

ABORDAGEM DA FUNCIONALIDADE E DOS FATORES AMBIENTAIS EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON ATRAVÉS DO CHECKLIST DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF)

Fernanda Guimarães de Andrade

Doutoranda em Saúde Coletiva/Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/UFRJ/RJ
Setor de Fisioterapia NeuroFuncional/ Instituto de Neurologia Deolindo/UFRJ/RJ
fgafisio@yahoo.com.br

Luciana Castaneda

Doutorando em Saúde Pública e Meio Ambiente / Fundação Oswaldo Cruz
Pesquisadora/Setor de Fisioterapia NeuroFuncional/ Instituto de Neurologia Deolindo/UFRJ/RJ
Professora do Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação – Laureate Universities
lucianacastaneda@yahoo.com.br

Paula Mello

Fisioterapeuta/Setor de Fisioterapia NeuroFuncional/ Instituto de Neurologia Deolindo/UFRJ/RJ
paulasantmello@ig.com.br

Heitor Silveira

Doutorando/Laboratório de Neuropsiquiatria Geriátrica/Instituto de Psiquiatria Universitária Brasileira/UFRJ/RJ
hsilveira@hotmail.com

RESUMO

O acesso a informações sobre funcionalidade vem sendo uma prioridade no tratamento da Doença de Parkinson. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) é uma ferramenta com grande aplicabilidade para a orientação dos processos de funcionalidade. O objetivo é verificar aspectos da Funcionalidade e a Fatores Ambientais em pacientes com DP. Metodologia: a amostra foi composta por 11 indivíduos com DP. A média de idade foi 66(\pm 10) anos e tempo médio de doença 7,6(\pm 64) anos. Foi aplicado um questionário com as opções de resposta sim/não para verificar limitações na atividade, restrição a participação e facilitadores dos fatores ambientais do Checklist da CIF. A tarefa de andar foi relatada como limitação por 91% dos indivíduos, seguido de realização de tarefas domésticas (73%); restrição na recreação e lazer foi verificada em 73% da amostra. Todos os indivíduos apontaram como facilitador as atitudes individuais dos profissionais de saúde e 91% o apoio dos profissionais de saúde. Considerando as implicações da DP nos aspectos motores, nas atividades de vida diária e participação social, os resultados mostram que a CIF parece ter boa capacidade e sensibilidade para abordar aspectos da funcionalidade em indivíduos com a doença. Em virtude do tamanho pequeno da amostra, futuros estudos são necessários para extrapolação dos resultados.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Classificação Internacional de Funcionalidade, estudos seccionais, coleta de dados.

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é uma doença crônica e degenerativa do sistema nervoso central que afeta 2% da população com mais de 65 anos (Carod-Artal et al, 2007, p.1409). Dado o crescente envelhecimento da população mundial, estima-se que, em 2020, mais de 40 milhões de pessoas no mundo terão desordens motoras secundárias à DP (Costa Rosa et al, 2003, p.45). O comprometimento físico-mental, emocional, social e econômico associados aos sinais e sintomas e às complicações secundárias da DP interferem na capacidade funcional, atividades de vida diária e participação social e podem influenciar negativamente a qualidade de vida (QV) (Diblle et al, 2009, p.17 e Dowing et al, 2008, p.698).

Evidências mostram que o impacto econômico decorrente da DP é alto, particularmente em estágios avançados e naqueles que apresentam complicações motoras. Considerando a eminente falta de perspectiva para cura da DP a abordagem da qualidade de vida, além do acesso a informações sobre a percepção física, social e psicológica vem sendo uma prioridade no tratamento da doença (Ebersback et al, 2006, p.33). Embora tais aspectos não sejam comumente incluídos nos exames clínicos, sua importância é crescente, a fim de se compreender o impacto da doença, a efetividade do tratamento e a demanda de recursos (Ellis et al, 2008, p. 814 e Ewert et al, 2004, p. 23).

Uma variedade de medidas funcionais e de qualidade de vida são comumente utilizadas para acesso e avaliação de pacientes com DP, como a *Unified Parkinson's Disease Rating Scale* (UPDRS), *Parkinson's Disease Questionnaire* (PDQ-39) (Haggel e Nygren, 2007, p.1192) e *Parkinson's Impact Scale* (PIMS) (Hirayoma et al, 2008, p. 148). No entanto, não existe consenso sobre qual das medidas é mais eficaz e nem padronização da linguagem utilizada.

Desde sua publicação em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), vem sendo preconizada a utilização e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a orientação dos processos de reabilitação e saúde funcional (Jette, 2006, p.724). A CIF é baseada em um contexto biopsicossocial. Este modelo é dividido em dois componentes; o primeiro engloba funções e estruturas do corpo e atividades & participação. O segundo componente engloba os fatores contextuais (fatores ambientais e os fatores pessoais), por meio de uma perspectiva individualizada e que assume uma posição neutra em relação a doença (Farias e Buchalla, 2005, p.188).

Com o intuito de facilitar o uso da ferramenta na prática clínica e aproximar e estimular os profissionais de saúde ao uso classificação, a OMS desenvolveu o *Checklist* derivado da classificação original. O documento consiste da seleção de 125 categorias das 1464 presentes no documento original. Embora exista um grande interesse em adoção ao modelo da CIF, poucos estudos até o momento utilizaram a CIF em estudos na Doença de Parkinson.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é utilizar as categorias de atividade e participação e fatores ambientais do *Checklist* da CIF para obter a percepção do indivíduo sobre o impacto da DP em suas atividades e participações e a interação das limitações e restrições com o meio ambiente onde o indivíduo está inserido.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo seccional realizado no Instituto de Neurologia Deolindo Couto da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Todos os pacientes estavam em tratamento ambulatorial no serviço de reabilitação neurofuncional do hospital. Os critérios de inclusão utilizados foram: ter idade igual ou superior a 40 anos, diagnóstico confirmado de DP e Hoehn & Yarh entre 1 e 3. O critério de exclusão foi ter modificado a medicação há menos de 15 dias. Além disso, todos os pacientes foram esclarecidos sobre as propostas e razões do estudo e concordaram em assinar o termo de consentimento. A entrevista foi realizada por dois profissionais com experiência na utilização da CIF e em dias de atendimento ambulatorial rotineiro. Cada entrevista teve duração de cerca de 45 minutos e foi realizada de modo individual. A presente pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética do Instituto de Neurologia Deolindo Couto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (N°02/10).

O roteiro da entrevista consistia em questões sociais e econômicas, como grau de escolaridade, sexo, idade, renda familiar e tempo de duração da doença. Já a segunda parte consistiu na abordagem da funcionalidade através da CIF e englobou as categorias de atividade & participação e fatores ambientais presentes no *Checklist*. Cada categoria foi transformada em uma pergunta com o objetivo de verificar a auto-percepção do paciente sobre a doença. Tanto a UPDRS como a escala de Hoehn & Yarh também foram aplicadas. Para análise estatística foi utilizado o software SPSS 15.

3. RESULTADOS

As características da amostra apontam que 72,7% dos participantes são do sexo masculino. A média de idade foi de 66(\pm 10,3) anos e de duração da doença foi de 7,6(\pm 6) anos. Em relação à renda familiar, 63,6% dos pacientes ganhavam entre 1 e 3 salários mínimos. A média dos valores de UPDRS foi 48,1(\pm 11). A maioria dos indivíduos (36,4%) encontrava-se no estágio 2,5 da Escala de H&Y. E para a variável escolaridade, 82,8% tinham até nove anos de escolaridade. Em relação às atividades e participação, a tarefa de andar foi relatada como limitação por 91% dos indivíduos, seguido de realização de tarefas domésticas (73%) e resolver problemas (73%); restrição na recreação e lazer foi verificada em 73% da amostra. Todos os indivíduos apontaram como facilitador as atitudes individuais dos profissionais de saúde e 91% o apoio dos profissionais de saúde. Os resultados estão dispostos nas tabelas 2 e 3.

Das 39 questões sobre limitação da atividade e restrição à participação, em 13 a maioria dos participantes apontaram as categorias perguntadas como dificuldades. Já das 18 questões presentes sobre os fatores ambientais, em 12 houve respostas positivas, refletindo que a categoria se apresenta como facilitadora da condição de saúde do indivíduo.

4. DISCUSSÃO

A CIF é apontada na literatura como uma ferramenta com capacidade de melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, além de estruturar e planejar os programas de saúde neurofuncional¹⁴. Em relação ao campo da neurologia tem assumido papel de destaque, pois não se trata somente de uma ferramenta conceitual e sim de uma classificação detalhada, com linguagem universal e que assume uma perspectiva neutra em relação à doença¹⁵. Sendo um dos objetivos do trabalho a verificação da auto-percepção do paciente sobre sua condição de funcionalidade, vale ressaltar que as medidas auto-referidas apontam as informações sobre as limitações e restrições sob certo contexto social, e que não devem ser obtidas através de medidas diretas do desempenho e capacidade da funcionalidade (OPAS/OMS, 2003, P. 95).

A diversidade dos distúrbios da DP e as complexas conseqüências da doença justificam a crescente demanda da reabilitação e a eminente necessidade de dados fidedignos sobre os resultados dos processos de reabilitação (Ravencki e Schneider, 2009, p.1927). Em um contexto histórico, as intervenções em reabilitação vêm sendo guiadas por um modelo médico, que se baseia na saúde como a ausência de doenças, tendo como foco a avaliação e terapêutica no tratamento dos sinais e sintomas. No entanto, nos dias atuais os modelos em saúde funcional consideram a saúde em um domínio mais amplo e sujeito a inferências e interferências diretas e indiretas de fatores sociais, psicológicos e ambientais (Renchtz et al, 2003, p142). A adequação de um modelo teórico mais adequado e específico para a atuação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde neurofuncional, possibilitará melhor compreensão da experimentação do estado de saúde que o processo de doença acarreta, partindo não só da instalação do quadro patológico, mas também das suas conseqüências na funcionalidade e incapacidade, fenômenos multifatoriais e complexos (Stucki et al, 2003, p. 292).

Leonardi *et al* (2009, p.93), em uma análise de funcionalidade com a CIF em pacientes com DP, apontam que os participantes do estudo apresentam incapacidades moderadas e severas. Ressaltam ainda que existe boa correlação (analisada pelo coeficiente de correlação de Spearman) entre funções do corpo(b) e

atividades e participação(d). No entanto a correlação entre estruturas do corpo(s) e atividades e participação(d) é baixa.

Limitações como Andar (código d450), Realização de tarefas domésticas (d660) e Levantar e carregar objetos (d430) foram as que tiveram maior porcentagem de dificuldade entre a amostra do nosso estudo. Esses resultados sugerem que as implicações motoras da DP repercutem diretamente nas atividades de vida diária representadas pela CIF como limitação às atividades. Já Recreação e lazer (d920) e Aquisição de bens e serviços (d620) foram apontados por mais da metade da amostra como dificuldades, o que reflete restrição à participação de acordo com os conceitos da CIF e que pode estar relacionado a aspectos negativos cognitivos e emocionais da doença, como déficit de memória, depressão e isolamento social. No entanto, tarefas como Beber (d560) e Utilização de transporte (d470) não foram relatadas pela maioria como dificuldades. Em relação à participação, as categorias de Interações pessoais básicas (d710), Relações familiares (d760), Relações íntimas (d770) e Religião e espiritualidade (d930) também foram apontadas pela maioria como não-dificuldades, o que pode refletir o papel da família, do cônjuge e das pessoas próximas, além da questão da espiritualidade como fatores de participação social importantes no dia a dia dos pacientes com DP da nossa amostra.

Para os fatores ambientais abordados na entrevista como facilitadores da condição de saúde, ficou evidente a relevância das atitudes individuais dos profissionais de saúde (e450), assim como o apoio (e355) por eles oferecido, que foi apontado pela grande maioria como agente facilitador. As categorias que não foram apontadas como facilitadores para a maioria dizem respeito a Produtos e tecnologias em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público (e150) - o que pode refletir a dificuldade dos participantes em andar e se deslocar nos ambientes públicos - e também a Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego (e590), que parece refletir a dificuldade que os indivíduos teriam caso fossem procurar emprego, embora a maioria da amostra receba aposentadoria da Previdência Social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados demonstram que a auto-percepção sobre os processos de funcionalidade e incapacidade, revela que embora a DP tenha repercussões severas nas atividades e participação, os indivíduos buscam superar as limitações e restrições decorrentes da deterioração física, mental, cognitiva e emocional. Além disso, os fatores ambientais têm papel fundamental, destacando a atitude e apoio dos profissionais de saúde e da família na ajuda ao enfrentamento da doença. No entanto, a amostra tem tamanho reduzido e por isso os dados não devem ser extrapolados. Estudos futuros são necessários para verificação dos resultados.

6. REFERÊNCIAS

CAROD-ARTAL FJ, VARGAS AP, MARTIN PM. Determinants of Quality of Life in Brazilian Patients with Parkinson's Disease. **Mov Disord** 2007; 22(10): 1408-1415.

COSTA ROSA TE, D'AQUINO MH, LATORRE ML, RAMOS LB. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saúde Pública** 2003; 37(1):40-48.

DIBBLE E, ADDISON O, PAPA E. The effects of exercise on balance in persons with Parkinson's disease: a systematic review across the disability spectrum. **J Neurol Phys Ther** 2009; 33(1):14-26.

DOWING CH, SHENTON CL, SALEK SS. A Review of the Health-Related Quality of Life and Economic Impact of Parkinson's Disease. **Drugs Aging** 2006; 23 (9): 693-721.

EBERSBACH G, BAAS H, CSOTI I, MÜNGERSDORF M, DEUSCHL G. Scales in Parkinson's disease. **J Neurol** 2006; 253(Suppl 4): IV/32-IV/35.

- ELLIS T, KAU KL, WHITE DK, DEPIERO T, HOHLER AD, SAINT-HILAIRE M. Effectiveness of an Inpatient Multidisciplinary Rehabilitation Program for People With Parkinson Disease. **Phys Ther**. 2008; 88:812-819.
- EWERT T, FUESSL M, CIEZA A, ANDERSEN C, CHATTERJI S, KOSTANJSEK N. Identification of the most common patient problems In patients with chronic conditions using the icf checklist. **J Rehabil Med** 2004; Suppl. 44: 22–29.
- FARIAS N, BUCHALLA C. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. **Rev Bras Epidemiol** 2005; 8(2): 187-193.
- HAGELL P & NYGREN K. The 39 item Parkinson's disease questionnaire (PDQ-39) revisited: implications for evidence based medicine. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 2007; 78:1191-1198.
- HIRAYAMA MS, GOBBI S, GOBBI LB, STELLA F. Quality of life (QoL) in relation to disease severity in Brazilian Parkinson's patients as measured using the WHOQOL-BREF. **Arch Gerontol Geriatr** 2008; 46:147–160.
- JETTE A. Toward a common language for function, disability and health. **Phys Ther** 2006; 86(5): 723-734.
- LEONARDI M, MEUCCI P, AJOVALASIT P, ALBANESI F, CERNIAUSKARTTE M, INVERNIZZI V, et al. ICF in neurology: functioning and disability in patients with migraine, myasthenia gravis and Parkinson's disease. **Disabil Rehab** 2009; 31 Suppl 1:S88 – 99.
- MORRIS ME, WATTS JJ, IANSEK R, JOLLEY D, CAMPBELL D, MURPHY AT et al. Quantifying the profile and progression of impairments, activity, participation, and quality of life in people with Parkinson disease: protocol for a prospective cohort study. **BMC Geriatr** 2009; 9(2): 1-6.
- OPAS/OMS - Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. **CI F**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
- RAVENEK MJ, SCHNEIDER M. Social support for physical activity and perceptions of control in early Parkinson's disease. **Disabil Rehab** 2009; 31(23): 1925-1936.
- RENTSCH H P., BUCHER P, DOMMEN I, WOLF C, HEFTI H. FLURI E, et al. The Implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Daily Practice of Neurorehabilitation: An Interdisciplinary Project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. **Disabil Rehab** 2003; 25 (8), 411–421.
- STUCKI G, CIEZA A, MELVIN J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying g model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. **J Rehabil Med** 2007; 39: 279–285.