



SÍNDROMES PARKINSONIANAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: AINDA UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

ERIKA ANDRADE SANTOS

RESUMO

Este estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de um paciente idoso com tremor unilateral, bradicinesia e dificuldades na escrita, inicialmente apresentado como tremor essencial e tratado com propranolol por cinco anos, sem sucesso. O paciente compareceu ao atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) após agravamento dos sintomas, incluindo dificuldades motoras progressivas e queda na qualidade de vida. O diagnóstico diferencial inclui tremor essencial, síndromes parkinsonianas e Doença de Parkinson (DP), sendo que, por meio de uma anamnese detalhada e exames clínicos, foi possível identificar a DP, caracterizada pelos sinais cardinais de tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural. O tratamento foi iniciado com levodopa e carbidopa, com acompanhamento contínuo na APS, enquanto aguardava encaminhamento para o neurologista e fisioterapia. Este caso evidencia a importância do diagnóstico precoce e diferencial das síndromes parkinsonianas, destacando o papel fundamental da APS na avaliação inicial, considerando os principais diagnósticos diferenciais, a fim de garantir o tratamento adequado e melhorar o prognóstico. A integração de uma abordagem multidisciplinar, envolvendo o médico de família, neurologista, fisioterapeuta e outros profissionais, é essencial para o manejo eficaz de doenças neurológicas em idosos.

Palavras-chave: neurologia; bradicinesia; parkinson; tremor; rigidez.

1 INTRODUÇÃO

O parkinsonismo é uma síndrome clínica comum entre idosos que exige atenção interdisciplinar devido à sua alta prevalência, múltiplos diagnósticos diferenciais e impacto em diversos sistemas (Fanciulli *et al.*, 2015).

Cada entidade patológica do espectro parkinsoniano apresenta evoluções clínicas e respostas ao tratamento específico, uma vez que grande parte dos diagnósticos diferenciais da síndrome têm apresentações clínicas abrangentes e, nas fases iniciais, pode ocorrer uma sobreposição de sintomas, o que dificulta o diagnóstico adequado (Colosimo *et al.*, 2011). Além disso, é importante destacar que os sinais clínicos são frequentemente subestimados em detrimento do tremor, o que compromete a identificação precisa dos agravos (Oliveira *et al.*, 2018).

As principais causas de tremor observadas em pacientes atendidos na APS incluem exacerbação do tremor fisiológico, tremor essencial (que afeta aproximadamente 5% da população acima de 40 anos) e as síndromes parkinsonianas (Gusso *et al.*, 2019).

Dentre essas, o tremor essencial e as síndromes parkinsonianas representam as causas mais comuns do tremor patológico, sendo cruciais diferenciá-las do tremor fisiológico benigno exacerbado por substâncias ou outras condições patológicas. Essa diferenciação é fundamental para o diagnóstico correto e o direcionamento adequado do tratamento, uma vez que cada uma dessas condições tem implicações clínicas e abordagens terapêuticas específicas (Greenberg *et al.*, 2014). A identificação precoce e precisa do tipo de tremor é essencial para a otimização do manejo e a melhoria do prognóstico dos pacientes, destacando a importância do papel da APS na avaliação inicial do agravo.

O tremor essencial é a causa mais prevalente do tremor patológico e a sua incidência cresce com o envelhecimento. Caracteriza-se por um tremor simétrico e bilateral, com evolução progressiva e insidiosa, sendo predominantemente postural. No entanto, em alguns casos, podem ser observados também tremor cinético, ou mesmo em repouso. Embora o tremor essencial afete principalmente os braços e as mãos, pode também envolver a cabeça e a voz. Um aspecto importante a ser destacado é que os pacientes com tremor essencial geralmente não apresentam outras alterações no exame neurológico, o que pode auxiliar no diagnóstico diferencial (Zappia *et al.*, 2013).

As síndromes parkinsonianas são frequentemente caracterizadas pela presença de pelo menos dois sintomas cardinais, a saber: tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural. O diagnóstico diferencial dessas síndromes inclui várias condições, como a Doença de Parkinson, parkinsonismo atípico, parkinsonismo induzido por medicamentos, sequelas de eventos cerebrovasculares e encefalite.

A Doença de Parkinson (DP), a forma mais comum de parkinsonismo, é definida pela combinação de bradicinesia e, no mínimo, tremor de repouso ou rigidez. O início dos sintomas geralmente ocorre de forma assimétrica, embora não exclusivamente unilateral. Além dos sintomas cardinais, a DP pode ser acompanhada por uma série de manifestações clínicas, como alterações cognitivas e comportamentais, depressão, anosmia, distúrbios do sono e disfunção autonômica. Em muitos casos, os pacientes com DP também apresentam alterações vocais, como hipofonia (voz de baixo volume e pouco modulada), bem como "fácies de máscara", caracterizada pela falta de expressão facial, e micrografia, uma escrita trêmula, pequena e difícil leitura. Essas manifestações clínicas adicionais são essenciais para o diagnóstico e acompanhamento da doença, sendo importantes para a diferenciação da DP e outras entidades patológicas (Silva *et al.*, 2021).

Já o tremor fisiológico exacerbado é caracterizado por um tremor de baixa amplitude e alta frequência, que pode ocorrer em indivíduos saudáveis. Esse tipo de tremor, por ser fisiológico, costuma ser discreto e não interfere nas atividades cotidianas. No entanto, sua intensidade pode ser acentuada por fatores como ansiedade, estresse, consumo excessivo de cafeína, uso de medicamentos ou presença de condições metabólicas, como o hipertireoidismo. A exacerbação do tremor fisiológico em resposta a esses fatores deve ser cuidadosamente considerada no diagnóstico diferencial, a fim de evitar confusões com tremores patológicos (Gusso *et al.*, 2019).

É válido ressaltar que o diagnóstico das condições associadas ao tremor é predominantemente clínico, sendo a anamnese detalhada e o exame físico ferramentas

fundamentais para restringir o diagnóstico diferencial. Entre os exames laboratoriais, não há uma recomendação universal; no entanto, a dosagem do TSH deve ser incluída na avaliação de tremores isolados, dada a sua relevância no diagnóstico de condições metabólicas associadas. Já o exame de neuroimagem, como a ressonância magnética de crânio, não é necessário em casos típicos de tremor essencial e parkinsonismo induzido por medicamentos. Contudo, em situações mais complexas, especialmente na investigação de parkinsonismo atípico, a ressonância magnética pode ser decisiva, auxiliando na avaliação de causas secundárias de parkinsonismo como hidrocefalia, lesão expansiva ou vascular.

Para o tratamento do tremor essencial, principalmente quando a condição provoca limitação funcional ou desconforto social, pode-se lançar mão do propranolol ou primidona. Na DP, tanto a levodopa quanto os agonistas dopaminérgicos (como o pramipexol) podem ser utilizados no tratamento inicial (Zappia *et al.*, 2013).

O encaminhamento para o especialista focal como o neurologista é indicado quando há suspeita de tremor essencial sem resposta ao tratamento clínico otimizado ou quando o paciente com suspeita de DP não está em uso de medicamentos potencialmente indutores ou na impossibilidade da retirada desses (Gusso *et al.*, 2019).

Portanto, é fundamental destacar o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento de pacientes com distúrbios do movimento pertencentes ao espectro parkinsoniano, uma vez que a APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e os pacientes procuram primeiro o médico de família e comunidade (MFC) antes de consultar um especialista. Dessa forma, o MFC deve ser capaz de considerar os principais diagnósticos diferenciais das síndromes parkinsonianas e tremores, pois é essencial definir corretamente sua origem, dado que o tratamento e o prognóstico variam conforme o diagnóstico.

2 RELATO DE CASO

Trata-se de um paciente de 68 anos, natural e procedente da cidade de Rio Claro, estado de São Paulo, casado, evangélico, ensino médio completo e motorista de caminhão. Procurou pela primeira vez a unidade de saúde da família Célia Aparecida Ceccato da Silva, queixando-se de tremor na mão direita e rigidez da perna direita, além de dificuldade na escrita. Relatou ainda que já tinha procurado as unidades de pronto atendimento e clínicas populares nestes últimos anos tendo recebido diagnóstico de tremor essencial e feito tratamento com propranolol por cinco anos, sem resultado. Além disso, há cerca de dois anos começou a observar que as suas letras estão se tornando menores, apresentando lentidão nos movimentos da mão e erros de escrita. Diz que não consegue mais escrever seu nome com destreza e apresenta dificuldade em digitar no computador, algo que também foi observado pela esposa. Paciente também relatou insônia inicial e de manutenção há um ano, o que tem impactado no seu trabalho, uma vez que acorda muito sonolento para dirigir o caminhão. Diz que há cerca de três meses tem caído com mais frequência, relata que sente o seu corpo mais “rígido” e que não consegue andar muito rápido. Relata que todos os sinais e sintomas têm se acentuado e impactam fortemente a sua qualidade de vida. Ao ser questionado sobre hábitos de vida, o paciente negou tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Atualmente não usa nenhuma medicação de forma contínua, nega alergias. De histórico familiar relata que a mãe faleceu de acidente vascular cerebral aos 80 anos e nega câncer na família. Relata uma

colecistectomia aos 27 anos, negou histórico de traumatismos graves, convulsões ou acidente vascular cerebral prévio.

Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, corado, hidratado, lúcido e orientado, ausculta cardiopulmonar, abdominal, exame de pele, fâneros e tireoide sem alterações. Ao exame neurológico observou-se tremor de repouso unilateral distal à direita, fenômeno da roda dentada na articulação de mão direita (resistência à movimentação passiva da articulação), rigidez da perna direita, bradicinesia, micrografia e instabilidade postural.

Através dos dados da anamnese e do exame físico foi possível chegar na principal hipótese diagnóstica que é a Doença de Parkinson, uma vez que o paciente apresentava, de forma progressiva, os sinais cardinais como tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural. É válido ressaltar que exames para avaliação estrutural do sistema nervoso central podem ser feitos, como ressonância ou tomografia craniana. No entanto, para esse relato de caso fica claro uma maior compatibilidade para DP, visto que não há sinais de alarme que chamem atenção para outro quadro associado a parkinsonismo. É ideal que se acompanhe a resposta ao tratamento medicamentoso, sendo a boa resposta um importante fator para firmar o diagnóstico.

Assim sendo, foi iniciado o tratamento medicamentoso com levodopa e carbidopa enquanto o paciente aguarda o encaminhamento ao neurologista e fisioterapia motora. Na consulta também foi orientado sobre a doença de Parkinson e agendado um retorno breve em quinze dias para avaliar resposta ao tratamento.

3 DISCUSSÃO

O caso clínico relatado descreveu um paciente idoso com sintomas típicos de Doença de Parkinson (DP), inicialmente diagnosticado com tremor essencial e tratado com propranolol por cinco anos, mas que, após reavaliação clínica, foi corretamente diagnosticado com Doença de Parkinson (DP). O diagnóstico foi baseado em uma avaliação detalhada, incluindo anamnese e exame físico minuciosos.

Esse caso reflete um cenário comum na Atenção Primária à Saúde (APS), onde sintomas neurológicos, como tremores, muitas vezes são inicialmente diagnosticados de forma errônea, principalmente em idosos, devido à sobreposição de sinais clínicos entre várias condições. A literatura sobre distúrbios do movimento, como a DP e o tremor essencial, destaca a importância da avaliação clínica criteriosa para evitar diagnósticos incorretos, que podem comprometer o tratamento e a qualidade de vida do paciente.

O principal desafio foi reavaliar o diagnóstico inicial por meio de uma investigação mais detalhada, com anamnese específica e exame físico focado nos sinais cardinais da DP, como tremor de repouso, bradicinesia, rigidez e instabilidade postural, permitindo a identificação correta do diagnóstico. Esse aspecto destaca a importância de uma abordagem clínica integrada, como sugerido por Fanciulli *et al.* 2019, no qual sugere que uma história detalhada e a observação cuidadosa dos sinais clínicos são essenciais para o diagnóstico diferencial. Além disso, o caso ilustra a importância do manejo multidisciplinar no tratamento da Doença de Parkinson, incluindo o acompanhamento por neurologista, fisioterapeuta e outros profissionais da saúde, conforme recomendado por Silva *et al.* 2021. O tratamento com levodopa, um dos principais medicamentos para a DP, mostra-se eficaz para o controle dos

sintomas. O início do tratamento foi adequado para melhorar os sintomas, como tremor e bradicinesia, e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente. Estudos mostram que a identificação precoce da DP e o início do tratamento específico são cruciais para o controle eficaz da progressão dos sintomas e para a melhoria da funcionalidade do paciente, como relata Greenberg et al., 2014. O tratamento com levodopa demonstra ser eficaz, mas deve ser monitorado por um longo prazo devido a possíveis limitações e efeitos adversos associados ao uso prolongado.

A relevância deste caso é clara: ele destaca a importância da avaliação clínica minuciosa na APS para diagnosticar corretamente condições complexas como a Doença de Parkinson, especialmente em pacientes idosos. O tratamento adequado pode levar a uma melhoria significativa dos sintomas. A literatura existente complementa e valida os achados deste caso, enfatizando a relevância de uma avaliação clínica cuidadosa para a diferenciação de condições semelhantes e a importância de um tratamento individualizado.

Uma possível limitação deste caso é a falta de exames complementares, como ressonância magnética ou tomografia computadorizada de crânio, que poderiam ser úteis para confirmar a ausência de outras condições neurológicas e fortalecer o diagnóstico de DP. No entanto, conforme indicado na literatura, em casos típicos de DP, esses exames podem não ser necessários, sendo o diagnóstico clínico a principal ferramenta para o diagnóstico diferencial.

4 CONCLUSÃO

O relato do caso clínico exemplifica um paciente idoso que compareceu à Atenção Primária à Saúde (APS) com queixa principal de tremor unilateral na mão direita, rigidez na perna direita, além de dificuldade na escrita, de caráter progressivo há oito anos, tendo sido diagnosticado e tratado como tremor essencial inicialmente. No entanto, por meio de uma anamnese específica, exames clínicos e complementares, o paciente foi corretamente diagnosticado com Doença de Parkinson. Com a implementação de tratamento específico, haverá uma melhora significativa dos sintomas, além de um acompanhamento multidisciplinar adequado, envolvendo o médico da família e comunidade (MFC), neurologista e fisioterapeuta. Este caso clínico destaca a importância da abordagem clínica completa e da colaboração entre diferentes especialidades para o diagnóstico preciso e manejo eficaz das síndromes parkinsonianas em idosos na APS.

REFERÊNCIAS

COLOSIMO, C.; RILEY, D.E.; WENNING G.K. Handbook of atypical parkinsonism. Cambridge; New York: Cambridge University Press; v. 166, p. 2, 2011.

FANCIULLI, A.; WENNING G.K. Multiple-system atrophy. Rev Neurobiologia Int., v. 149, p.137-192, 2019.

GREENBERG, D. A.; AMINOFF, M. J.; SIMON, R. P. Neurologia clínica. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GUSSO, G.; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2. Cap. 231.

OLIVEIRA, K. S.M.; SILVA, N.B.Q.; CARVALHO, F.B.B.; BARRETO, F.A.; FERNANDES, S.C.A. Doença de Parkinson e o Cuidado Familiar: História Oral de Vida. Rev. UNINGÁ, Maringá, v. 55, n. 4, p. 88-100, 2018.

SILVA, A.B.G.; PESTANA, B.C.; HIRAHATA, F.A.A.; HORTA, F.B.S.; OLIVEIRA, E.S.B.E. Doença de Parkinson: revisão de literatura. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.5, p. 47677-47698, 2021.

ZAPPIA, M.; ALBANESE, A.; BRUNO, E.; COLOSIMO, C.; FILIPPINI, G.; MARTINELLI P.; NICOLETI.; QUATTROCCHI, G.; ABBRUZZESE, G.; BERARDELI, A.; ALLEGRA, R.; ANIELLO, M.S.; ELIA, A.E.; MARTINO, D.; MURGIA, D.; PICILLO, M.; SQUINTANI, G. Treatment of essential tremor: a systematic review of evidence and recommendations from the Italian Movement Disorders Association. Journal of Neurology, Berlin, v. 260, n. 3, p. 714-741, 2013.