deste estudo foram obtidos a partir de 208 registros de encaminhamentos para o fisioterapeuta, provenientes das listas de encaminhamentos para fisioterapia nas UBS.

Neste estudo, foi observado que existe uma grande demanda de pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde que necessitam de tratamentos de fisioterapia, com um tempo de espera médio superior a 2 anos. As condições musculoesqueléticas crônicas são as mais comuns nesses casos. Os resultados obtidos destacam a importância de ampliar a oferta de serviços de fisioterapia na rede de Atenção Primária à Saúde (APS). A disponibilidade e garantia de cuidados de reabilitação na APS podem ter um impacto significativo na redução de lacunas na assistência, bem como na melhoria da qualidade de vida e na redução da sobrecarga nos serviços de média e alta complexidade, tornando os sistemas de saúde mais acessíveis e inovadores (OLIVEIRA, 2023).

No nosso país, longas esperas para marcar consultas, procedimentos cirúrgicos, realização de exames e outros tipos de atendimento são apontadas como a principal fonte de insatisfação entre os pacientes que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo também responsáveis por agravar a situação de vulnerabilidade social devido à falta de tratamentos físicos que podem influenciar diretamente no desempenho profissional e na qualidade de vida dos usuários (PEREIRA *et al.*, 2022).

Dados semelhantes são constatados nos estudos de Pereira *et al.* (2022), apontando problemas importantes no acesso dos usuários aos serviços de fisioterapia ambulatorial no SUS no período estudado: tempo excessivo de espera entre a solicitação e o agendamento do tratamento, altos índices de absenteísmo e demanda reprimida. Todos esses aspectos atuam sinergicamente como barreiras de acesso ao cuidado fisioterapêutico ambulatorial no município estudado, com impactos negativos importantes na recuperação dos usuários.

Ressalta-se, que em alguns dos encaminhamentos médicos havia por expresse as “condutas fisioterapêuticas” que deveriam ser seguidas em cada caso. Mesmo com o uso de formulários padronizados, ainda há imprecisão e falta de informações claras sobre diagnósticos e procedimentos solicitados, o que demonstra uma falta de organização e interferência na autonomia do fisioterapeuta ao determinar o número de sessões ou os tratamentos a serem realizados, que são exclusivos da profissão de acordo com as normas do Comitê de Ética e do próprio Conselho (MELLO; MORIGUCHI; TOSSINI, 2022).

Em relação às orientações relacionadas à neurologia do estudo de Oliveira (2023), é essencial contar com o suporte de uma equipe de reabilitação multidisciplinar devido as possíveis sequências motoras, cognitivas e a longo prazo decorrentes da imobilidade e de sequelas sistêmicas, sendo a fisioterapia um dos principais recursos no processo de recuperação. A demora na assistência a esses pacientes resulta em deterioração da capacidade funcional e diminuição da qualidade de vida.

O incentivo com cuidados na AB, é essencial para preencher a grande lacuna de assistência nos serviços especializados de saúde e reabilitação, sobretudo em países que ainda se encontram em processo de desenvolvimento. É na Atenção Básica que os diagnósticos antecipados e intervenções oportunas devem ser feitos na maioria das condições de saúde, a fim de evitar incapacidades e superlotação nos

demais níveis de cuidados. Isso demonstra a importância da resolução precoce de problemas de saúde nesse contexto (CIEZA *et al.*, 2020).

Os autores Silva *et al.* (2023) e Pereira *et al.* (2022) em estudos semelhantes informam que dentro de seu papel histórico intimamente ligado à reabilitação e reinserção do indivíduo à sociedade, a fisioterapia torna-se essencial no contexto da AB, o que reafirma a carência de uma melhor estruturação, adequação e legalização do ambiente de trabalho destes profissionais.

Assim, Mello; Moriguchi; Tossini, (2022), também afirmam que o âmbito de atuação do Fisioterapeuta na AB é amplo, com atividades baseadas em evidências bem desenvolvidas que podem beneficiar os pacientes e reduzir a carga nos níveis secundários e terciários do sistema de saúde. Verifica-se que a atuação do fisioterapeuta focada na reabilitação, voltada para a atenção secundária e terciária, acaba limitando as ações de prevenção e promoção à saúde na AB, controlando apenas as doenças após sua manifestação no paciente. Vale ressaltar que o fisioterapeuta que trabalha na AB, realiza não só a recuperação funcional, mas também se envolve com a realidade de saúde da comunidade local em conjunto com uma equipe de profissionais multidisciplinar.

4.3 ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA NO CUIDADO DAS PESSOAS COM DOENÇA DE PARKINSON

Com base nos achados da pesquisa de Oliveira (2023), é possível notar que em 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde tornou pública a Portaria Nº 2.979, que criou o Programa Previne Brasil, introduzindo um novo modelo de financiamento e custeio da Atenção Primária à Saúde. Nesse novo formato, as equipes especializadas do NASF-AB não são mais obrigatórias, ficando a critério dos gestores municipais decidir sobre sua adoção e continuidade. Essa mudança acabou agravando as carências de assistência nas redes de saúde em relação à reabilitação, uma vez que as equipes multidisciplinares passaram a perder seu incentivo e financiamento tanto a curto quanto a longo prazo (BRASIL, 2019).

No dia 22 de maio de 2023, o Ministério da Saúde divulgou a Portaria GM/MS Nº 635, estabelecendo um novo programa de incentivo financeiro chamado "eMulti" para promover as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Essa iniciativa tem como objetivo fortalecer a atuação da ABAPS, garantindo um

atendimento abrangente que possa prevenir complicações de saúde e aliviar a sobrecarga do sistema de saúde. Dessa forma, as equipes multiprofissionais se tornam uma prioridade na prestação de cuidados aos usuários (BRASIL, 2023).

Com as transformações epidemiológicas registradas nos últimos anos, percebe-se um aumento das enfermidades crônicas não contagiosas e uma elevada frequência de problemas musculoesqueléticos, sendo este um dos principais motivos que resultam em encaminhamentos para serviços de reabilitação fisioterapêutica na Atenção Básica. Estes indivíduos, em geral, apresentam quadros de dores repentinas que podem evoluir para crônicas, rigidez nos músculos e principalmente interferências no desempenho no trabalho e na rotina diária. A utilização de exercícios supervisionados, terapias manuais manipulativas e orientações de saúde ao paciente são abordagens que requerem poucos ou mínimos recursos tecnológicos, os quais, se aplicados de maneira precoce dentro da Atenção Básica, mostram-se eficazes na redução das limitações e agravamentos nesses pacientes encaminhados para fisioterapia (FRITZ *et al.*, 2021).

Na particularidade da temática abordada neste estudo, a intervenção fisioterapêutica aliada aos demais procedimentos indicados pelo médico para o tratamento da Doença de Parkinson é altamente eficaz em retardar os sintomas quando a condição é detectada precocemente, promovendo uma melhora significativa na qualidade de vida do indivíduo. Os tremores, a rigidez muscular, a dificuldade de equilíbrio, os movimentos lentificados e descoordenados são manifestações da doença e o principal motivo que leva o paciente a depender de assistência para realizar suas atividades diárias. Isso ressalta a importância e eficácia do profissional fisioterapeuta, cujo objetivo é justamente melhorar a qualidade de vida e minimizar os impactos negativos causados pela Doença de Parkinson (SILVA *et al.*, 2023).

O tratamento fisioterapêutico para pacientes com Parkinson desempenha um papel crucial na melhoria do estado físico do indivíduo afetado por essa condição, visando restaurar e/ou manter as funções motoras e incentivar a autonomia nas atividades diárias, proporcionando uma melhor qualidade de vida, pois é na Atenção Básica que os profissionais podem impactar significativamente na redução das lacunas assistenciais para os agravos e cuidados, além de tudo, minimizando os impactos de superlotação em serviços de média e alta complexidade tornando assim os serviços de Unidades Básicas de Saúde uma assistência mais acessível (SILVA *et al.*, 2023).

Silva (2022) explorou várias fontes bibliográficas para destacar a importância da fisioterapia no tratamento de pacientes com Doença de Parkinson. Segundo o autor, embora não haja cura para essa doença, a fisioterapia desempenha um papel crucial, principalmente devido aos impactos no sistema motor que podem limitar as atividades diárias em estágios avançados. Nesse contexto, o fisioterapeuta desempenha um papel fundamental na promoção da independência, na manutenção da saúde física e mental dos pacientes, além de contribuir para a redução dos sintomas motores e não motores.

Conforme Silva *et al.* (2023), é fundamental iniciar o tratamento fisioterapêutico precocemente, visando evitar possíveis complicações no futuro. Nesse sentido, é indicada a prática de exercícios de relaxamento (balanços suaves e rotação), alongamentos (ativos e passivos), exercícios para melhorar a mobilidade (realização de movimentos funcionais como rolar e realizar transições de decúbitos), treino de marcha (com auxílio de pistas visuais, obstáculos e apoio da neuromuscular proprioceptiva), além de adaptações que facilitem a rotina do idoso com Doença de Parkinson.

A reabilitação das limitações funcionais e cognitivas em pacientes com DP é de extrema importância, conforme apontado por Ferreira (2023). Diversos tratamentos fisioterapêuticos, como cinesioterapia, exercícios respiratórios, realidade virtual e fisioterapia aquática, têm sido amplamente utilizados e demonstraram trazer vários benefícios, como aprimoramento da marcha, capacidade aeróbica, mobilidade e funções cognitivas, além de aumento do equilíbrio e redução da rigidez muscular, favorecendo a independência funcional (DIAS *et al.*, 2021; MOREIRA; CASSIMIRO; RODRIGUES, 2018).

Silva *et al.* (2023) ressaltam que a fisioterapia direcionada a pacientes com a doença visa minimizar as dificuldades motoras decorrentes dos sintomas primários e secundários, contribuindo para a manutenção da independência nas atividades diárias e a melhoria da qualidade de vida, muitas vezes com o uso de dispositivos auxiliares.

A fisioterapia desempenha um papel fundamental na prevenção da perda gradual da capacidade motora e no ensino de comportamentos para evitar acidentes, como quedas, sendo essencial desde o início do diagnóstico da Doença de Parkinson; atuando de forma direta nos sinais e sintomas da patologia (SILVA, 2022).

Os objetivos da reabilitação na DP, embora personalizados para cada paciente, buscam: promover a segurança e autonomia na realização das atividades, com ênfase

nas transferências e postura, na manipulação e interação com objetos, equilíbrio e marcha; manter ou aprimorar a capacidade física; prevenir quedas; conscientizar o indivíduo de suas restrições; aprimorar os padrões de fala, respiração, expansão e mobilidade do tórax; evitar o surgimento de complicações e aliviar os sintomas da doença. Dessa forma, visa-se manter ou ampliar a independência funcional nas atividades diárias e funcionais, além de aprimorar a qualidade de vida do paciente, reintegrando-o à sociedade (SILVA, 2022).

5 CONCLUSÃO

Os dados alcançados destacam a importância de expandir os serviços de Fisioterapia na Rede de Saúde, especialmente na Atenção Básica. Garantir a oferta e acesso aos tratamentos de reabilitação pode contribuir de forma significativa para preencher as lacunas no atendimento, além de reduzir os impactos na qualidade de vida e na sobrecarga dos serviços de saúde mais complexos. Dessa forma, torna-se possível criar redes de atenção à saúde mais acessíveis e inovadoras no campo da saúde.

No que diz respeito ao efeito do diagnóstico de Parkinson, percebe-se que é um desafio significativo para os indivíduos lidarem com a doença, impactando suas atividades diárias que antes eram simples. Os pacientes percebem que gastam mais tempo do que o normal com tarefas como se vestir, manter a higiene e se alimentar, e muitas vezes precisam encontrar novas maneiras de realizá-las. Além disso, eles enfrentam dificuldades com a destreza dos movimentos devido ao tremor e rigidez muscular, o que afeta suas atividades cotidianas.

Foi unânime pelas pesquisas, que na Atenção Básica, há uma grande procura por serviços de fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde, ocasionando longos períodos de espera, fato este gerando insatisfação dos usuários do SUS.

Ademais, o tratamento fisioterapêutico para pacientes com Parkinson desempenha um papel crucial na melhoria do estado físico do indivíduo afetado por essa condição, visando restaurar e/ou manter as funções motoras e incentivar a autonomia nas atividades diárias, proporcionando uma melhor qualidade de vida. Além de beneficiar a condição física, a fisioterapia também auxilia no aspecto psicológico, promovendo maior independência nas atividades diárias e prevenindo posturas impróprias e deformidades que podem agravar os sintomas da doença.

Por todo o dito, espera-se que esse conhecimento, possa sensibilizar aos gestores, que a oferta e garantia dos cuidados de reabilitação desempenhados pelos fisioterapeutas, concomitante com outros profissionais da Atenção Básica poderão impactar significativamente na redução das lacunas assistenciais para os agravos e cuidados, além de tudo, minimizar os impactos de superlotação em serviços de média e alta complexidade tornando assim os serviços de Unidades Básicas de Saúde uma assistência mais acessível.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Carolina. Alterações cognitivas, emocionais e qualidade de vida na Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 45-53, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/gwbm8nvn4fXmDnhrcyR4c7F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 out. 2025.

ANDRÉ, E. S. Moléstia de Parkinson – **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 11-25, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/>. Acesso em: 26 set. 2025.

ANGULO, Victoria; VASCONCELOS, Sarah; ROSSO, Victoria; RODRIGUES, Guilherme. (2024). Relação do diagnóstico por imagem com a Doença de Parkinson. **Brazilian Journal of Health Review**. 7. e70959. 10.34119/bjhrv7n3-511. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/381984054_Relacao_do_diagnostico_por_imagem_com_a_Doenca_de_Parkinson/citation/download. Acesso em: 10 jul. 2025.

AZEVEDO, L. L.; CARDOSO, F.; REIS, C. Análise acústica da prosódia em mulheres com doença de Parkinson: Comparação com controles normais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, Belo Horizonte, v. 61, n. 4, p. 999-1003, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/jz9bLnJHNP6GPj6cHBkYQzj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2025.

BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira; TUMAS, Vitor; CARDOSO, Francisco; TEIVE, Hélio Afonso Ghizoni; BARBOSA, Egberto Reis. Doença de Parkinson: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento – atualização. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 79, n. 4, p. 351-365, abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/8XHYZ6c7K4nKQk4JgGQ3xvJ/>. Acesso em: 21 out. 2025.

BEZERRA, L. M. R. Fatores de risco ligados à Doença de Parkinson: uma revisão bibliográfica. **Recima21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 5, n. 2, 2024. Disponível em: <https://recima21.com.br/recima21/article/view/4906>. Acesso em: 29 dez. 2025.

BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e atenção primária à saúde: desafios e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1293-1304, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PC76jP6HVQ6rYN7VgJ7z59g/?lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023 **Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde**. Diário Oficial da União. DF, 22 de maio de 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 31 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em: 12 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 228, de 10 de maio de 2010. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Doença de Parkinson**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0228_10_05_2010.html. Acesso em: 27 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Nacional sobre a Demência: Epidemiologia, reconhecimento e projeções futuras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf. Acesso em: 28 dez. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (APS): versão 9**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de **Atenção à Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)** Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 16 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado da pessoa com Doença de Parkinson**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 21 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf. Acesso em: 03 nov. 2025.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, seção 1, p. 68-76 Brasília, 22 de set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 19 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 6.316, de 17 de dezembro de 1975. **Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências**. Brasília: Presidência da República, 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/l6316.htm. Acesso em: 19 out. 2025.

CIEZA, Alarcos; CAUSEY, Kate; KAMENOV, Kaloyan; HANSON, Sarah; CHATTERJI, Somnath; VOS, Theo. (2020). Estimativas globais da necessidade de reabilitação com base no estudo Global: uma análise sistemática para o Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**. 396. 10.1016/S0140-6736(20)32340-0. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/347292286_Global_estimates_of_the_need_for_rehabilitation_based_on_the_Global_Burden_of_Disease_study_2019_a_systematic_analysis_for_the_Global_Burden_of_Disease_Study_2019. Acesso em: 20 jun. 2025.

COFFITO. Resoluções n. 08 de 20 de fevereiro de 1978. **Aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências**. Disponível em: <coffito.gov.br/nsite/?p=2765>. Acesso em: 20 mai. 2025.

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **A história da fisioterapia e da terapia ocupacional no Brasil: regulamentação, avanços e desafios**. Brasília: COFFITO, 2021. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15886>. Acesso em: 21 dez. 2025.

COSTA, A. R. R. **A representação social da doença de Parkinson e sua relação com a qualidade de vida com a família**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Mato Grosso. 2016. Disponível em: https://attena.ufpe.br/bitstream/123456789/9847/1/arquivo8241_1.pdf. Acesso em: 11 nov. 2025.

COSTA, Brunna Larice Alves. Os benefícios da fisioterapia em paciente com doença de Parkinson. **Rev. Inter Fisio** /2016. Disponível em: <https://interfisio.com.br/os-beneficios-da-fisioterapia-no-tratamento-da-doenca-de-parkinson/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

DIAS, Juliana Pereira; OLIVEIRA, Ana Carolina Vieira de; SOUSA, Mariana Vieira de; NOGUEIRA, Luana Cristina; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Risco de quedas, equilíbrio e qualidade de vida em idosos com Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e210021, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/9kKpYQFTQKx6RzGZpJf9kFn/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

FERRAZ, Henrique Ballalai. **Doença de Parkinson: diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Segmento Farma, 2018.

FERREIRA, Gabriel Alonso da Silva. **CLASSIFICAÇÃO DE DISTÚRBIOS DE MOVIMENTO (DOENÇA DE PARKINSON E TREMOR ESSENCIAL) UTILIZANDO APRENDIZADO DE MÁQUINA**. 2021. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.peb.ufrj.br/images/Tese0349_202105_20.pdf. Acesso em: 27 nov. 2025.

FERREIRA, Luciana Paula. Aspectos motores e não motores e seus impactos na qualidade de vida de pessoas com Doença de Parkinson. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. e1523, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/15926>. Acesso em: 18 nov. 2025.

FRITZ, J. M.; LANE, E.; MCFADDEN, M.; BRENNAN, G.; MAGEL, J. S.; THACKERAY, A.; MINICK, K.; MEIER, W.; GREENE, T. (2021). Encaminhamento de fisioterapia na atenção primária para dor aguda nas costas com ciática: um ensaio clínico randomizado. **Anais de Medicina Interna**, v. 174, n. 1, pág. 17/08/2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33017565/>. Acesso em: 10 jul 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; ALMEIDA, P.F.; ESCOREL, S.; SENNA, M.C.M.; FAUSTO, M.C.R.; DELGADO, M.M.; ANDRADE, C.L.T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M.I.C.; TEIXEIRA, C.P. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, jun 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqclYxF Df8Y 6ktM 4Gs3G/?lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2025.

GIOVANELLA, L; ESCOREL S.; LOBATO, LV.C; NORONHA, J.C, CARVALHO, A.I.; (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

GOULART, F.; PEREIRA, L. X. **Uso de escalas para avaliação da doença de Parkinson em fisioterapia. Fisioterapia e Pesquisa**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 49-56, jan./abr. 2005. Disponível em: https://revistas.usp.br/fpusp/pt_BR/article/view/76385. Acesso em: 13 dez. 2025.

KOROLKOVAS, André; FRANÇA, Francisco Fernandes. **Dicionário terapêutico Guanabara**. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LANA, R. C.; ÁLVARES, L.M.R.S; PRUDENTE, C.; GOULART, F.R.P.; TEIXEIRA-SALMELA, L.; CARDOSO, F.E. (2007). Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de parkinson através do PDQ39. **Revista Brasileira de Fisioterapia - REV BRAS FISIOTER**. 11. 10.1590/S1413-35552007000500011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/YGYBkFcYBSCfcrdHBhJG3gx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2025.

MELLO, Guilherme Ferigato Exposto; MORIGUCHI, Cristiane Shinohara; TOSSINI, Natalia Barbosa. Análise reflexiva da fila de espera por fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde de São Carlos, São Paulo. **Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia**, v. 9, n. 19, 2022. DOI: 10.18310/2358-8306.v9n19.a18. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/3011>. Acesso em: 02 dez. 2025.

MENESES, M. S.; TEIVE, H. A. G. **Doença de Parkinson**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 1. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2024.

MOREIRA, Wagner Elias de Melo; CASSIMIRO, Mônica de Sousa; RODRIGUES, Ana Paula. Fisioterapia aquática como coadjuvante no tratamento de idosos com doença de Parkinson. **Educação e Saúde: fundamentos e desafios**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 96-105, nov. 2018. Disponível em: <https://uniptan.emnuvens.com.br/educacaoesaude/article/view/219>. Acesso em: 16 abr. 2025.

NASCIMENTO, M.C.; SAMPAIO, Rosana; SALMELA, John; MANCINI, Marisa; FIGUEIREDO, I.M. (2006). A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia - REV BRAS FISIOTER**. 10. 10.1590/S1413-35552006000200016. São Carlos, v. 10, n. 2, p. 241-247, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/245878816_A_profissionalizacao_da_fisioterapia_em_Minas_Gerais/citation/download. Acesso em: 28 set. 2025.

OLIVEIRA, Lucas Alexandre de. **Análise da demanda para fisioterapia proveniente da atenção primária à saúde: um estudo transversal realizado no município de Santa Cruz-RN**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/items/12acda16-2949-48b4-b959-76ac61c50244>. Acesso em: 17 nov. 2025.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diretrizes sobre reabilitação baseada na comunidade**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications>. Acesso em: 21 dez. 2025.

PEREIRA, A. G.; GOMES, A.M.; MERLEY, L.S.F.; CARLI, A.D.; SANTOS, M.L.M. Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção fisioterapêutica ambulatorial. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, p. e35113, 2022. DOI: 10.1590/fm.2022.35113.0. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fm/a/mbGRzw85vwtbYJy5JxBBqk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 dez. 2025.

POSTUMA, R. B., BERG, D., STERN, M., POEWE, W., OLANOW, C. W., OERTEL, W., OBESO, J., MAREK, K., LITVAN, I., LANG, A. E., HALLIDAY, G., GOETZ, C. G., GASSER, T., DUBOIS, B., CHAN, P., BLOEM, B. R., ADLER, C. H., & DEUSCHL, G. 2015. Critérios de diagnóstico clínico para doença de Parkinson. **Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society**, 30(12), 1591–1601. <https://doi.org/10.1002/mds.26424>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26474316/>. Acesso em: 15 dez. 2025.

REUTER, I.; ENGELHARDT, M. **Treinamento de exercícios e doença de Parkinson. O médico e a Medicina Esportiva**. 2002; 30:1-8. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339318210_O_Tratamento_Fisioterapeutico_na_Doenca_de_Parkinson. Acesso em: 27 dez. 2025.

REZENDE, Mônica; MOREIRA, Marcelo; FILHO ANTENOR, A.; TAVARES, Maria. (2009). A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva - CIENC SAUDE COLETIVA**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1403–1410, 2009.14. 10.1590/S1413-81232009000800013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250028304_A_equipe_multiprofissional_da_Saude_da_Familia_uma_reflexao_sobre_o_papel_do_fisioterapeuta/citation/download. Acesso em: 13 set. 2025.

SAITO, S. C. **A Doença de Parkinson e Seus Tratamentos: uma revisão bibliográfica.** Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família do Centro Universitário Filadélfia – UniFil, para obtenção do título de Especialista. 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/248582/TCC%20III%20FINAL.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 set. 2025.

SANTOS, Giovanni; SILVA, Guilherme; MOREIRA, Douglas; VERGUTZ, Bruno; CARVALHO, João; PESSOA, João; JUNIOR, Valter; TAFURI, Natalia. (2022). Doença de Parkinson: Padrão epidemiológico de internações no Brasil. **Research, Society and Development**. 11. e13511124535. 10.33448/rsd-v11i1.24535. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/357601341_Doenca_de_Parkinson_Padiao_epidemiologico_de_internacoes_no_Brasil

SANTOS, Mara; DIAS, Claudia; CAMELIER, Fernanda. (2020). Atuação dos fisioterapeutas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) junto a usuários suspeitos ou diagnosticados com COVID-19: contribuições da Fisioterapia Respiratória. **ASSOBRAFIR Ciência**. 11. 31. 10.47066/2177-9333.AC20.covid19.004. Disponível em: <https://assobrafirciencia.org/journal/assobrafir/article/doi/10.47066/2177-9333.AC20.covid19.004>. Acesso em: 27 nov. 2025.

SANTOS, VV; LEITE, MAA, SILVEIRA, R; ANTONIOLLI, R; NASCIMENTO OJM; FREITAS, MRG. Fisioterapia na Doença de Parkinson: uma Breve Revisão/2010. **Revista Brasileira de Neurologia**. Volume 46. N 1 9 o 2. abr - mai - jun, 2010. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/upload/S/0101-8469/2010/v46n2/a0002.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2025.

SILVA JUNIOR, José Agripino da; NASCIMENTO, Ana Maria Guedes do. Atribuições do fisioterapeuta na atenção primária à saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista de Trabalhos Acadêmicos – Universo Recife**, Recife, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <https://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1UNIVERSORECIFE2&page=article&op=view&path%5B%5D=4128>. Acesso em: 03 out. 2025.

SILVA, Aline Rodrigues da; MEJIA, Dayana Priscila Maia. Qualidade de vida e funcionalidade na Doença de Parkinson: contribuições da fisioterapia. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 5, ed. 6, v. 5, p. 89-104, 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/doenca-de-parkinson>. Acesso em: 03 jan. 2026.

SILVA, Fernanda Soares; PABIS, Juliana Vitória Pabis Cabral; ALENCAR, Anicleide Gomes de; SILVA, Karina Braga da; PETERNELLA, Fabiana Magalhães Navarro. Evolução da doença de Parkinson e comprometimento da qualidade de vida. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 463-468, 2010. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8432>. Acesso em: 21 dez. 2025.

SILVA, Kalissa Rafaela Oliveira da; MEJIA, Dayane Priscila Maia. **Os Benefícios da Fisioterapia no Paciente com Parkinson: Revisão Bibliográfica/2014.** Disponível: http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/30/26__Os_BenefYcios_da_Fisioterapia_no_Paciente_com_Parkinson_RevisYo_BibliogrYfica.pdf. Acesso em: 21 dez. 2025.

SILVA, M.E.; SILVA, W.M.; SILVA, C.A. de O.; SILVA, J.M.M.; SILVA, G.C. dos S.; SILVA, E.R.B.; SILVA, N.A.M.; SANTOS, L.E.S.; HAVENSTRIN, V.C. de L.; SANTOS, J.A. Doença de Parkinson, exercício físico e qualidade de vida: uma revisão / Doença de Parkinson, exercício e qualidade de vida: uma revisão. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, pág. 71478–71488, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n9-553. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/17176>. Acesso em: 21 fev. 2026.

SILVA, Ricardo Mendes. Sintomas depressivos e impacto funcional em indivíduos com Doença de Parkinson. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 987-999, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/search/index?query=sintomas+depressivos+e+impacto+funcional+em+indiv%C3%ADduos+com+Doen%C3%A7a+de+Parkinson&dateFromYear=&dateFromMonth=&dateFromDay=&dateToYear=&dateToMonth=&dateToDay=&authors=>.

SILVA, T. G. da, SILVA, V. L. da, PAIVA, A. K. S. de, CABRAL, R. S. C., & VENEZIANO, L. S. N. (2023). ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA DOENÇA DE PARKINSON. **Revista Saúde dos Vales**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2023. Disponível em: <https://rsv.ojsbr.com/rsv/article/view/197>. Acesso em: 20 nov. 2025.

SOUZA, R. G. **Escala de qualidade de vida na doença de Parkinson: PDQ-39 – (versão em português do Brasil) para avaliar pacientes com e sem flutuação motora da levodopa**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 2007. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/items/4ed9881d-c1d8-4f0b-9c78-1137414d54a0/full>. Acesso em: 19 dez. 2025.

TAVARES, Larissa Riani Costa; COSTA, Aline Cabral de Oliveira; SILVA, Gabriela Cardoso da; RAZENTE, Ana Paula Ribeiro; DELLA BARBA, Patrícia Carla de Souza. Inserção da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-19, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/Bv7nRMLG7LwG9k7W3JQmQpB/>. Acesso em: 21 fev. 2026.

TEIVE, H. A. G. **Etiopatogenia**. In: FERRAZ, H. B. Doença de Parkinson: prática clínica e terapêutica. São Paulo, SP: Atheneu, 2005. p. 37-57.

VALVERDE, Leila. **Fisioterapia para mal de Parkinson**. Tua Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/fisioterapia-para-mal-de-parkinson/>. Acesso em: 14 set. 2025.