



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

JÉZICA DE SOUSA ASSUNÇÃO

**INCAPACIDADE RELACIONADA À DOENÇA DE PARKINSON E FATORES
ASSOCIADOS**

FORTALEZA

2022

JÉZICA DE SOUSA ASSUNÇÃO

INCAPACIDADE RELACIONADA À DOENÇA DE PARKINSON E FATORES
ASSOCIADOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial da disciplina de Pesquisa em Fisioterapia III.

Orientador: Profa. Dra. Ana Carla Lima Nunes

FORTALEZA

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A873i Assunção, Jézica de Sousa.
Incapacidade relacionada à Doença de Parkinson e fatores associados / Jézica de Sousa Assunção. – 2022.
40 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Fisioterapia, Fortaleza, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Ana Carla Lima Nunes.
1. Doença de Parkinson. 2. Incapacidade. 3. Idosos. I. Título.

CDD 615.82

JÉZICA DE SOUSA ASSUNÇÃO

INCAPACIDADE RELACIONADA À DOENÇA DE PARKINSON E FATORES
ASSOCIADOS

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Fisioterapia do
Departamento de Fisioterapia da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal do Ceará como requisito parcial
da disciplina de Pesquisa em
Fisioterapia III.

Orientador: Profa. Dra. Ana Carla Lima
Nunes

Aprovada em: 21/01/2022

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Carla Lima Nunes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Lidiane Andréa Oliveira Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Danielle Pessoa Lima
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Aos meus pais, Sebastião e Regina.

Ao meu esposo, Jeanir.

Aos meus amigos, Lívia, Pedro e Vandecir.

À Cúpula.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Ceará, pela formação acadêmica de excelência.

À Profa. Dra. Ana Carla Lima Nunes, pela cuidadosa orientação.

As professoras participantes da Banca examinadora Dra. Lidiane Andrea Oliveira Lima e Dra. Danielle Pessoa Lima, pelas preciosas colaborações e sugestões.

Aos meus amigos da turma VIII do curso de Fisioterapia, pelo apoio e amizade.

RESUMO

A Doença de Parkinson (DP) é a segunda patologia neurodegenerativa mais comum no mundo. Para além de sinais e sintomas clínicos, indivíduos com DP tendem a ter maiores níveis de incapacidade quando comparados a indivíduos com outras patologias neurológicas. No entanto, a maioria dos estudos medem incapacidade associada a DP utilizando instrumentos específicos para a doença ou domínios funcionais. O WHODAS 2.0 é um instrumento que avalia a incapacidade em diferentes domínios. O objetivo deste estudo é descrever o nível de incapacidade relacionado à DP e investigar os fatores associados. Estudo transversal, realizado no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, com idosos com DP residentes na comunidade. A entrevista ocorreu por vídeo-chamadas, em que foram coletados dados pessoais, sociodemográficos e clínicos, e questionários que avaliam incapacidade (WHO Disability Assessment Schedule), sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica), dor (Escala Visual Analógica), medo de cair (Falls Efficacy Scale International) e comportamento sedentário (Questionário Internacional de Atividade Física) e. Foi realizada análise univariada, para verificar a correlação da incapacidade com os demais desfechos. Dos 56 participantes do estudo, 29 são do sexo masculino. A média de idade da amostra foi de 72 ($\pm 6,88$) anos. A pontuação média do WHODAS 2.0 foi de 26.75 (± 9). Correlações positivas moderadas foram encontradas entre incapacidade e sintomas depressivos ($r=0,44$; $p=0,001$), medo de cair ($r=0,54$; $p<0,001$), comportamento sedentário ($r=0,40$; $p=0,002$) e número de quedas ($r=0,45$; $p=0,001$). Estudos anteriores já mencionavam a depressão, medo de cair como um dos sintomas incapacitantes da DP. Nossos resultados indicam que idosos com DP têm incapacidade leve e apresentam maior dificuldade em domínios de atividade e participação. Fatores como tempo de diagnóstico, sintomas depressivos, medo de cair, comportamento sedentário e número de quedas se mostraram estar associados à incapacidade nessa população.

Palavras chaves: Doença de Parkinson; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Idosos

ABSTRACT

Parkinson's Disease (PD) is the second most common neurodegenerative disease in the world. In addition to clinical signs and symptoms, individuals with PD tend to have higher levels of disability when compared to individuals with other neurological pathologies. However, most studies measure disability associated with PD using instruments specific to the disease or functional domains. WHODAS 2.0 is an instrument that assesses disability in different domains. The aim of this study is to describe the level of disability related to PD and to investigate associated factors. A cross-sectional study carried out at the Department of Physiotherapy of the Federal University of Ceará, with elderly people with PD residing in the community. The interview took place through video calls, in which personal, sociodemographic and clinical data were collected, and questionnaires that assess disability (WHO Disability Assessment Schedule), depressive symptoms (Geriatric Depression Scale), pain (Visual Analog Scale), fear of falling (Falls Efficacy Scale International) and sedentary behavior (International Physical Activity Questionnaire) e. Univariate analysis was performed to verify the correlation of disability with other outcomes. Of the 56 study participants, 29 are male. The mean age of the sample was 72 (± 6.88) years. The mean WHODAS 2.0 score was 26.75 (± 9). Moderate positive correlations were found between disability and depressive symptoms ($r=0.44$; $p=0.001$), fear of falling ($r=0.54$; $p<0.001$), sedentary behavior ($r=0.40$; $p=0.002$) and number of falls ($r=0.45$; $p=0.001$). Previous studies already mentioned depression, fear of falling as one of the disabling symptoms of PD. Our results indicate that elderly people with PD have mild disability and have greater difficulty in domains of activity and participation. Factors such as time of diagnosis, depressive symptoms, fear of falling, sedentary behavior and number of falls were shown to be associated with disability in this population.

Keywords: Parkinson's Disease; International Classification of Functioning, Disability and Health; Aged

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	MÉTODOS	12
2.1	Design do Estudo	12
2.2	Participantes	12
2.3	Procedimentos	12
2.4	Instrumentos	13
2.4.1	Desfecho Primário: Incapacidade	13
2.4.2	Desfechos Secundários	13
2.5	Análise Estatística	14
3.	RESULTADOS	15
4.	DISCUSSÃO	17
5.	CONCLUSÃO	19
	REFERÊNCIAS	20
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	24
	APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO	26

1. INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é a segunda patologia neurodegenerativa mais comum no mundo (PRINGSHEIN et al., 2014). Dados do Global Burden of Disease mostram uma tendência crescente da incidência, prevalência e anos vividos com incapacidade devido à DP na maioria dos países do mundo nos últimos 30 anos (DORSEY; ELBAZ, 2018). Muito já se sabe sobre alterações estruturais envolvidas na DP como a perda neuronal na substância nigra e no locus coeruleos por mecanismos de apoptose e autofagia, e sua caracterização clínica envolvendo sintomas motores, como bradicinesia e tremor, e sintomas não motores como distúrbios do sono e depressão (HAYES, 2019). Com a progressão da doença, o tratamento medicamentoso é intensificado (SILVA; CARVALHO, 2019), podendo induzir a efeitos adversos como as discinesias e o aumento dos sintomas não motores (SVEINBJORNSDOTTIR, 2016).

Para além de sinais e sintomas clínicos, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) traz o conceito de incapacidade como a interação entre estruturas e funções comprometidas na condição apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, além dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (OMS, 2013). Indivíduos com DP tendem a ter maiores níveis de incapacidade quando comparados a indivíduos com outras patologias neurológicas (LEONARDI; MEUCCI; AJOVALASIT, 2009). No entanto, a maioria dos estudos medem incapacidade associada a DP utilizando instrumentos específicos para a doença ou domínios funcionais (MUSLIMOVIC et al., 2008). O WHODAS 2.0 é um instrumento que avalia a incapacidade em diferentes domínios que abrangem cognição, mobilidade, autocuidado, relacionamento, atividade e participação, e é baseado na CIF (SILVEIRA et al., 2013).

Alguns fatores já são conhecidos por se relacionarem à incapacidade em indivíduos com DP (PÉREZ, 2017). A dor musculoesquelética é um sintoma comum e incapacitante na DP (SUNG et al., 2018), e está associada à depressão, redução da qualidade de vida e da autonomia do paciente (PÉREZ, 2017), porém ainda tem sido pouco considerada na prática clínica (FORD, 2009). A depressão, um dos principais sintomas não motores presentes nos estágios iniciais da DP, colabora para o aumento da incapacidade e da mortalidade (WU; LEE; HUANG, 2017). A presença de sintomas depressivos também está associada a maior gravidade da DP, pior função motora e pior desempenho nas atividades de vida diária (PAPAPETROPOULOS, et al., 2006). Ainda sobre alterações das funções do

corpo relacionadas à incapacidade destacamos o medo de cair (CUGUSI; MANCA; BERGAMIN, 2019), que tem natureza multifatorial, podendo estar relacionado ao histórico de quedas, a sintomas da DP e ao ambiente (JONASSON et al., 2018).

Existem evidências na literatura que aspectos comportamentais e ambientais estão relacionados à incapacidade em pacientes com DP (RAGGI et al., 2011). O comportamento sedentário está associado a desfechos negativos em saúde, incluindo incapacidade (TROUTMAN et al., 2020), redução da qualidade de vida relacionada à mobilidade, processamento cognitivo e comunicação (ELLINGSON; ZAMAN; STEGEMÖLLER, 2019). Além disso, as quedas são um dos principais determinantes de qualidade de vida nesses indivíduos e se tornam mais frequentes com a progressão da DP (FASANO et al., 2017). Limitações de mobilidade e diminuição de atividades de vida diárias têm se mostrado fatores que interferem na função física em pacientes com DP (SACHETTI et al., 2013).

Como fatores adicionais, a pandemia de COVID-19 e a necessidade de distanciamento social trouxeram uma modificação do comportamento das pessoas e sobrecarga emocional (SHALASH et al., 2020). Esta adaptação de estilo de vida pode estar associada a desfechos negativos em saúde, especialmente em idosos com DP (VICTORINO et al., 2020). A exacerbação de sintomas depressivos e do sofrimento psicológico, além da piora dos sintomas motores e redução da prática de atividade física são alguns efeitos do distanciamento social para esta população relatados na literatura (VAN DER HEIDE et al., 2020).

O avanço da DP globalmente mostra que são necessárias estratégias mais eficazes para diminuir os anos vividos com incapacidade devido à DP para enfrentar o rápido envelhecimento populacional. Aspectos como o distanciamento social e o acometimento pela COVID-19 podem influenciar atividades e participação dos idosos com DP. A descrição da incapacidade relacionada a DP de acordo com o conceito ampliado da CIF e a investigação dos fatores associados, para além da estrutura e função do corpo, pode nortear o escopo de avaliação biopsicossocial desses indivíduos, bem como traçar um perfil de pacientes mais suscetíveis à incapacidade e facilitar o processo de tomada de decisão clínica dos profissionais de saúde, para que consigam identificar e agir de maneira preventiva em fatores modificáveis e de maneira mais assertiva em fatores não modificáveis. O objetivo deste estudo é descrever o nível de incapacidade -bem como os seus os fatores associados de indivíduos com DP .

2. MÉTODOS

2.1 Design do Estudo

Estudo transversal, de caráter observacional para investigar os fatores correlacionados à incapacidade em idosos com Doença de Parkinson residentes na comunidade. O local de realização do estudo foi o Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (4.729.900). Os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE está disponível em APÊNDICE 1.

2.2 Participantes

O presente estudo incluiu pacientes idosos com 60 anos ou mais residentes do estado do Ceará, diagnosticados com Doença de Parkinson. A amostra de conveniência foi recrutada a partir de uma lista de pacientes atendidos no Projeto Tele Parkinson, desenvolvido pelo Projeto de Extensão Viver com Parkinson, vinculado ao ambulatório de Neurologia da Universidade Federal do Ceará. Foram incluídos no estudo indivíduos que relataram ter a cognição preservada e com capacidade de caminhar com independência. O idoso também precisou fazer uso ou ter disponível algum dispositivo de tecnologia como smartphone ou computador, que permitisse chamadas de vídeo. Quando foi necessário, idoso pode ter apoio de algum familiar ou cuidador no processo. Foram excluídos idosos que apresentaram outras patologias que pudessem comprometer seu desempenho físico e cognitivo, como cardiopatas descompensados e demências, ou que se recusaram a realizar alguma etapa da avaliação.

2.3 Procedimentos

A coleta de dados foi realizada por avaliadores que passaram por um treinamento prévio quanto ao uso de recursos de tecnologia móvel e aplicativos para a realização de ligação por vídeo-chamada, bem como quanto à aplicação e mensuração dos instrumentos de avaliação utilizados. Os avaliadores foram estudantes de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará. As entrevistas foram feitas por meio de vídeo-chamada, com tempo total estimado em 40 minutos. Caso a vídeo-chamada tenha sido interrompida, foi dada continuidade em outro momento, até sete dias após a primeira. Inicialmente, o idoso foi informado sobre o objetivo da pesquisa e convidado a participar, tendo livre escolha de participar ou não. Foram coletados inicialmente dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão e renda familiar), dados clínicos (tempo de diagnóstico

e medicamentos utilizados atualmente), informações sobre distanciamento social, histórico de quedas no último ano (frequência e local onde o evento ocorreu). Foi considerado como queda qualquer evento em que ocorra um deslocamento para um nível inferior sem intenção e com impossibilidade de correção em tempo hábil (GOMES et al., 2014). A Ficha de Avaliação está disponível no APÊNDICE 2.

2.4 Instrumentos

2.4.1 Desfecho Primário: Incapacidade

Para a avaliação da incapacidade, foi aplicado o Whodas 2.0, que é um instrumento prático e genérico de avaliação de saúde e deficiência no âmbito populacional ou clínico. O WHODAS 2.0 fornece o nível de incapacidade de seis domínios de vida (cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais e participação). Para todos os seus domínios, WHODAS 2.0 proporciona um perfil e uma medida geral de funcionalidade e deficiência que é confiável e aplicável transculturalmente, em todas as populações adultas (OMS, 2015). A versão WHODAS - 12 itens consiste nos seguintes componentes: Itens 3 e 6 de Entendimento e Comunicação; itens 1 e 7 de Mobilidade; itens 8 e 9 do Autocuidado; itens 10 e 11 do Lidando com Pessoas; itens 2 e 12 de Atividades de Vida; e os itens 4 e 5 de Participação na Sociedade (LUCIANO et al., 2010). Será utilizada a versão resumida de 12 questões, pois tem se mostrado a melhor opção para avaliação da incapacidade no contexto da CIF (SERRANO-DUEÑAS; SERRANO; MARTÍNEZ-MARTÍN, 2020) . As opções de resposta consideram o nível de dificuldade e começa de “nenhuma dificuldade” e aumenta de forma ordenada para “leve”, “moderada”, “grave” ou “extrema” dificuldade. A pontuação do questionário varia de 0 (melhor funcionalidade) a 100 (pior funcionalidade).

2.4.2 Desfechos Secundários

A dor foi avaliada quanto à presença, quantidade de locais em que está presente e intensidade no local que mais incomodava o paciente. A intensidade da dor será avaliada por meio da Escala Visual Analógica (EVA), que é um instrumento unidimensional para a avaliação da intensidade da dor. Trata-se de uma linha com as extremidades numeradas de 0-10, acompanhadas por figuras de faces correspondentes à numeração. Em uma extremidade da linha é marcada “nenhuma dor” e na outra “pior dor imaginável”. Pede-se, então, para que o paciente avalie e marque na linha a dor presente naquele momento (MARTÍNEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

A Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15) foi utilizada para avaliação da presença de sintomas depressivos. A EDG-15 é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão em idosos e foi adaptada a partir da versão original de 30

itens elaborada por Sheikh & Yesavage (1986) (YESAVAGI; SHEIKH, 1986). Pontuações acima de 5 sugerem a existência de depressão (LYNESS et al., 1997).

O medo de cair foi avaliado pela Falls Efficacy Scale International (FES-I). Os dezesseis itens desse instrumento são constituídos por atividades cotidianas e é perguntado qual a preocupação do paciente com a possibilidade de cair ao realizar essas atividades. As possibilidades de resposta e pontuações são: nem um pouco preocupado = 1; um pouco preocupado = 2; muito preocupado = 3 e extremamente preocupado = 4. A pontuação varia de 0 a 64 pontos, sendo quanto maior, maior a preocupação em relação a quedas (DELBAERE et al., 2010). O comportamento sedentário foi coletado por meio das duas últimas questões do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), sendo perguntado “Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?” e “Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?”. Este questionário avalia o nível de atividade física, sendo contabilizado o tempo em que o paciente relata permanecer sentado durante a semana e durante o final de semana (CRAIG et al., 2003). Foi utilizado o valor do tempo sentado durante um dia de semana. Quanto maior a média de tempo sentado, maior o comportamento sedentário.

As quedas foram mensuradas por meio de um questionário que perguntava o número de quedas no último ano, o local da última queda e se foi necessária hospitalização por causa da última queda.

2.5 Análise Estatística

Foi realizada uma análise descritiva utilizando medidas de tendência central (média e mediana), dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo) e frequências absolutas, relativas e percentuais para descrever a amostra. Foi realizado o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da amostra.

Após esta etapa, foi realizada uma análise univariada por meio do teste de correlação de Spearman entre as variáveis incapacidade, tempo de diagnóstico, número de medicamentos utilizados atualmente, frequência de quedas no último ano, intensidade da dor, comportamento sedentário, sintomas depressivos, medo de cair e comportamento de evitação por medo de cair. Valores até 0,39 indicam correlação fraca, de 0,4 a 0,69 indicam correlação moderada e valores iguais ou acima de 0,7 serão indicativos de correlação forte. Foi estabelecido um valor de significância $p < 0,05$. A análise estatística será realizada por meio do Programa Statistical Package for Social Sciences, 2.0 (SPSS).

3. RESULTADOS

Um total de 149 idosos foram contatados. Desses, 93 não participaram da pesquisa por óbito, número inexistente, patologias que impossibilitaram a compreensão de alguma etapa da pesquisa, falta de acesso à plataformas digitais que permitissem a vídeo-chamada ou desinteresse em participar. Dos 56 participantes do estudo, 29 (51,78%) são do sexo masculino. A média de idade da amostra foi de 72 ($\pm 6,88$) anos. O tempo de diagnóstico de Doença de Parkinson foi de 10,22 ($\pm 8,41$) anos e a quantidade de anos de estudo foi de 8.51 ($\pm 5,41$) anos. A Tabela 1 descreve o perfil dos idosos incluídos no estudo.

Tabela 1 - Perfil dos idosos com Doença de Parkinson

Variável	Valores
Sexo Masculino - n (%)	29 (51)
Idade - média (\pm DP)	72 (± 6.88)
IMC - média (\pm DP)	24.90 (± 4.04)
Escolaridade (em anos) - média (\pm DP)	8.51 (± 5.41)
Tempo de Diagnóstico (em anos) - média (\pm DP)	10.22 (± 8.41)
Número de Medicamentos - média (\pm DP)	5.64 (± 6.97)
Número de Comorbidades - média (\pm DP)	1.82 (± 1.40)
WHODAS - média (\pm DP)	26.75 (± 9)
EVA - média (\pm DP)	2.89 (± 3.39)
EDG-15 - média (\pm DP)	7.98 (± 2.46)
IPAQ (sentado semana) - média (\pm DP)	7.23 (± 3.61)

FES-I - média (\pm DP) 34.76 (\pm 10.10)

Número de Quedas - média (\pm DP) 2.65 (\pm 11.77)

IMC: Índice de Massa Corpórea; EVA: Escala Visual Analógica; GDS: Geriatric Depression Scale; IPAQ: International Physical Activity Questionnaire; FES-I: Falls Efficacy Scale-International; FFABQ: Fear of Falling Avoidance Behavior Questionnaire.

Em relação aos resultados do WHODAS 2.0, a pontuação média foi de 26.75 (\pm 9). Os tópicos em que os participantes mais relataram dificuldade (“Grave” e “Extrema ou não consegue fazer”) foram para realização das atividades como “Cuidar das suas responsabilidades domésticas?” (25%), “Quanta dificuldade você teve em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?” (23,21%), “O quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?” (23,21%), “Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?” (30,35%), e “Andar por longas distâncias, como por 1 quilômetro?” (42,85%).

Tabela 2. Correlações entre incapacidade e demais variáveis.

Variável	r	p
IMC	.59	.073
Escolaridade	-.15	.266
Tempo de Diagnóstico	.39*	.003
Número de Medicamentos	.37*	.005
Número de Comorbidades	.22	.104
EVA	.08	.559
EDG-15	.44*	.001
FES-I	.54*	<.001

IPAQ (tempo sentado)	.40*	.002
Número de Quedas	.45*	.001

r: Rô de Spearman.

IMC: Índice de Massa Corpórea; EVA: Escala Visual Analógica; EDG: Escala de Depressão Geriátrica; IPAQ: International Physical Activity Questionnaire; FES-I: Falls Efficacy Scale-International; FFABQ: Fear of Falling Avoidance Behavior Questionnaire.

Os valores referentes às correlações entre incapacidade e as demais variáveis podem ser observados na Tabela 2. Valores significativos foram encontrados entre incapacidade e tempo de diagnóstico ($p=0.003$), número de medicamentos utilizados ($p=0.005$), presença de sintomas depressivos ($p=0.001$), medo de cair ($p<0.001$), quantidade de horas sentado durante um dia de semana ($p=0.002$ e número de quedas no último ano ($p=0.001$).

4. DISCUSSÃO

Nossos resultados indicam que idosos com DP têm incapacidade leve e apresentam maior incapacidade nos domínios de atividade e participação. Fatores como tempo de diagnóstico, sintomas depressivos, medo de cair, comportamento sedentário e número de quedas se mostraram estar associados à incapacidade nessa população.

Os participantes do nosso estudo apresentaram leve incapacidade e relataram maior nível de incapacidade aspectos importantes de atividades de vida diária, como atividades domésticas, e de participação em sociedade, como a presença de questões emocionais relacionadas à condição de saúde e participação em atividades comunitárias. Estudos anteriores já mostraram que alguns fatores estão comumente presentes em indivíduos com DP e contribuem para a incapacidade, como distúrbios do sono (BOHNEN; HU, 2019), presença de patologias psiquiátricas (MARINUS et al., 2018) e deficiências na marcha (MIRELMAN et al., 2019). O nosso estudo se destaca por analisar a incapacidade com o uso do WHODAS 2.0. Este fato inclui nosso estudo entre os raros estudos que consideram a definição de incapacidade de acordo com a CIF.

Em nosso estudo, um maior tempo de diagnóstico está relacionado a maiores níveis de incapacidade. Em estudos anteriores, o tempo de diagnóstico esteve associado à gravidade de sintomas não motores incapacitantes nessa população, como ansiedade, depressão e distúrbios do sono (VIRAMETEEKUL et al., 2021). Nosso estudo também demonstrou que a presença de sintomas depressivos se mostrou associada à maior

incapacidade em idosos com DP. Achados anteriores da literatura consideram que a depressão está correlacionada à incapacidade auto percebida e a aspectos que interferem na qualidade de vida (SU et al., 2021) em indivíduos com DP independentemente da idade (BERARDELI et al., 2018). Apesar de ser um dos preditores mais importantes de qualidade de vida na DP, evidências mostram que os sintomas relacionados à depressão e a outras patologias psicológicas podem ser minimizados com tipos específicos de atividade física (HU; LEE; HUANG, 2017).

Os resultados desse estudo também associaram a incapacidade ao medo de cair. Estudos anteriores já haviam descrito essa associação entre seus principais achados e correlacionaram o medo de cair à maiores níveis de incapacidade e à gravidade da doença (ALBAY; TUTUNCU, 2021). O medo de cair, junto à percepção de mobilidade e à instabilidade postural, também já foi identificado como um dos componentes que influenciam a evitação de atividades (NILSSON; JONASSON; ZIJLSTRA, 2020). Ademais, o Modelo Teórico do Ciclo do Comportamento de Evitação por Medo de Cair da Doença de Parkinson considera que fatores como comportamento sedentário, depressão e autopercepção de mobilidade contribuem para diferentes etapas desse ciclo (LANDERS et al. 2021). Estudos anteriores mostraram associação entre esses fatores e a incapacidade nessa população. A carga dos fatores relacionados a aspectos psicológicos na incapacidade pode ser modificada com a utilização estratégias relacionada a exercícios físicos aeróbicos supervisionados (WU et al., 2017).

Também foi evidenciado nesse estudo que o comportamento sedentário está associado a níveis mais altos de incapacidade, indo ao encontro de achados da literatura que relacionam baixos níveis de atividade física à incapacidade relacionada à mobilidade e à realização de atividades de vida diárias (URELL et al., 2021). Além disso, tempos maiores em inatividade parecem diminuir a mobilidade na realização de atividades de vida diária nessa população (VAN UEM et al., 2021). A maioria dos estudos avaliam nível de atividade física, e não o comportamento sedentário especificamente, além de não padronizar os instrumentos de avaliação utilizados e a forma de contabilizar seus resultados. Não existem na literatura estudos que correlacionam o comportamento sedentário à incapacidade em idosos com DP. Nossos dados demonstram que o número de quedas também está relacionado à incapacidade em idosos com DP. Achados anteriores associam o número de quedas em um determinado período à incapacidade, à frequência de quedas anteriormente e à altas doses de medicamentos (ALMEIDA et al., 2020). Devido ao caráter multifatorial que envolve a ocorrência de quedas, creditamos que aspectos relacionados a elas, como os aspectos psicológicos, podem ser modificados.

Este estudo teve como limitação o tamanho da amostra, que não permitiu análises mais robustas. Além disso, a natureza transversal do estudo impede o acompanhamento ao longo do tempo, o que impede propor uma relação de causalidade. Outra limitação do estudo foi a falta de um teste funcional que pudesse mensurar a mobilidade, condicionamento físico e aspectos relacionados à resposta ao exercício como a fadiga, que vem sendo relatada nessa população. O contexto da Pandemia de COVID-19 e a necessidade de isolamento social exigiu que usássemos estratégias não presenciais para as coletas, o que inviabilizou a realização desses testes, visto que não teríamos como garantir a segurança do paciente durante a realização.

Como ponto forte do nosso estudo podemos destacar a avaliação da incapacidade com o WHODAS 2.0 que considera o conceito de incapacidade de acordo com a CIF. Também conseguimos mostrar que a incapacidade pode estar relacionada a fatores relacionados a aspectos da função mental, atividades e fatores ambientais, para além dos fatores estruturais e de função motora já bastante investigados.

Do ponto de vista clínico, nosso estudo mostra quais fatores e de que forma eles podem estar relacionados à incapacidade em idosos com DP. Além disso, demonstramos a forma com que os sintomas não-motores se associam à incapacidade nessa população específica. Assim, é possível incrementar o modelo de avaliação de pacientes idosos com DP, de forma a mensurar na prática clínica sintomas não motores ainda pouco investigados, como medo de cair e o comportamento de evitação relacionado a esse medo. Acreditamos que um estudo futuro com uma amostra maior permitirá uma análise mais robusta, como uma análise de regressão linear para entender melhor como esses fatores analisados se relacionam mutuamente. Além disso, sugerimos que seja realizado um estudo de coorte prospectivo, a fim de entender como as variáveis analisadas se comportam ao longo do tempo.

5. CONCLUSÃO

A população idosa com DP tem nível leve de incapacidade. Além disso, os maiores índices de incapacidade foram observados em aspectos relacionados à atividade de participação. Aspectos como sintomas depressivos, medo de cair, comportamento sedentário e número de quedas estão relacionados à incapacidade nessa população. Esses aspectos podem ser considerados como modificáveis e devem compor o escopo de avaliação e estar presentes nos objetivos do tratamento.

REFERÊNCIAS

A HIRSCH, Mark; FARLEY, Becky. Exercício e neuroplasticidade em pessoas que vivem com a doença de Parkinson. **Eur J phys rehabil Med** 2009; 45: 215-29.

ALBAY, V.; TUTUNCU, M. Fear of Falling: An Independent Factor Affecting Health-Related Quality of Life in Patients with Parkinson's Disease. **Neurology India**, v. 69, n. 3, p. 643–647, 1 maio 2021.

BOHNEN, N. I.; HU, M. T. M. Sleep Disturbance as Potential Risk and Progression Factor for Parkinson's Disease. **Journal of Parkinson's Disease**, v. 9, n. 3, p. 603–614, 2019

CAPATO, Tamine Teixeira da Costa; DOMINGOS, Josefa Maria Malta; ALMEIDA, Rosa Santos. Versão em Português da Diretriz Europeia de Fisioterapia para a Doença de Parkinson. São Paulo: **Omnifarma**; 2015.

CRAIG, Cora L.; MARSHALL, Alison L.; STRUM, Michael; BAUMAN, Adrian E.; BOOTH, Michael L.; AINSWORTH, Barbara E.; PRATT, Michael; EKELUND, Ulf; YNGVE, Agneta; SALLIS, James F.. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. **Medicine & Science In Sports & Exercise**, [S.L.], v. 35, n. 8, p. 1381-1395, ago. 2003. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

DELBAERE, K.; CLOSE, J. C. T.; MIKOLAIZAK, A. S.; SACHDEV, P. S.; BRODATY, H.; LORD, S. R.. The Falls Efficacy Scale International (FES-I). A comprehensive longitudinal validation study. **Age And Ageing**, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 210-216, 8 jan. 2010. Oxford University Press (OUP).

DÍEZ-CIRARDA, María; IBARRETXE-BILBAO, Naroa; PEÑA, Javier; OJEDA, Natalia. Neurorehabilitation in Parkinson's Disease: a critical review of cognitive rehabilitation effects on cognition and brain. **Neural Plasticity**, [S.L.], v. 2018, p. 1-12, 2018. Hindawi Limited.

FASANO, Alfonso; CANNING, Colleen G.; HAUSDORFF, Jeffrey M.; LORD, Sue; ROCHESTER, Lynn. Falls in Parkinson's disease: a complex and evolving picture. **Movement Disorders**, [S.L.], v. 32, n. 11, p. 1524-1536, 25 out. 2017. Wiley.

FILIPPIN, Nadiesca Taisa; MARTINS, Juliana Saibt; LIBERA, Lucas Bolzan Dela; HALBERSTADT, Bianca Fraga; SEVERO, Alexandre Rodrigues. Qualidade de vida de sujeitos com doença de Parkinson e seus cuidadores. **Fisioterapia em Movimento**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 57-66, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

FONTES, Ana Paula; FERNANDES, Ana Alexandre; BOTELHO, Maria Amália. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa , v. 28, n. 2, p. 171-178, dez. 2010.

FORD, Blair. Pain in Parkinson disease: the hidden epidemic. **Nature Reviews Neurology**, [S.L.], v. 5, n. 5, p. 242-243, maio 2009. Springer Science and Business Media LLC.

GALHARDO, Mônica Maria de Azevedo Mello Carvalho; AMARAL, Ana Karênina de Freitas Jordão do; VIEIRA, Ana Cláudia de Carvalho. Caracterização dos distúrbios cognitivos na Doença de Parkinson. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 11, supl. 2, p. 251-257, 2009.

GOMES, Erika Carla Cavalcanti; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; LEAL, Márcia Carréra Campos; BARROS, Benvinda Pereira de. Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 19, n. 8, p. 3543-3551, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO).

HAYES, Michael T.. Parkinson's Disease and Parkinsonism. **The American Journal Of Medicine**, [S.L.], v. 132, n. 7, p. 802-807, jul. 2019. Elsevier BV.

HSU, Tzu-Herng; LIOU, Tsan-Hon; CHOU, Kuei-Ru; CHI, Wen-Chou; YEN, Chia-Feng; LIAO, Hua-Fang; TSENG, Ing-Jy. Large-Scale Assessment of Function and Disability in Patients with Parkinson's Disease Using the Functioning Disability Evaluation Scale-Adult Version. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 15, n. 12, p. 2788-2801, 9 dez. 2018. MDPI AG.

LACRUZ, Sagrario Pérez de. Effectiveness of aquatic therapy for the control of pain and increased functionality in people with Parkinson's disease: a randomized clinical trial.

European Journal Of Physical And Rehabilitation Medicine, [S.L.], v. 53, n. 6, p. 825-832, dez. 2017. Edizioni Minerva Medica S.p.A..

LYNESS, Jeffrey M.. Screening for Depression in Elderly Primary Care Patients. **Archives Of Internal Medicine**, [S.L.], v. 157, n. 4, p. 449-454, 24 fev. 1997. American Medical Association (AMA).

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [S.L.], v. 51, n. 4, p. 304-308, ago. 2011. Springer Science and Business Media LLC.

MARINUS, J. et al. Risk factors for non-motor symptoms in Parkinson's disease. **The Lancet Neurology**, v. 17, n. 6, p. 559–568, 1 jun. 2018.

MIRELMAN, A. et al. Gait impairments in Parkinson's disease. **The Lancet Neurology**, v. 18, n. 7, p. 697–708, 1 jul. 2019.

MOREIRA, Raissa Carla; ZONTA, Marise Bueno; ARAÓJO, Ana Paula Serra de; ISRAEL, Vera Lúcia; TEIVE, Hélio A. G.. Quality of life in Parkinson's disease patients: progression markers of mild to moderate stages. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, [S.L.], v. 75, n. 8, p. 497-502, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO).

MOSER, Auristela Duarte; SCHARAN, Karoleen. O olhar biopsicossocial na Fisioterapia: ferramentas disponíveis para sua operacionalização. **Fisioterapia em Movimento**, [S.L.], v. 31, p. 31-42, 29 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

Organização Mundial de Saúde. Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0): **OMS**, 2015.

PRINGSHEIM, Tamara; JETTE, Nathalie; FROLKIS, Alexandra; STEEVES, Thomas D.L.. The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. **Movement Disorders**, [S.L.], v. 29, n. 13, p. 1583-1590, 28 jun. 2014. Wiley.

ROSS, Annie; YARNALL, Alison J.; ROCHESTER, Lynn; LORD, Sue. A novel approach to falls classification in Parkinson's disease: development of the fall-related activity classification (frac). **Physiotherapy**, [S.L.], v. 103, n. 4, p. 459-464, dez. 2017. Elsevier BV.

SACHETTI, Amanda; QUINTELLA, Rafaela Silva; WIBELINGER, Lia Mara; OLIVEIRA, Sheila Gemelli. Qualidade de vida e funcionalidade na doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 10, n. 1, 25 nov. 2013.

SILVA, Paula Fernanda da Costa; PEREIRA, Rita Pavione Rodrigues; SILVA, Soraia Micaela; CORRÊA, João Carlos Ferrari; CORRÊA, Fernanda Ishida. Correlação entre perfil clínico, qualidade de vida e incapacidade dos pacientes da Associação Brasil Parkinson. **Conscientia e Saúde**, [S.L.], v. 10, n. 4, p. 650-656, 28 dez. 2011. University Nove de Julho.

SILVA, Thaianne Pereira da; CARVALHO, Claudia Reinoso Araujo de. Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 331-344, 2019. Editora Cubo.

SVEINBJORNSDOTTIR, Sigurlaug. The clinical symptoms of Parkinson's disease. **Journal Of Neurochemistry**, [S.L.], v. 139, p. 318-324, 11 jul. 2016. Wiley.

TYSNES, Ole-Bjørn; STORSTEIN, Anette. Epidemiology of Parkinson's disease. **Journal Of Neural Transmission**, [S.L.], v. 124, n. 8, p. 901-905, 1 fev. 2017. Springer Science and Business Media LLC.

World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health. ICF: **World Health Organization**; 2001.

WU, Pei-Ling; LEE, Megan; HUANG, Tzu-Ting. Effectiveness of physical activity on patients with depression and Parkinson's disease: a systematic review. **Plos One**, [S.L.], v. 12, n. 7, p. 1-8, 27 jul. 2017. Public Library of Science (PLoS).

YESAVAGE, Jerome A.; SHEIKH, Javid I.. 9/Geriatric Depression Scale (GDS). **Clinical Gerontologist**, [S.L.], v. 5, n. 1-2, p. 165-173, 18 nov. 1986. The Haworth Press.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (nome do pesquisador) como participante da pesquisa intitulada “FATORES ASSOCIADOS À FUNCIONALIDADE EM IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação na pesquisa é voluntária e ocorrerá por meio de duas avaliações composta por entrevistas, com duração média de 40 minutos, mediadas por questionários que avaliarão pessoais, dados clínicos, histórico de quedas no último ano, informações sobre funcionalidade (WHODAS 2.0), sintomas depressivos (Escala Geriátrica de Depressão), dor (Escala Visual Analógica), comportamento sedentário (Questionário Internacional de Atividade Física), comportamento de evitação por medo de cair (Questionário de Comportamento de Evitação por Medo de Cair) e medo de cair (Escala de Eficácia em Quedas). O paciente precisará ter 60 anos ou mais e ter diagnóstico de Doença de Parkinson para participar o estudo.

A presente pesquisa não prevê nenhum dano a sua saúde. Entretanto, como os questionários solicitam sua opinião pessoal, poderá haver algum constrangimento durante a resposta. Assim, todas as perguntas podem ser esclarecidas pelos pesquisadores, e caso alguma pergunta lhe cause desconforto, os mesmos aceitarão sua recusa em respondê-la. Caso você precise interromper a entrevista, poderá informar aos pesquisadores e os mesmos agendarão outro momento para que a entrevista continue, dentro de um prazo de sete dias. Além disso, a entrevista por vídeo-chamada requer a utilização de internet e você poderá optar por acessá-la da forma mais adequada para você. Com suas respostas, será possível conferir mais objetividade à avaliação funcional nesses pacientes, adequar o manejo terapêutico às características próprias do paciente e desenvolver uma reabilitação mais adequada ao idoso com Doença de Parkinson. Saiba que a avaliação sempre será realizada por uma equipe previamente treinada, vinculada ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Para assegurar seu anonimato, todas as suas respostas e dados serão confidenciais. Sua participação contribuirá para o melhor entendimento dos profissionais de saúde sobre os fatores que estão relacionados à funcionalidade em idosos com Parkinson, podendo, assim, criar melhores estratégias de prevenção e tratamento.

Se após o consentimento de sua participação o Sr (a) desistir de dar continuidade no projeto, lhe é dado todo direito e liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Endereço d(os, as) responsável(is) pela pesquisa:

Nome: Ana Carla Lima Nunes

Instituição: Universidade Federal do Ceará
 Endereço: Rua Major Weyne, 1440
 Telefones para contato: (85) 98851-3833

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa		Data
	Assinatura	

Nome do pesquisador		Data
	Assinatura	

Nome da testemunha		Data
	Assinatura	

(se o voluntário não souber ler)

Nome do profissional		Data
	Assinatura	

que aplicou o TCLE

APÊNDICE B – FICHA DE AVALIAÇÃO

1. INFORMAÇÕES GERAIS

Tempo de aplicação: 4 minutos

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone: _____

Endereço: _____

Peso: _____ Altura: _____

Ocupação atual: _____ Ocupação anterior: _____

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo

Cor ou raça: () Preta () Parda () Branca () Amarela () Indígena Outras ()

Grau de instrução: () não estudou () alfabetizado () ensino fundamental () ensino médio () ensino superior ou maior graduação

Número de anos de estudo (a contar da alfabetização - hj é primeira série): _____

Ocupação: () Desempregado () Empregado (fixo) () Autônomo () Aposentado

Renda familiar: () menos de 1 salário () 1 salário () 1-2 salários () 3 ou mais salários

Quantas pessoas dependem dessa renda para viver, incluindo você? _____

Atualmente mora: () sozinho () com a família () com amigos () outros

Qualidade do sono: () boa () alterada () sente sonolência diurna

2. INFORMAÇÕES CLÍNICAS

Tempo de aplicação: 10 minutos

Tempo de diagnóstico da DP: _____

Faz acompanhamento médico: () sim () não

Faz tratamento fisioterapêutico: () sim () não

Medicamentos utilizados:

Comorbidades: () hipertensão () dislipidemia () diabetes () depressão
diagnosticada () labirintite () cardiopatia () asma ou outra doença respiratória
() outra: _____

Tabagista: () sim () não () parou de fumar . Quanto tempo de tabagismo:

Etilista: () sim () não () Parou de beber. Quanto tempo de etilismo:

Informações sobre distanciamento social e COVID-19

1. Fez distanciamento social durante a pandemia:

() Não saiu de casa no último mês (apenas supermercado e saúde) () Reduziu as saídas de casa no último mês () Continuou saindo normalmente no último mês

2. Teve sintoma gripal no último ano:

() Sim () Não

Se SIM:

- Data estimada (mês/ano): _____ / _____
- Teve os seguintes sintomas:
 () Febre () Cefaléia () Congestão Nasal () Dificuldade para respirar
 () Redução/perda de olfato () Redução/perda de paladar () Dor no corpo

3. Teve diagnóstico confirmado por teste:

() Sim () Não

4. Precisou de hospitalização:

() Sim () Não

Se SIM:

- Quanto tempo de hospitalização: _____ dias
- Precisou de leito de UTI: () Sim () Não
- Precisou ser intubado: () Sim () Não

5. Se teve diagnóstico positivo, fez algum tratamento?

() Medicamentoso

Quais:

 () Fisioterapêutico

Tipo:

 () Fonoaudiológico

() Nutricional

() Outro

6. Cite até três atividades que você tem dificuldade de fazer ou deixou de fazer por causa da pandemia e distanciamento social. Caso não tenha deixado de realizar nenhuma, escreva não.

7. Parou de fazer algum exercício físico por causa da Pandemia de COVID-19?

() Sim () Não

8.. Durante a Pandemia de COVID-19, notou a piora de algum dos sintomas do Parkinson?

() Tremor () Dificuldade para engolir alimentos () Equilíbrio

() Dificuldade para caminhar () Dor no corpo () Ansiedade ()

Depressão

() Insônia () Constipação () Outros:

3. INFORMAÇÕES SOBRE QUEDAS

Número de quedas no último ano:

Local do último evento de queda:

Precisou de atendimento médico após a última queda: () sim () não

4. INFORMAÇÕES SOBRE DOR

Tempo de aplicação: 5 minutos

Sente dor musculoesquelética: () sim () não

Locais de dor:

—

Local que mais incomoda:

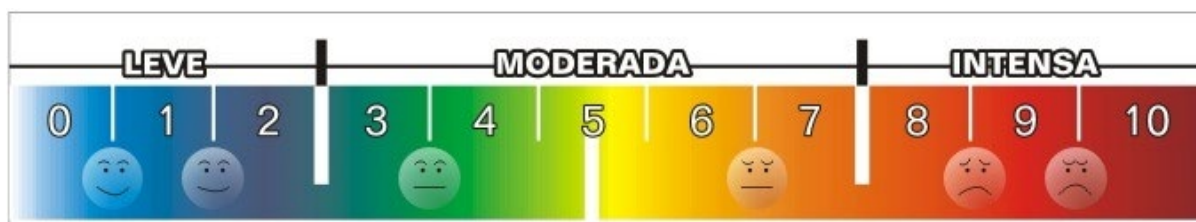
ÉVA do local que mais incomoda (no momento atual): _____

- **ESCALA VISUAL ANALÓGICA**

O que avalia: intensidade da dor

Escala e instruções de aplicação:

- A escala impressa deve ser mostrada ao idoso na chamada de vídeo;
- Explicar a escala ao idoso: “*Essa é a escala de dor. Ela é numerada de 0 a 10, sendo que 0 que dizer nenhuma dor e 10 a pior dor que a senhora pode imaginar. Eu gostaria que a senhora desse uma nota para a dor no lugar que mais incomoda a senhora. Qual a nota você dá para o local que mais incomoda nesse exato momento?*”



Avaliador: Agora daremos início aos questionários. O primeiro é o WHODAS, que avalia a funcionalidade.

- **WHODAS 2.0**

O que avalia: Funcionalidade, mensurando saúde e deficiência do indivíduo, sua interação com o ambiente.

Questionário e instruções de aplicação:



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12
Entrevista

Este questionário contém a versão de 12 itens do WHODAS 2.0 aplicado por entrevista.

Instruções para os entrevistadores estão escritas em negrito e itálico – não leia em voz alta.

O texto a ser lido para o entrevistado está escrito

em letra padrão azul.

Leia este texto em voz alta

Seção 1 Folha de rosto

Complete os itens F1-F5 antes de iniciar cada entrevista				
F1	Número da identidade do entrevistado			
F2	Número da identidade do entrevistador			
F3	Momento da avaliação (1, 2, etc.)			
F4	Data da entrevista	_____	_____	_____
		dia	mês	ano
F5	Condição em que vive no momento da entrevista (marque apenas uma alternativa)	Independente na comunidade		1
		Vive com assistência		2
		Hospitalizado		3

Por favor, continue na próxima página ...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12
Entrevista

Seção 2 Informações gerais e demográficas

Esta entrevista foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para melhor compreender as dificuldades que as pessoas podem ter em decorrência de sua condição de saúde. As informações que você fornecer nessa entrevista são confidenciais e serão usadas exclusivamente para pesquisa. A entrevista terá duração de 5-10 minutos.

Para respondentes da população em geral (não a população clínica) diga:

Mesmo se você for saudável e não tiver dificuldades, eu preciso fazer todas as perguntas do questionário para completar a entrevista.

Eu vou começar com algumas perguntas gerais.

A1	Anote o sexo da pessoa conforme observado	Feminino	1
		Masculino	2
A2	Qual a sua idade?	_____ anos	
A3	Quantos anos no total você passou <u>estudando em escola, faculdade ou universidade?</u>	_____ anos	
A4	Qual é o seu <u>estado civil atual?</u> (Escolha a melhor opção)	Nunca se casou	1
		Atualmente casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viúvo(a)	5
		Mora junto	6
A5	Qual opção descreve melhor a situação da sua <u>principal atividade de trabalho?</u> (Escolha a melhor opção)	Trabalho remunerado	1
		Autônomo(a), por exemplo, é dono do próprio negócio ou trabalha na própria terra	2
		Trabalho não remunerado, como trabalho voluntário ou caridade	3
		Estudante	4
		Dona de casa	5
		Aposentado(a)	6
		Desempregado(a) (por problemas de saúde)	7
		Desempregado(a) (outras razões)	8
		Outros (especifique) _____	9

Por favor, continue na próxima página ...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº1

Condições de saúde:

- **Doenças, enfermidades ou outros problemas de saúde**
- **Lesões**
- **Problemas mentais ou emocionais**
- **Problemas com álcool**
- **Problemas com drogas**

Ter dificuldade com atividades significa:

- **Esforço aumentado**
- **Desconforto ou dor**
- **Lentidão**
- **Alterações no modo de você fazer a atividade**

Pense somente nos últimos 30 dias.



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12

Entrevista

Seção 3 Introdução

Diga ao(à) respondente:

A entrevista é sobre as dificuldades que as pessoas têm por causa de suas condições de saúde.

Dê o cartão resposta nº1 ao(à) respondente e diga:

Por condições de saúde quero dizer doenças ou enfermidades, ou outros problemas de saúde que podem ser de curta ou longa duração; lesões; problemas mentais ou emocionais; e problemas com álcool ou drogas.

Lembre-se de considerar todos os seus problemas de saúde enquanto responde às questões. Quando eu perguntar sobre a dificuldade em fazer uma atividade pense em ...

Aponte para o cartão resposta nº1 e explique que a “dificuldade em fazer uma atividade” significa:

Esforço aumentado
Desconforto ou dor
Lentidão
Alterações no modo de você fazer a atividade.

Diga ao(à) respondente:

Quando responder, gostaria que você pensasse nos últimos 30 dias. Eu gostaria ainda que você respondesse essas perguntas pensando em quanta dificuldade você teve, em média, nos últimos 30 dias, enquanto você fazia suas atividades como você usualmente faz.

Dê o cartão resposta nº2 ao(à) respondente e diga:

Use essa escala ao responder.

Leia a escala em voz alta:

Nenhuma, leve, moderada, grave, extrema ou não consegue fazer.

Certifique-se de que o(a) respondente possa ver facilmente os cartões resposta nº1 e nº2 durante toda a entrevista.

Por favor, continue na próxima página ...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12

Entrevista

Seção 4 Questões centrais

Mostre o cartão resposta nº2

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S1	<u>Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?</u>	1	2	3	4	5
S2	<u>Cuidar das suas responsabilidades domésticas?</u>	1	2	3	4	5
S3	<u>Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?</u>	1	2	3	4	5
S4	<u>Quanta dificuldade você teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?</u>	1	2	3	4	5
S5	<u>Quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde?</u>	1	2	3	4	5

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:		Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S6	<u>Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?</u>	1	2	3	4	5
S7	<u>Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro?</u>	1	2	3	4	5
S8	<u>Lavar seu corpo inteiro?</u>	1	2	3	4	5
S9	<u>Vestir-se?</u>	1	2	3	4	5
S10	<u>Lidar com pessoas que você não conhece?</u>	1	2	3	4	5
S11	<u>Manter uma amizade?</u>	1	2	3	4	5
S12	<u>Seu dia-a-dia no(a) trabalho/escola?</u>	1	2	3	4	5

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presente?	Anote o número de dias _____			
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____			
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____			

Isto encerra a entrevista. Obrigado por sua participação.

Página 5 de 5 (versão de 12 itens, administrada por entrevistador)

Cartão de Resposta 1:

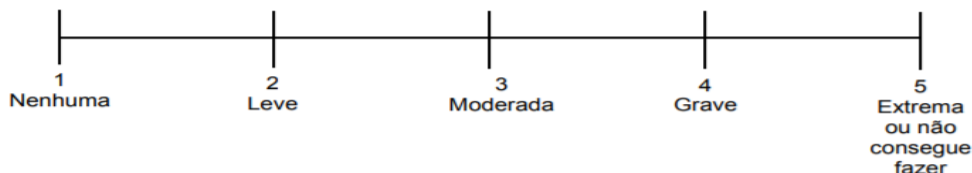
Cartão de Resposta 2:



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº2



Tempo de aplicação: 5 minutos

Quantificação: A quantificação se dará pelo método simples, considerando o somatório das respostas obtidas na Seção 4, nos itens S1 a S12. As opções de respostas e suas pontuações são: Nenhuma (1), Leve (2), Moderada (3), Grave (4), Extrema (5). As pontuações finais podem variar de 12 a 60, sendo que quanto maior a pontuação, menor a funcionalidade.

- **ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG)**

A EDG é composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado.

O que avalia: Presença de sintomas depressivos em idosos.

Tempo de aplicação: 5 a 15 minutos (maiores tempos quando é administrada pelo entrevistador)

Questionário:

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA
<i>Avaliador: Agora nós gostaríamos de saber sobre a existência ou não de sintomas depressivos. Eu farei algumas perguntas sobre como você se sente em relação à sua vida. Para cada pergunta você deverá responder SIM ou NÃO.</i>
D.1) Você está basicamente satisfeito com sua vida? () SIM () NÃO
D.2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades? () SIM () NÃO
D.3. Você sente que sua vida está vazia? () SIM () NÃO

D.4) Você se aborrece com frequência? () SIM () NÃO
D.5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? () SIM () NÃO
D.6) Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer? () SIM () NÃO
D.7) Você se sente feliz a maior parte do tempo? () SIM () NÃO
D.8) Você sente que sua situação não tem saída? () SIM () NÃO
D.9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? () SIM () NÃO
D.10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? () SIM () NÃO
D.11) Você acha maravilhoso estar vivo? () SIM () NÃO
D.12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? () SIM () NÃO
D.13) Você se sente cheio de energia? () SIM () NÃO
D.14) Você acha que sua situação é sem esperanças? () SIM () NÃO
D.15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? () SIM () NÃO

Forma de quantificação: Escore igual ou maior que 5 indica presença de sintomas depressivos.

- **IPAQ - COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO**

As duas últimas perguntas do IPAQ sobre o tempo estimado que o paciente permanece sentado durante um dia de semana e de final de semana permitem quantificar o comportamento sedentário.

O que avalia: Comportamento sedentário

Tempo de aplicação: 5 minutos

Questionário e instrução de aplicação:

Perguntas 4a e 4b do IPAQ:

Avaliador: Estas próximas duas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui

o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de final de semana?

_____ horas _____ minutos

Forma de quantificação: O tempo deverá ser contabilizado ao final em minutos. Deve-se somar o tempo em minutos do dia de semana com o dia de final de semana. Quanto maior o tempo sentado que o idoso relatar passar sentado, maior será seu comportamento sedentário.

- **ESCALA DE EFICÁCIA EM QUEDAS (FES-I)**

A Escala de Eficácia em Quedas é composta por 16 itens referentes a atividades de vida diária. Para cada uma dessas atividades, o idoso deverá responder o nível de preocupação em cair ao realizá-las. As possibilidades de resposta e pontuações são: nem um pouco preocupado = 1; um pouco preocupado = 2; muito preocupado = 3 e extremamente preocupado = 4.

O que avalia: Medo de cair.

Tempo de aplicação: 10 minutos

Questionário e instrução de aplicação:

Escala de eficácia de quedas – Internacional – Brasil (FES-I-Brasil)				
<i>Avaliador: Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como você normalmente faz a atividade. Se você atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para você), responda de maneira a mostrar como você se sentiria em relação a quedas se você tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor, marque o quadradinho que mais se aproxima de sua opinião sobre o quão preocupado você fica com a possibilidade de cair, se você fizesse esta atividade.</i>				
	Nem um pouco Preocupado	Um pouco Preocupado	Muito preocupado	Extremamente Preocupado
1. Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira)	1	2	3	4
2. Vestindo ou tirando a roupa	1	2	3	4
3. Preparando refeições simples	1	2	3	4
4. Tomando banho	1	2	3	4
5. Indo às compras	1	2	3	4

6. Sentando ou levantando de uma cadeira	1	2	3	4
7. Subindo ou descendo escadas	1	2	3	4
8. Caminhando pela vizinhança	1	2	3	4
9. Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão	1	2	3	4
10. Indo atender o telefone antes que pare de tocar	1	2	3	4
11. Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	1	2	3	4
12. Visitando um amigo ou parente	1	2	3	4
13. Andando em lugares cheios de gente	1	2	3	4
14. Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada)	1	2	3	4
15. Subindo ou descendo uma ladeira	1	2	3	4
16. Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	1	2	3	4

Quantificação: A pontuação final é obtida pela soma dos pontos de cada item. A pontuação varia de 16 a 64 pontos, sendo quanto maior, maior a preocupação em relação a quedas.

- **QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO DE EVITAÇÃO POR MEDO DE CAIR (FFABQ)**

Esse instrumento é composto por 14 situações de vida diária que o indivíduo pode ou não evitar de realizar por causa do medo de cair. Antes de ler cada situação, é dita a frase “Devido ao meu medo de cair, eu evito”. As opções de resposta se apresentam em uma escala do tipo Likert, variando entre Discordo Totalmente e Concordo Totalmente (discordo totalmente - 0; discordo parcialmente - 1; não sei - 2; concordo parcialmente - 3 e concordo totalmente - 4).

O que avalia: Comportamento de evitação por medo de cair.

Tempo de aplicação: 90 segundos (versão autoadministrada). Pelos testes feitos, a aplicada por entrevistador tem tempo médio de 8 minutos.

Questionário e instruções de aplicação:

**Questionário de Comportamento Aversivo por Medo de Cair
Fear of Falling Avoidance Behavior Questionnaire – versão português – Brasil
(FFABQ – Brasil)**

Por favor, responda as seguintes questões relacionadas ao seu equilíbrio. Para cada afirmação, marque a opção que representa como o medo de cair tem ou não afetado você. Se você não realiza atualmente as atividades indicadas, experimente e imagine como o seu medo de cair afetaria sua participação nessas atividades. Se você costuma usar um auxílio para caminhar durante essas atividades ou precisa se apoiar em alguém, avalie como o seu medo de cair lhe afetaria se você não estivesse utilizando esses apoios. Se você tiver dúvidas sobre como responder a qualquer uma dessas afirmações, por favor pergunte ao administrador do questionário.

**Translation of “Fear of Falling Avoidance Behavior Questionnaire” – Portuguese
(Brazil)**

Favor marcar uma opção em cada questão

Devido ao meu medo de cair, eu evito...	Discordo totalmente (0)	Discordo parcialmente (1)	Não sei (2)	Concordo parcialmente (3)	Concordo totalmente (4)
1. Caminhar/Andar					
2. Levantar e carregar objetos (por exemplo, xícara, criança)					
3. Subir e descer escadas					
4. Andar em diferentes superfícies (por exemplo, grama, terreno irregular)					
5. Andar em lugares lotados					
6. Andar em lugares pouco iluminados, desconhecidos					
7. Sair de casa					
8. Sentar ou levantar de uma cadeira					
9. Tomar banho					
10. Praticar exercício físico					
11. Preparar refeições (por exemplo, planejar, cozinhar, servir)					

12. Fazer tarefas domésticas (por exemplo, limpar, lavar roupas)

13. Trabalhar ou fazer trabalho voluntário

14. Realizar atividades de lazer e recreativas (por exemplo, jogos, esportes, artes e cultura, artesanato, passatempo, socialização, viagens)

Forma de quantificação: Deve-se somar as pontuações dos itens. A pontuação final pode variar de 0 a 56 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o comportamento de evitação por medo de cair.