



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

ANA CAROLINA DAHER RIBAS GALVÃO

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS: UPDRS - PROGRESSÃO
DA DOENÇA DE PARKINSON E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE (CIF) – INCAPACIDADE FUNCIONAL**

**CAMPINA GRANDE
2016**

ANA CAROLINA DAHER RIBAS GALVÃO

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS: UPDRS - PROGRESSÃO
DA DOENÇA DE PARKINSON E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE (CIF) – INCAPACIDADE FUNCIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao departamento de fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia Neurofuncional

Orientadora: Prof^a Dr^a Carlúcia Ithamar Fernandes Franco

**CAMPINA GRANDE
2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

G182a Galvão, Ana Carolina Daher Ribas.
Análise da relação entre os instrumentos [manuscrito] :
UPDRS - Progressão da Doença de Parkinson e a Classificação
Internacional de Funcionalidade (CIF) – incapacidade funcional /
Ana Carolina Daher Ribas Galvão. - 2016.
30 p. : il.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas
e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Carlúcia Ithamar Fernandes Franco,
Departamento de Fisioterapia".

1. Doença de Parkinson. 2. Funcionalidade. 3.
Estadiamento. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade
-CIF. I. Título. 21. ed. CDD 616.833

ANA CAROLINA DAHER RIBAS GALVÃO

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE OS INSTRUMENTOS: UPDRS - PROGRESSÃO
DA DOENÇA DE PARKINSON E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE (CIF) – INCAPACIDADE FUNCIONAL**

Artigo apresentado ao departamento
de Fisioterapia da Universidade Es-
tadual da Paraíba, como requisito à
obtenção do título de Bacharel em
Fisioterapia

Área de concentração: Fisioterapia
Neurofuncional

Aprovada em: 07/10/2016

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Carlúcia Ithamar Fernandes Franco (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª Drª Valéria Ribeiro Nogueira Barbosa
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª Me Suzana dos Santos Furtado de Albuquerque Silva
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Agradeço a Deus, meu Pai, Senhor e melhor amigo, que me sustentou até aqui, Deus bom e fiel, meu Salvador Jesus Cristo! Agradeço a minha mãe, sempre foi minha fortaleza, minha escudeira fiel, ao meu pai pelo exemplo de força, minha irmã e tias pelo amor e cuidado. Aos meus amigos que fizeram deste tempo mais leve e melhor de ser vivido. Meus professores em especial minha orientadora que acreditaram em mim e compartilharam as riquezas da vida: amor por nossa vocação, conhecimento, experiência e exortação.

SUMÁRIO

	RESUMO.....	6
1	INTRODUÇÃO	7
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
3	OBJETIVOS.....	10
	3.1 Objetivos Gerais.....	10
	3.2 Objetivos Específicos.....	10
4	METODOLOGIA.....	11
	4.1 <i>Tipo de Pesquisa.....</i>	11
	4.2 <i>Campo e Período da Pesquisa.....</i>	12
	4.3 <i>População e Amostra.....</i>	12
	4.4 <i>Critérios de Inclusão.....</i>	12
	4.5 <i>Critérios de Exclusão.....</i>	12
	4.6 <i>Instrumentos Utilizados para Coleta de Dados.....</i>	12
	4.7 <i>Procedimento para Coleta de Dados.....</i>	13
	4.8 <i>Análise dos Dados.....</i>	13
	4.9 <i>Considerações Éticas.....</i>	13
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
	5.1 <i>Caracterização Sociodemográfica.....</i>	15
	5.2 <i>Perfil do Grau de Incapacidade – Hoehn e Yahr.....</i>	16
	5.3 <i>Avaliação da Progressão da Doença de Parkinson – UPDRS.....</i>	16
	5.4 <i>Incapacidade Funcional – CIF.....</i>	19
6	CONCLUSÃO.....	26
7	REFERÊNCIAS.....	27

RESUMO

A Doença de Parkinson (DP) está entre as mais frequentes enfermidades neurológicas e interfere na funcionalidade, cognição e estado emocional do doente. A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), avalia de forma ampla o paciente, não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos. Permitindo avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social. Diante disto, objetivou-se investigar a relação entre os instrumentos de avaliação de funcionalidade e progressão da doença com a CIF. Este estudo se trata de uma pesquisa de campo, quantitativa, de caráter transversal, realizada no período de 2011 a 2013, através do edital PROPESQ/UEPB com CEP 0709.0.133.000-1. Os instrumentos de coleta de dados foram: ficha de avaliação sociodemográfica, escala de estadiamento de *Hoehn e Yahr*, escala de progressão da doença de Parkinson UPDRS e categorias selecionadas da CIF. Os dados foram analisados através do programa estatístico *Graph Pad Prism* versão 5.0, sendo os valores expressos em frequência, percentual, média, desvio padrão da média, com significância $p < 0,05$. Participaram da pesquisa 35 portadores de DP, com idade média de $71.63 \pm 7,87$ anos, maioria homens e com baixa escolaridade. Grau de incapacidade de leve a moderado, uma doença bilateral com alguma instabilidade postural, nível moderado de progressão da doença, onde a atividade motora se apresentou mais afetada, seguido pelas AVDs; e comprometimento leve da função mental na UPDRS, dificuldade leve a moderada na funcionalidade, através da CIF. Houve relação entre os instrumentos de avaliação, porém a CIF se mostrou mais completa.

Palavras-Chave: Doença de Parkinson; Funcionalidade; Estadiamento; Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil e aumento da expectativa de vida trazem consigo uma mudança no olhar da saúde do brasileiro, pois de acordo com esse contexto houve um aumento nos casos de doenças que acometem principalmente o idoso, como as patologias neurodegenerativas, como no caso da campeã da prevalência a Doença de Alzheimer e logo em seguida a Doença de Parkinson (DP). Diante do exposto é imprescindível que os olhos dos profissionais e pesquisadores da área de saúde estejam voltados para esta população, buscando novos conhecimentos sobre esta área, a fim de favorecer a qualidade de vida desses indivíduos.

Com a finalidade de promover uma padronização na avaliação desses pacientes temos a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) que avalia o paciente de forma detalhada, levando em conta todo o seu contexto biopsicossocial, é um instrumento fantástico, principalmente para as pesquisas e estudos acadêmicos, porém a CIF é de difícil aplicação por ser muito extensa, desta forma, a grande maioria dos profissionais e pesquisadores ainda não fazem o uso da CIF, por isso se faz necessário a elaboração de um *Core Set* da CIF para a Doença de Parkinson. O *Core Set* é a junção dos principais pontos de avaliação que precisam ser abordados para uma análise confiável do paciente.

Diante do exposto objetivou-se relacionar da CIF com escalas de avaliação de progressão da DP e incapacidade funcional.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial caracterizado por um crescimento elevado da população idosa em comparação com os demais grupos etários (FREITAS et al., 2006). A prevalência de doenças crônico-degenerativas tende a aumentar com a idade, evidenciando uma população crescente com morbidades que potencializam grandes síndromes geriátricas, o que compromete a capacidade funcional dos idosos (GAZZOLA et al., 2004).

Entre as moléstias que afetam o sistema nervoso central a doença de Parkinson (DP) apresenta uma importância especial, pois se inclui entre as mais frequentes enfermidades neurológicas, com prevalência na população ao redor de 100 a 150 casos por 100.000 habitantes (BARBOSA E SALLEM, 2005). E de acordo com Goulard (2005), a DP afeta um em cada 1000 indivíduos acima de 65 anos e um em cada 100 após os 75 anos. Porém, é possível ocorrer em indivíduos com menos de 50 anos. Acometendo predominantemente, pessoas do sexo masculino a partir da sexta década de vida.

Com a evolução da doença, as complicações secundárias decorrentes dos sinais e sintomas físicos determinam um comprometimento mental, emocional, social e econômico, o que se revela extremamente incapacitante para o indivíduo, contribuindo para um declínio da qualidade de vida dos mesmos (CAMARGOS et al., 2004).

Diante do exposto se faz necessário uma visão biopsicossocial e multidimensional do indivíduo portador de DP, principalmente pelo fisioterapeuta, tendo em vista que este é o profissional da área de saúde que maior parte do tempo convive com o paciente, tanto em atendimentos ambulatoriais como em domicílio, sendo desta forma imprescindível que este profissional perceba de maneira ampla quais são as necessidades do doente. Por isso, o ideal é que não se separe os sintomas decorrentes da doença, tanto no que se diz respeito a avaliação através de escalas específicas quanto a consequente elaboração do esquema de tratamento, pois todos os fatores, sejam eles ambientais, psicológicos, físicos, patológicos estão intimamente interligados entre si.

De acordo com Campos et al. (2011) os programas de reabilitação vêm passando por uma mudança de paradigma e definindo saúde em termos mais amplos, indicando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e para a qualidade de vida do indivíduo. Desta forma, o diagnóstico dos pacientes tem sido então baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), pois avalia de forma mais ampla o paciente.

Uma das missões da Organização Mundial da Saúde (OMS) consiste na produção de Classificações de Saúde que representem modelos consensuais a serem incorporados pelos sistemas de saúde, gestores e usuários, visando à utilização de uma linguagem comum para a descrição de problemas ou intervenções em saúde (FARIAS E BUCHALLA, 2005).

Assim, a OMS aprovou, em 2001, um sistema de classificação para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a CIF, uma ferramenta adequada para se identificarem as condições estruturais e ambientais e as características pessoais que interferem na funcionalidade (RUARO et al, 2012).

A CIF pertence ao grupo das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e constitui uma ferramenta valiosa para descrição e comparação da saúde das populações, em um contexto internacional. Essa Classificação não se compromete com a etiologia das doenças, mas, recomenda que os pesquisadores possam desenvolver inferências causais, utilizando métodos científicos adequados (SANTOS et al., 2013).

A CIF contribui também na comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo; no fornecimento de um esquema de codificação para sistemas de informações em saúde. Além de ser uma ferramenta estatística, de pesquisa, clínica, de política social e pedagógica e, acrescente-se de avaliação voltada às pessoas idosas (SANTOS et al. 2013).

Esta classificação tem por objetivo a homogeneização de terminologias na área de saúde, permitindo a comparabilidade de dados entre locais e momentos históricos diferentes. As informações colhidas a partir do uso da CIF são, portanto, destinadas a coleta sistemática de dados na população, permitindo a elaboração de relatórios e estatísticas de saúde pública a respeito de condições funcionais relacionadas à saúde que podem vir a ser usadas para políticas públicas nesse setor (RIBERTO, 2011).

Dentro desse contexto, a saúde é vista como um recurso para a vida ao enfatizarem os recursos sociais, pessoais e a capacidade física. Essa é a

multidirecionalidade do modelo da CIF, em que os fatores ambientais, sociais e pessoais não são menos importantes que a presença de doença na determinação da função, da atividade e da participação. Com isso, a CIF e seu modelo ganham grande importância epidemiológica, já que o fator social é determinante para o nível de saúde de uma população (SANTANA, 2006).

A CIF define os componentes da saúde por meio de duas listas básicas. A primeira aborda dois componentes: (1) Funções (*b*) e Estruturas do Corpo (*s*), (2) Atividades e Participação (*d*), e a segunda, abrange Fatores Contextuais e incluem os componentes relacionados aos Fatores Ambientais (*e*) e aos Fatores Pessoais. Na CIF, os componentes da classificação são seguidos por um código numérico que se inicia com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada) (CAMPOS et al., 2012).

Os conceitos apresentados na classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, as quais não são apenas consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação. Dessa forma, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, assim como, permite avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social.

É de fundamental importância propor tal interação no intuito de possibilitar a formulação de um diagnóstico fisioterapêutico mais uniforme, bem como orientar a elaboração de estratégias de intervenção mais eficientes.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos Gerais

Investigar a relação entre os instrumentos de avaliação da funcionalidade através da CIF e a progressão da doença na UPDRS em portadores da Doença de Parkinson.

3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sóciodemográfico e clínico;
- Avaliar o grau de incapacidade;
- Identificar a progressão da DP;
- Analisar a funcionalidade na DP;
- Investigar a relação entre os instrumentos: CIF e a UPDRS.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de Pesquisa

Estudo de caráter transversal, natureza quantitativa, desenvolvido a partir dos dados coletados em pesquisa de campo feita no período de 2011 a 2013, através da aprovação em Edital da PROPESQ/UEPB, intitulado: *Caracterização funcional e acessibilidade de pacientes com doença de Parkinson atendidos pelo Programa de Saúde da Família no município de Campina Grande – PB, com o CEP 0709.0.133.000-11.*

4.2. Campo e período de pesquisa

O campo da pesquisa supracitada foi em todas as Unidades Básicas de Saúde e da Família (UBSFs) e nos Centros de Saúde do município de Campina Grande. Estas foram visitadas no período de dezembro de 2011 a outubro de 2013, com o objetivo de mapear todos os usuários com DP que faziam uso deste serviço. Em seguida, foram realizadas visitas em domicílio pelos pesquisadores discentes com acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para apresentação da pesquisa e convocatória aos indivíduos portadores de DP a participarem da pesquisa. Após aceitação foi dado seguimento fase de aplicação dos instrumentos de avaliação.

4.3. População e amostra

Na pesquisa inicial (cota 2011-2013) foi feito o cálculo de amostra infinita, considerando a população de Campina Grande, e utilizando-se como base para prevalência (p) 3,3%. Utilizou-se para o cálculo, um nível de confiança de 95%, 1,96 em números de desvio-padrão, e um erro amostral de 2%. O resultado obtido a partir do cálculo amostral foi de 336 indivíduos, porém apenas 42 indivíduos participaram da pesquisa da PROPESQ/UEPB, devido aos critérios de inclusão e exclusão, acessibilidade e aceitação da participação na pesquisa, dos quais apenas 35 fizeram parte deste estudo.

4.4. Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo indivíduos com diagnóstico clínico de DP, acima dos 50 anos, de ambos os sexos e que aceitaram participar do estudo.

4.5. Critérios de Exclusão

Paciente com DP associado à outra doença neurológica central, como por exemplo, Alzheimer ou que tenham sofrido AVC; pacientes com deficiência auditiva, visual ou motora, como por exemplo, indivíduos amputados.

4.6. Instrumentos Utilizados para coleta de dados

- Ficha de avaliação sociodemográfica e hábitos de vida
- Escala de Estágios de Incapacidade de *Hoehn e Yahr* (HOEHN e YAHR, 1967). A escala modificada de *Hoehn e Yahr* é utilizada para avaliar o estágio geral do paciente com DP. Compreende cinco estágios de classificação para avaliar o comprometimento da DP e abrange, essencialmente, medidas globais de sinais e sintomas que permitem classificar o indivíduo em relação ao nível de incapacidade. (GOULART, 2004);
- A Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson (UPDRS) avalia sinais, sintomas e determinadas atividades dos pacientes por meio de auto-relato e da observação clínica. É composta por 42 itens, divididos em quatro categorias: atividade mental, comportamento e humor, atividades da vida diária (AVDs), exploração motora e complicações da terapia medicamentosa. (GOULART, 2004).
- A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa pode executar em sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Foram utilizados os componentes função mental; atividades e participação. Para o componente

função mental utilizou-se as categorias: b1440, b1441, b1100, b1300 e b1301. Para o componente: atividades e participação, no capítulo 4 intitulado “Mobilidade”, utilizou-se em específico as categorias: d410, d440, d445, d450, d 555, d460, d465, e variáveis do capítulo 5 “Auto cuidado”, em específico as questões d510, d520, d530, d540, d550, d560 e d550. As categorias da CIF foram selecionadas mediante as questões da UPDRS.

4.7. Procedimentos para coleta de dados

A coleta foi realizada utilizando-se os instrumentos na seguinte sequência:

1. Ficha de Avaliação Sócio-Demográfica;
2. *Unified Parkinson’s Disease Rating Scale –UPDRS*;
3. Escala de Estágios de Incapacidade de Hoehn e Yahr;
4. CIF.

4.8. Análise de dados

Os dados foram analisados através do programa estatístico *Graph Pad Prism* versão 5.0, sendo os valores expressos em frequência, percentual, média, desvio padrão da média, considerando-se significantes valores de $p < 0,05$.

4.9. Considerações Éticas

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) com o parecer do relator: Pesquisador Responsável Junto a Plataforma Brasil: Carlúcia Ithamar F. Franco, com CEP 0709.0.133.000-11. Os portadores de DP e seus cuidadores (no caso de estágios mais avançados da doença) receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução Nº 466/2012 12 de dezembro 2012 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os pacientes que por

algum motivo, encontraram-se impossibilitados de assinar o Termo de Consentimento, foi solicitado ao responsável e os que se recusaram, não participaram do estudo. Foram utilizados: O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. Caracterização sociodemográfica e clínica de indivíduos portadores de DP assistidos pela UBSFs no município de Campina Grande-PB

Fizeram parte da pesquisa 35 pacientes com diagnóstico clínico de Doença de Parkinson, sendo 20 homens - 57,14% e 15 mulheres – 42,85%, o que corrobora com Silva et al. (2010), que relatou uma incidência maior da DP na população masculina. Em relação a idade, os indivíduos apresentaram média de 71,63 anos, variando entre 51 e 83 anos. De acordo com Ferri-Barros et al.(2011), Camargos et al. (2004) e Lara et al. (2007,) a prevalência da DP aumenta com a idade. No que diz respeito ao tempo de diagnóstico da doença os portadores de DP apresentaram tempo de evolução da DP de $7,85 \pm 5,28$ anos, variando entre 1 a 22 anos de acometimento (Tabela 1). Em relação a escolaridade, a maioria dos indivíduos 31,42% não era alfabetizada e outros 31,42% cursaram até o ensino fundamental II, que corresponde a uma média de 5 a 8 anos de escolaridade.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica de indivíduos portadores de DP. (n=35).

Idade (média \pmdpm)	71.63 \pm7,87
Gênero	Valores (%)
Masculino	57,14
Feminino	42,85
Escolaridade	
Analfabeto	31,42
Ensino Fundamental I	11,43
Ensino Fundamental II	31,42
Ensino Médio	17,14
Superior/Técnico	8,57
Estado Civil	
Solteiro	20
Casado	57,14
Viúva	20
Divorciado	2,86

5.2. Perfil do grau de incapacidade funcional na Escala de *Hoehn e Yahr* modificada em indivíduos portadores de DP assistidos pelas UBSFs no município de Campina Grande-PB

Relacionado ao grau de incapacidade da DP, foi possível identificar e qualificar os estágios da doença para os indivíduos com DP. A maioria dos portadores de DP (21,7%) estavam no estágio 3 de HY, referindo comprometimento moderado, indicando uma doença bilateral leve a moderada, com alguma instabilidade postural, o que demonstra uma não recuperação ao teste do empurrão, porém, sendo ainda capaz de viver independente. Entretanto, 17,14% dos indivíduos estavam no estágio 2,5 de HY, indicando doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”, e da mesma forma outros 17,4% dos indivíduos estavam no grau 1 de HY, indicando doença unilateral. (Tabela 2). Silva et al. (2011) e Christofolletti et al. (2010), evidenciaram em seus estudos que a maioria dos indivíduos com DP estavam no estágio moderado da DP.

Tabela 2. Análise do estadiamento da DP através da escala modificada de *Hoehn e Yahr*.

Escala modificada de Hoehn e Yahr	Frequência	%
0 - Nenhum sinal da doença.	0	0
1 - Doença unilateral.	6	17,14
1,5 - Envolvimento unilateral e axial.	5	14,28
2 - Doença bilateral sem déficit de equilíbrio.	4	11,43
2,5 - Doença bilateral leve, com recuperação no “teste do empurrão”	6	17,14
3 - Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade para viver independente.	9	21,71
4 - Incapacidade grave, ainda capaz de caminhar ou permanecer em pé sem ajuda.	2	5,71
5 - Confinado à cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda.	3	8,57

5.3. Avaliação da progressão da doença através da UPDRS em indivíduos portadores de DP assistidos pela UBSFs no município de Campina Grande-PB

Quanto a progressão da doença da DP, observou-se que os portadores de DP apresentaram valores de **53,82±21,62**, o que sugere progressão moderada da DP. Especificamente, quanto aos domínios: estado mental, atividades da vida diária e atividade motora, verificou-se que os portadores de DP apresentaram comprometimento de leve a moderado, de leve a grave e de moderado a grave, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Avaliação da progressão da DP através dos domínios “Estado Mental, AVDs e Atividade Motora da UPDRS.

Domínios UPDRS	Nível de Comprometimento (%)				
	Normal	Leve	Moderado	Grave	Severo
Estado Mental	11,43	51,43	31,43	5,71	0
Atividades de Vida Diária	0	28,57	42,86	25,71	2,86
Atividade Motora	0	2,86	60	14,28	2,86
UPDRS Total	Média		53,82±21,62	Máximo 100	Mínimo 22

Quanto ao estado mental, observou-se que os portadores de DP apresentaram comprometimento em todos os domínios avaliados, principalmente nos subitens AVDs e atividade motora. No domínio estado mental, que compreende desordens cognitivas, prejuízo intelectual (memória), depressão e motivação, a maioria dos indivíduos (51,43%) apresentaram nível

de comprometimento leve, seguido de 31,43% para moderado e 11,13% sem alteração no estado mental.

No que diz respeito às AVDs 42,86% dos indivíduos com DP apresentaram nível moderado de progressão da doença, seguido de 28,57% com comprometimento leve e 25,71% de indivíduos com comprometimento grave. Com base na literatura, verifica-se que o estado mental influencia diretamente na realização das AVDs, entretanto, a maioria dos portadores de DP não apresentam comprometimento grave da cognição, fato que pode ser relacionado com a maioria dos indivíduos apresentarem nível leve de comprometimento das AVDs. De acordo com Melo et al. (2007) a demência associada a DP, assim como outras manifestações neuropsiquiátricas relacionadas a essa moléstia, também acarreta redução da qualidade de vida dos pacientes e até mesmo de seus cuidadores.

Em relação à atividade motora, 60% dos indivíduos estavam no nível moderado de progressão da doença, seguido de 14,28% no nível grave, o que sugere que esses pacientes possuem dificuldades na articulação da fala, (neste nível de comprometimento as pessoas têm dificuldade de entender o discurso do indivíduo com DP), expressão facial (diminuição da mímica facial e mascaramento), tremor de repouso e ação (moderado a severo em amplitude comprometendo a postura e ações), rigidez (acentuado, sem ou alguma dificuldade para realizar extensões), teste index-index com dificuldade, hesitação para iniciar o movimento ou interrupção no movimento de abrir e fechar as mãos, fazer o movimento alternado das mãos e tocar o chão com o calcanhar de maneira alternada.

Compreende também a atividade motora, a função de sentar e levantar, no nível moderado o paciente se levanta da cadeira com dificuldade, porém sem ajuda, a marcha também apresenta alteração (menor agilidade, passos curtos e impulso – festinação, podendo necessitar de ajuda), em relação a postura, esses indivíduos no nível moderado a grave apresentam cifose, geralmente com o tronco inclinado para um lado. A estabilidade é testada com o teste do empurrão, neste nível o paciente é muito instável e cairá se o examinador não segurá-lo, para bradicinesia há uma lentidão moderada, pobreza ou pequena amplitude de movimento. Pacientes com DP

apresentam anormalidades de postura e equilíbrio, assim a habilidade para manter uma postura estável pode não estar comprometida em condições de equilíbrio sem perturbação e com atenção plena, e à medida que a base de apoio se estreita ou as demandas de atenção variam, a instabilidade postural aumenta. Isso se deve a perda de reflexos posturais. Os pacientes assumem uma postura muito característica com a cabeça e o tronco fletidos e tem muita dificuldade de ajustar a postura quando se inclinam ou quando há súbitos deslocamentos do corpo, o que favorece a ocorrência de quedas (SOUZA et al., 2011).

5.4 Distribuição da incapacidade funcional através da CIF em indivíduos portadores de DP assistidos pela UBSFs no município de Campina Grande-PB

No que diz respeito a “Função Mental” na CIF (Tabela 4), na variável estado de consciência (b1100) observou-se que os portadores apresentaram 100% estado de consciência normal. Quanto à memória a curto prazo (b1440) e memória a longo prazo (b1441) verificou-se que 54,28% e 48,57% dos indivíduos com DP, respectivamente, mostraram ambas normal. Para a nível de energia (b1300) e motivação uma menor quantidade de pacientes se apresentou sem alterações, muito provável pois essas funções dependem mais diretamente da funcionalidade desse indivíduo que geralmente está comprometida pelo tremor, rigidez, déficit de equilíbrio, diminuição de força, dificuldade na comunicação com os pessoas, principalmente para ser compreendido, todos esses fatores influenciam de maneira negativa na motivação para realização das atividades, para sair de casa.

Segundo Melo et al., (2007) os déficits cognitivos eventualmente ocorrem já nas fases iniciais da DP, e nessas circunstancias podem não ser clinicamente aparentes, mas detectáveis apenas por testes específicos, como em escalas que avaliam especificamente a cognição de indivíduos com DP, com questões de cálculo, memória, raciocínio lógico, evocação verbal, de maneira que o paciente seja avaliado através da execução das atividades,

diferente de um autorrelato, como no caso da CIF e UPDRS no domínio estado mental.

Tabela 4. Perfil do domínio “Função Mental” (b1) na CIF em portadores de DP. (N=35)

Descritores	Variáveis	Qualificadores	N (%)
b 1440	Memória a curto prazo	0	54,28
		1	20
		2	14,28
		3	5,71
		4	5,71
b 1441	Memória a longo prazo	0	48,57
		1	8,57
		2	14,28
		3	20
		4	8,57
b 1100	Estado de Consciência	0	100
		1	0
		2	0
		3	0
		4	0
b 1300	Nível de energia	0	28.571
		1	20.000
		2	31.429
		3	11.429
		4	5.714
		8	2.857
b 1301	Motivação	0	68.571
		1	11.429
		2	8.571
		3	2.857
		4	8.571

Qualificadores: 0 normal (0-4%); 1 problema leve (5-24%); 2 problema moderado (25-49%); 3 problema grave (50-95%); 4 problema completo (96-100%); 8 não especificado; 9 não se aplica.

Relacionado a “Atividades e Participação” na CIF, foram avaliados os descritores d4 e d5 (Tabela 5), especificamente, o descritor d4, referente a mobilidade: d410 a 429 - mudar e manter a posição do corpo; d430 à d449 - transportar mover a manusear objetos; d450-d469 andar, descolar-se e d470-d489 - deslocar-se utilizando transporte. Quanto ao descritor d5, referente a autos cuidados: d510 – lavar-se; d520 - cuidar de partes do corpo; d530 - cuidados relacionados com os processos de excreção; d540 – vestir-se; d550 –

comer; d560 – beber; d570 - cuidar da própria saúde e d598 - auto cuidados. Ressalta-se que os descritores foram selecionadas de forma que possibilitasse a análise da relação dos domínios “Atividade Motora e ABVDs” da UPDRS.

Após análise dos dados, observou-se que os portadores de DP apresentaram em sua maioria incapacidade leve à grave. No que diz respeito a variável mudar a posição do corpo (d410) 37,14% dos indivíduos apresentaram-se normal, seguido de 22,6% em comprometimento leve e 17,14% problema grave.

Para a variável andar (d450) 68,57% dos portadores de DP mostraram estar normal e 11,43% destes com incapacidade leve. Em relação a capacidade de se deslocar (d555) 54,55% não possuíam incapacidade, já 20% apresentaram incapacidade leve. Na variável deslocar-se por diferentes lugares foi possível perceber que houve uma dificuldade maior nesta atividade, pois 31,43% mostrara incapacidade moderada, seguido de 22,86% com incapacidade grave para realizar esta função. Por outro lado, 62,86% dos indivíduos com DP não precisam de equipamento pra se deslocar (d465), todavia, 14,28% dos indivíduos apresentaram incapacidade leve e 11,43% mostraram incapacidade grave. A marcha na DP é conhecida como festinada, apresenta-se por passos curtos, rápidos e arrastados, sem a participação dos movimentos dos braços. Entende-se que essa marcha é em decorrência da postura adotada por estes portadores, pois a cabeça anterioriza-se, ocorre um aumento da cifose torácica com uma flexão de joelhos, onde o corpo adota uma postura que favorece a anteriorização do centro de gravidade (SOUZA et al., 2011).

Sobre a utilização dos movimentos finos da mão (d440), 54,28% dos indivíduos com DP não apresentaram incapacidade, contudo, 17,14% apresentaram incapacidade grave para esta função, seguido de 14,28% com dificuldade leve. Em relação à variável utilização da mão e do braço (d445), 60% dos portadores se encontravam normal, seguido de 17,14% com incapacidade leve e 11,43% incapacidade moderada.

Dando continuidade, quanto a “Atividades e Participação”, no capítulo 5 Auto cuidado, com descritor d5, no que se diz respeito a variável lavar-se

(d510), 62,86% dos indivíduos apresentaram-se normal, porém 14,28% dos indivíduos mostraram incapacidade completa para realizar esta atividade, dependendo de ajuda e 11,43%, incapacidade grave. Para os cuidados das partes do corpo (d520), 57,14% dos indivíduos se mostraram normal para esta função, seguido de 17,14% com incapacidade leve e 14,28% incapacidade moderada. Relacionado ao cuidado com a excreção (d530) a maioria (82,86%) apresentaram-se normal.

Relacionado a variável vestir-se (d540), 37,14% os indivíduos com DP apresentam-se sem incapacidade, entretanto 25,71% mostrou incapacidade moderada para vestir-se, fato que pode ser relacionado a motricidade fina das mãos devido ao tremor e a bradisinesia. De acordo com Souza et al., (2011) o tremor é tido como o sintoma inicial da DP. Em cerca de 50% tem início nas extremidades distais, em decorrência de oscilações involuntárias de uma parte do corpo. É observado em condições de repouso que diminui ou desaparece com o início de alguma ação, podendo aparecer novamente quando o paciente mantiver uma ação ou postura mais prolongada. Em relação a bradicinesia, acredita-se que seja o resultado da ausência de dopamina no estriado, levando a um desequilíbrio entre os sistemas inibitórios e excitatórios, sendo que devido aos padrões de movimentos tenderem a uma alternância de excitação/inibição, o movimento tranca em uma direção com dificuldade de progressão o que leva a uma lentidão dos movimentos, especialmente os automáticos, havendo uma pobreza geral da movimentação e queixa frequente de fraqueza. (PRADO, et al, 2008). Sendo o sintoma mais incapacitante de um portador de DP, com a lentidão e o tempo prolongado de movimento, levando a um aumento da dependência nas tarefas cotidianas. (REBELATTO, et al., 2007).

Tabela 5. Análise da Mobilidade (d4) e Auto-Cuidado (d5) na CIF em portadores de DP (N=35)

Descritores	Variáveis	Qualificadores	N (%)
d 410	Mudar a posição do corpo	0	37.14
		1	22.86
		2	14.28
		3	17.14
		4	8.57
d 440	Utilização dos movimentos finos da mão	0	54,28
		1	14,28
		2	5,71
		3	8,57
		4	17,14
d 445	Utilização da mão e do braço	0	60,00
		1	17,14
		2	11,43
		3	8,57
		4	2,86
d 450	Andar	0	68.57
		1	11.43
		2	5.71
		3	8.57
		4	5.71
d 555	Deslocar-se	0	54.28
		1	20.00
		2	11.43
		3	5.71
		4	8.54
d 460	Deslocar-se por diferentes lugares	0	20.00
		1	14.28
		2	31.43
		3	22.86
		4	11.43
d 465	Deslocar-se com equipamento	0	62.86
		1	14.28
		2	8.57
		3	11.43
		4	2.86

d 510	Lavar-se	0	62.86
		1	8.57
		2	2.86
		3	11.43
		4	14.28
d 520	Cuidados das partes do corpo	0	57.14
		1	17.14
		2	14.28
		3	2.86
		4	8.57
d 530	Cuidados com a excreção	0	82.86
		1	2.86
		2	8.57
		3	2.86
		4	2.86
d 540	Vestir-se	0	37.14
		1	22.85
		2	25.71
		3	8.57
		4	5.71
d 550	Comer	0	54.28
		1	20.00
		2	11.43
		3	5.71
		4	8.57
d 560	Beber	0	60.00
		1	11.43
		2	11.43
		3	8.57
		4	8.57
d 570	Cuidar da própria saúde	0	42.86
		1	20.00
		2	8.57
		3	14.28
		4	14.28

Qualificadores: 0 normal (0-4%); 1 problema leve (5-24%); 2 problema moderado (25-49%); 3 problema grave (50-95%); 4 problema completo (96-100%); 8 não especificado; 9 não se aplica.

Mediante os resultados encontrados foi possível observar uma relação entre os instrumentos de avaliação UPDRS e a CIF, ambos mostraram um comprometimento de leve a moderado na maioria dos indivíduos. A CIF apresenta-se como um instrumento de avaliação mais completo, pois relaciona as atividades desempenhadas dentro de um domínio, diferentemente da UPDRS. Além disso, a CIF mostra o escopo maior de variáveis a serem analisadas, como ler, andar, deslocar-se, mudar e manter a posição básica do corpo, dentre outros. Porém, mesmo assim, estes instrumentos se complementam, uma vez que a UPDRS avalia variáveis não encontradas na CIF, a exemplo da bradicinesia (*freezing*) (RAMOS NETO, 2010).

Alguns valores da CIF podem ter se mostrado diferentes em relação a UPDRS, devido a possíveis flutuações da medicação sobre os sinais motores da DP, como o tempo ON e OFF da medicação, bem como a fatores pessoais vivenciados pelos indivíduos. A CIF fornece uma descrição de situações relacionadas às funções humanas e a suas restrições, servindo como uma estrutura para organizar essas informações de forma significativa, integrada e facilmente acessível (OMS, 2003). Nesta perspectiva, Sampaio (2005) afirmou que a CIF tem múltiplas finalidades: fornecer uma base científica para o entendimento e o estudo da saúde e estabelecer uma linguagem comum a ser utilizada pelos usuários e profissionais da saúde, além de influenciar e motivar a produção científica da área, promovendo o desenvolvimento de novas avaliações e condutas.

6. CONCLUSÃO

Após a análise dos dados foi possível concluir que os portadores de DP apresentaram:

- Faixa etária de 71 anos de idade, predomínio do gênero masculino, em sua maioria casados, e com baixo grau de escolaridade;
- Grau de incapacidade de leve a moderado, uma doença bilateral com alguma instabilidade postural;
- Nível moderado de progressão da doença, onde a atividade motora se apresentou mais afetada, seguido pelas AVDs; e comprometimento leve da função mental na UPDRS;
- Função mental normal na CIF;
- Dificuldade leve a moderada na funcionalidade, através da CIF;
- Dificuldade moderada a grave para deslocar-se para diferentes lugares através da CIF;

Quanto à análise da relação entre a UPDRS e a CIF observou-se que ambos os instrumentos são fidedignos para avaliação da função motora e cognitiva, pois em vários parâmetros apresentaram resultados concordantes. A CIF serve como base para estruturação dos serviços em fisioterapia, tanto como guia para a prática do processo de reabilitação como para a formação de um sistema de informação, por meio de uma linguagem unificada. Portanto sugere-se o segmento de investigação de outros domínios para possível elaboração de um *Core Set* da CIF para a DP.

ABSTRACT

Parkinson's disease (PD), is among the most common neurological diseases and is known to interfere with the functionality, cognition and emotional state of the patient. The International Classification of Functioning (ICF) is not only an instrument to measure the functional status of individuals but it also evaluates broadly the patient. It Allows access to the living conditions and provide support for social inclusion policies. Given this, it aimed to investigate the relationship between functional assessment tools and disease progression with the ICF. This study was a field research, quantitative, cross sectional character, conducted between 2011 and 2013 through PROPESQ / UEPB with ethics committee number 0709.0.133.000-1. The data collection instruments were: sociodemographic form, Hoehn Yahr staging scale, unified Parkinson's disease scale (UPDRS) and selected ICF categories. Data were analyzed using the statistical program Graph Pad Prism version 5.0, and the values expressed in frequency, percentage, mean, standard deviation, with $p < 0.05$. Participated in the research 35 patients with PD, with a mean age of $71.63 \pm 7,87$ anos, mostly men with low education levels. They showed light to moderate disability, a bilateral disease with some postural instability, moderate level of disease progression with motor activity most affected, followed by ADL; and mild impairment of mental function in UPDRS, mild to moderate difficulty in functionality through the ICF. There was a relationship between the evaluation instruments but the CIF was considered more complete

Keywords: Parkinson's Disease, Functionality, Staging, ICF.

7. REFERENCIAS

CAMARGOS, A. C. R.; CÓPIO, F. C. Q.; SOUSA, T. R. R. e Goulart, F. **O impacto da Doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura.** Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 8, n. 3, p. 267-272, 2004.

CAMPOS, Lidiane S. et al. **Clinical predictors of cognitive impairment and psychiatric complications in Parkinson's disease.** São Paulo: Arq. Neuro-Psiquiatr v. 73, n. 5, p. 390-395, 2015. Disponível em: ""

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2015000500004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 01 jun. 2015.

CAMPOS, Tania F. et al. **Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF).** São Carlos: Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 16, N. 1, p. 23-29, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552012000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 31 mai. 2015.

FARIAS, N. e BUCHALLA, CM. **A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas.** Revista Brasileira Epidemiol, 187-93, 2005.

LANA, R.C.; ÁLVARES, L.M.R.S.; NASCIUTTI-PRUDENTE, C.; GOULART, F.R.P.; TEIXEIRA-SALMELA, L.F. e CARDOSO, F.E. **Percepção da qualidade de vida de indivíduos com Doença de Parkinson através do PDQ-39.** São Carlos: Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 11, N. 5, p. 397-402, 2007.

MELLO, M. P. B e BOTELHO, A. C. G. **Correlação das escalas de avaliação utilizadas na doença de Parkinson com aplicabilidade na fisioterapia. Fisioterapia e movimento.** Curitiba, v. 23, n. 1, p. 121-127, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000100012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 01 de jun. 2015.

MELO, L. M.; BARBOSA E. R. e CARAMELLI, P. **Declínio cognitivo e demência associados à doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. Revisão de literatura.** Revista Psiq. Clín, p. 176-183, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) e ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo: Universidade de São Paulo – Edusp, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF**. Genebra: OMS/WHO, 2002.

PRADO, A.L.C. **Avaliação da memória emocional na doença de Parkinson**. monografia, Brasília: Universidade de Brasília, p.1-86, 2008.

REBELATTO JR, CALVO JI, OREJUELA JR, PORTILLO JC. **Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular e a flexibilidade corporal de mulheres idosas**. Revista Brasileira de Fisioterapia, p. 127-32, 2006.

RIBERTO, Marcelo. **Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, p. 938-46, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-71672011000500021&pid=S003471672011000500021&pdf_path=reben/v64n5/a21v64n5.pdf Acesso em 31/05/15

SANTANA, E. **A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) em fisioterapia: uma revisão bibliográfica**. dissertação, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008.

SANTOS, S. S. C.; LOPES, Manuel J.; VIDAL, D. A. S.; GAUTÉRIO, D. P. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: utilização no cuidado de enfermagem a pessoas idosas**. Revista Brasileira de Enfermagem, p. 789-793, 2013. tab. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-690687. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S003471672013000500021&pid=S003471672013000500021&pdf_path=reben/v66n5/21.pdf> Acesso em: 28 mai 2015.

SILVA, J. A. M. G.; FILHO, A. V. D. e FAGANELLO, F. R. **Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39**. Curitiba: Fisioter. Mov., v.. 24, n. 1, p. 141-146, 2011.