

ANÁLISE FISIOTERAPÊUTICA DAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS COM DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

Gizelle Guedes Lopes da Silva¹
Ingrid Bezerra Leal Guimarães²
Laura Souza Gomes Veloso³
Simoni Teixeira Bittar⁴
Ana Beatriz Bertoldo Palitó⁵

RESUMO

Introdução: Os distúrbios neuromotores que caracterizam a doença de Parkinson (DP) levam a um impacto na qualidade de vida do paciente, assim comprometendo a sua participação social. Portanto, faz-se necessária uma abordagem biopsicossocial que promova um reconhecimento mais amplo dos fatores ambientais e sociais que afetam as pessoas que vivem com DP. **Objetivo:** Validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com DP. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de validação de conteúdo e abordagem qualitativa. A amostra foi do tipo não probabilística, obtida por conveniência composta por 10 especialistas, de ambos os sexos. O estudo foi dividido em três etapas: (1) Elaboração do instrumento de análise das atividades e participação social de idosos com DP através de dados levantados pela literatura atual; (2) Validação do instrumento por meio de fisioterapeutas-juizes. A validação aconteceu mediante um questionário realizado no *Google Forms*, o qual foi enviado para os juizes por meio do aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* e *e-mail*. As respostas emitidas foram processadas pelo *software* IRaMuTeq[®] e analisadas por meio da Análise Temática Categorial; (3) Reformulação do instrumento após as sugestões dos fisioterapeutas-juizes. **Resultados:** Os discursos apreendidos originaram três classes semânticas: “Classe 1 - Conhecimento sobre a DP”, “Classe 2 - Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto” e “Classe 3 - Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP”. Entre as considerações realizadas pelos fisioterapeutas-juizes ao instrumento destacam-se: (1) Especificar melhor cada item; (2) Padronizar as alternativas; (3) Decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador. **Considerações finais:** O estudo se destina aos fisioterapeutas que atendem diretamente pacientes com DP e contribuiu para uma avaliação fisioterapêutica mais completa abordando todos os aspectos da vida do paciente e assim oferecer um tratamento mais eficaz e amplo.

Palavras-chave: Doença de Parkinson. Atividade. Participação. Idoso.

¹ Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, gizelleguedesk@gmail.com;

² Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, ingridbezerra.leal2003@gmail.com;

³ Fisioterapeuta; Doutora em Enfermagem pela UFPB; docente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, laurasgveloso@hotmail.com;

⁴ Fisioterapeuta; Doutora em Educação Física pelo Programa de Pós Graduação UPE/UFPB docente do curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, simoniobittar@hotmail.com;

⁵ Fisioterapeuta pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, bertoldopalito@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A doença de Parkinson (DP) é o distúrbio neurodegenerativo do movimento mais comum. Seus sintomas motores cardinais são tremor, rigidez, bradicinesia/acinesia e instabilidade postural, mas o quadro clínico inclui outros sintomas motores e não motores. As marcas patológicas da DP são a perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra (SN) pars compacta (SNpc) e o acúmulo de α -sinucleína mal dobrada, que é encontrada em inclusões intracitoplasmáticas chamadas Corpos de Lewy (CL) (BALESTRINO; SCHAPIRA, 2020).

Um estudo estimou a herdabilidade da DP em apenas 30%, sugerindo que a maioria do risco de DP está relacionada a fatores ambientais e comportamentais. A exposição a produtos químicos tóxicos e ferimentos na cabeça são fatores de risco, ao mesmo tempo em que certos fatores de estilo de vida podem diminuir o risco (SIMON; TANNER; BRUNDIN, 2020). Há várias décadas é reconhecida uma associação entre envelhecimento e DP. O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento da DP. Observa-se que as maiores possibilidades fisiopatológicas de acontecerem os distúrbios neuromotores que caracterizam os sinais e sintomas da DP, ocorrem durante o processo de envelhecimento cerebral (COLLIER; KANAAN; KORDOWER, 2017; MATTSON; ARUMUGAM, 2018).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que aproximadamente 1% da população mundial com idade superior a 65 anos tem DP. No Brasil, estima-se que 200 mil pessoas sofram com o problema. A prevalência da DP é maior em homens do que em mulheres, independentemente da raça e localização. Em estimativas baseadas na utilização de cuidados de saúde, a incidência de DP varia de 5 por 100.000 a mais de 35 por 100.000 novos casos anuais. A incidência aumenta 5 a 10 vezes da sexta a nona décadas de vida. Conforme a população global envelhece, a prevalência de DP deve aumentar dramaticamente, dobrando nas próximas duas décadas (SIMON; TANNER; BRUNDIN, 2020; KHAN *et al.*, 2019; ASCHERIO; SCHWARZSCHILD, 2016).

Além dos sintomas motores a DP também é caracterizada por vários sintomas não motores (SNM) tais como alterações do olfato, distúrbios do sono, hipotensão postural, constipação, mudanças emocionais, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, prejuízos cognitivos, demência, os quais têm um maior impacto na qualidade de vida (QV) do que as anormalidades motoras. Algumas pessoas com DP fazem uso de medicamentos, que trazem efeitos colaterais, como mudanças no funcionamento corporal, discinesias e períodos “*off*”. Devendo-se prestar atenção também a tais efeitos colaterais (Ministério da Saúde, 2017; PFEIFFER, 2016; GIBSON, 2017).

Existe um comprometimento na QV do paciente, prejudicando o relacionamento com elementos do ambiente e o estado mental, o que compromete a sua participação social. Pesquisas mostram que as queixas dos pacientes divergem significativamente quando comparadas àqueles sintomas priorizados na terapia de rotina em DP. Por ser uma doença progressiva que usualmente causa incapacidade grave após 10 a 15 anos, a DP tem elevado impacto social e financeiro, particularmente na população mais idosa. As atividades instrumentais e básicas de vida diária são afetadas diretamente pela progressão da doença, dificultando a atividade e participação social de pacientes com DP e assim atingindo sua autonomia e independência funcional (Ministério da Saúde, 2017; GIBSON, 2017; MALAK *et al.*, 2017).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela OMS em 2001, surgiu como uma ferramenta para classificar e identificar fatores, que além da condição de saúde, estejam interferindo na funcionalidade de sujeitos na realização de atividades (ANDRADE *et al.*, 2017).

Um estudo comprovou que a maioria dos profissionais que podem fazer uso da CIF não a conhece. Esse fato mostra a relevância de uma maior divulgação desta ferramenta entre os profissionais da saúde, a fim de que sua utilização e entendimento atinjam as proporções desejadas, contribuindo para a ampliação do modelo de saúde universal, permitindo direcionar as ações de saúde às reais necessidades dos pacientes e estruturar a prática profissional (ALVES *et al.*, 2019).

Tais evidências permitem levantar o seguinte questionamento: “Como a análise da atividade e participação social de idosos com doença de Parkinson pode ser realizada nas práticas fisioterapêuticas a partir do contexto biopsicossocial?”.

Portanto, o presente estudo tem como principal objetivo validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson.

METODOLOGIA

A amostra foi composta, inicialmente, por 10 fisioterapeutas especialistas de ambos os sexos, que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, expresso pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos para o referido estudo. Dessa forma, o referido espaço amostral foi considerado não probabilístico, obtido por conveniência.

Dos 10 fisioterapeutas convidados apenas oito concluíram a devolutiva em tempo hábil, compondo a amostra final em oito participantes.

Para participarem do presente estudo, os candidatos deveriam ser Fisioterapeutas, com pelo menos cinco anos de experiência profissional; serem especialistas em Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Gerontológica, Gerontologia ou em áreas afins.

Foram excluídos da participação do estudo, indivíduos que enviaram uma resposta tardia ao convite de participação, ultrapassando 30 dias após o envio; indivíduos que aceitaram o convite, porém apresentaram a devolutiva incompleta ou não realizaram a devolutiva do inventário; profissionais que não estejam atuando na assistência e/ou docência; fisioterapeutas que atuam exclusivamente na gestão; profissionais que, embora sejam especialistas nas áreas citadas, estejam desenvolvendo suas atividades em outras áreas da fisioterapia.

A escolha dos participantes, denominados fisioterapeutas-juízes, aconteceu por meio de indicações entre profissionais de Fisioterapia que assistem pacientes diagnosticados com a doença de Parkinson em suas rotinas terapêuticas. Os participantes, uma vez escolhidos, foram recrutados para a contribuição ao estudo através de convites por meio do aplicativo de mensagens instantâneas *Whatsapp* e posterior envio da carta convite por *e-mail*, incluindo o *link* de acesso ao formulário de avaliação do instrumento.

Aos que aceitaram o convite, foram esclarecidos todos os objetivos e expectativas do instrumento proposto e como contribuiriam para a elaboração do mesmo. Os participantes foram instruídos a realizarem a leitura do TCLE que precede o questionário e, caso necessitem de uma cópia do termo, puderam requisitar a pesquisadora responsável pelo *e-mail*.

A coleta de dados foi realizada em três etapas, a saber: (1) Elaboração do instrumento de análise das atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson através de dados levantados pela literatura atual; (2) Validação do instrumento por meio de fisioterapeutas-juízes; (3) Reformulação do instrumento após as sugestões dos fisioterapeutas-juízes.

Durante a **fase 1** do estudo, o instrumento que foi validado teve o seu conteúdo baseado nos seguintes instrumentos direcionados a pessoa com DP: *Parkinson Disease Questionary 39* (PDQ-39); *Parkinson's Impact Scale* (PIMS); *Parkinson's Disease Quality of Life Questionnaire* (PDQL). Além da ferramenta Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A PDQ-39 é um exemplo de instrumento que aborda a DP por meio do conceito biopsicossocial. Trata-se de uma escala específica de avaliação da QV na DP, projetada por Peto et al (1997). A escala possui 39 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes, onde o menor score reflete em uma maior QV. Em 2005, a tradução para o

português do Brasil foi realizada na *Health Services Research Unit (Department of Public Health and Primary Care, University of Oxford)*, tornou-se um instrumento de aplicabilidade fácil que é amplamente utilizado em diversas pesquisas (SILVA; DIBAI; FAGANELLO, 2011).

A PIMS desenvolvida por Calne et al. (1996) é uma escala com sistema de cinco avaliações (0 = nenhuma mudança, 1 = impacto baixo, 2 = impacto moderado, 3 = médio, uma influência forte e 4 = uma influência forte) significa que o paciente avalia o impacto da doença nas dez esferas da vida. Sendo elas: 1) Os fenômenos de autoestima positiva (autoestima, felicidade, otimismo), 2) Autoavaliação dos efeitos negativos (nível de estresse, ansiedade ou depressão), 3) Relações familiares, 4) Relacionamento com meio ambiente 5) Trabalho: 6) Saídas de casa (para trabalho, reuniões, etc.), 7) Lazer e recreação, 8) Segurança (evitar lesões), 9) Segurança financeira, 10) Sexo. Devem ser avaliadas três vezes, com intervalos de um mês. Um maior escore reflete menor percepção quanto à QV. Essa escala não está disponível na versão brasileira (OPARA *et al.*, 2012).

Ainda segundo Opara et al. (2012) o PDQL foi desenvolvido por De Boer e col. (1996) e compõe 37 itens subdivididos em quatro domínios: sintomas parkinsonianos (14 itens), sintomas sistêmicos (7 itens), função social (7 itens) e função emocional (9 itens). O tempo de investigação é referido aos últimos três meses e as possíveis pontuações para cada item são: 1 (o tempo todo), 2 (quase sempre), 3 (algumas vezes), 4 (poucas vezes) e 5 (nunca). O escore para cada domínio é determinado pela média dos pontos de cada item deste domínio. Considera-se dado perdido somente quando o número de itens não respondido é superior a 50% dos itens do domínio em questão. A soma da pontuação média de cada domínio é efetuada e altos escores refletem melhor percepção do indivíduo em relação a sua QV.

A CIF apresenta-se dividida em três pilares, sendo eles: funções do corpo e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais. De acordo com a OMS, o pilar da “Atividade e Participação” também deve utilizar suas duas classificações em paralelo. A atividade é definida como a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e a participação é o envolvimento em uma situação da vida. Para classificar esse pilar são empregados termos como, limitações e restrições. Limitações de atividade são dificuldades que uma pessoa pode encontrar na realização de atividades e restrições de participação são complicações que uma pessoa pode vivenciar no envolvimento nos cenários da vida (Organização Mundial da Saúde, 2008).

O instrumento proposto avalia as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson e compreende 20 itens que podem ser respondidos com cinco opções diferentes

de resposta: “Sem dificuldades”; “Dificuldade leve”; “Dificuldade moderada”; “Dificuldade severa” ou “Dificuldade completa”. As pontuações em cada item variam de 0 (Sem dificuldades) a 4 (Dificuldade completa).

O instrumento foi dividido em duas dimensões: Atividade e Participação Social. A dimensão “Atividade” é analisada por meio de 10 componentes: “Capacidade em realizar uma única tarefa”; “Capacidade em realizar tarefas múltiplas”; “Capacidade de cuidar da própria saúde”; “Capacidade de realizar higiene pessoal”; “Capacidade de se comunicar verbalmente”; “Capacidade de se comunicar através de dispositivos (telefone, aplicativos de conversação, e-mail, entre outros)”; “Capacidade de mudar e manter a posição do corpo”; “Capacidade de andar e deslocar-se por diferentes locais”; “Capacidade de manusear objetos”; “Capacidade de realizar tarefas domésticas”.

A dimensão “Participação Social” é composta por 10 itens, a serem analisados, sendo eles: “Capacidade de relacionamentos interpessoais sociais gerais”; “Capacidade de relacionamentos interpessoais familiares e íntimos”; “Capacidade para executar atividades educativas formais e informais”; “Capacidade para executar atividades laborais (remuneradas ou não remuneradas)”; “Capacidade para realizar transações econômicas (básicas ou complexas)”; “Capacidade de controlar recursos econômicos pessoais para segurança econômica”; “Capacidade para desenvolver ações em vida comunitária”; “Capacidade para participar de eventos religiosos”; “Capacidade de envolver-se em atividades propostas por instituições educativas”; “Capacidade de lidar com o estresse e outras exigências psicológicas”.

O escore total para cada indivíduo é calculado de acordo com a seguinte fórmula: $100 \times (\text{soma das pontuações do paciente nas 20 questões} / 80)$. O escore total do instrumento varia de 0 (zero) a 100 (cem) por cento, categorizado como: 0-20 Péssima QV; 20-40 Ruim QV; 40-60 Regular QV; 60-80 Boa QV e 80-100 Ótima QV (LANA *et al.*, 2007).

Os itens do instrumento tiveram como base os pilares de Delors, que correspondem a quatro pilares base da educação, a saber: Aprender a conhecer, que se relaciona ao ato de compreender para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida; Aprender a fazer, que se refere a adquirir não só uma qualificação profissional, mas obter a competência de enfrentar inúmeras situações adversas desenvolvendo práticas e conhecimentos qualitativos; Aprender a conviver, são habilidades relacionadas a construção coletiva, contribuindo com os outros no desenvolvimento de todas as atividades e projetos, um pilar importante na área da saúde para o indivíduo que faz parte da equipe multidisciplinar; Aprender a ser, através da capacidade de desenvolver uma personalidade de valores próprios e autonomia,

para que o indivíduo cresça e desenvolva-se da melhor forma possível (MELO *et al.*, 2017; DELORS *et al.*, 2010).

A **fase 2** do estudo contou com a participação de fisioterapeutas-juízes para a validação do instrumento de análise. Por meio de um questionário aplicado no *Google Forms*, os participantes realizaram um *feedback* do novo instrumento, trazendo sugestões sobre o que deveria ser adicionado ou removido quanto ao conteúdo e estrutura do mesmo, com o objetivo de torná-lo adequadamente aplicável durante a prática fisioterapêutica.

Na **fase 3** do estudo, após as devolutivas da avaliação do instrumento com as recomendações necessárias, houve uma readequação do produto no qual foram acrescentados e retirados todos os itens propostos, visando um instrumento mais eficaz e objetivo para o uso dos profissionais de saúde.

O questionário de análise do instrumento disponibilizado no *Google Forms* para os juízes contém o TCLE e as seguintes perguntas: “Sexo”; “Tempo de atuação na fisioterapia”; “Possui especialização ou pós-graduação na área de Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Gerontológica, Gerontologia ou em áreas afins?”; “Esse instrumento é de fácil entendimento para os fisioterapeutas?”; “Esse instrumento é de fácil aplicabilidade para avaliar as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson?”; “O instrumento oferece uma visão biopsicossocial para o tratamento da doença de Parkinson sobre o idoso?”; “O instrumento possibilita uma análise crítica/reflexiva da condição cinética e funcional do paciente?”; “O instrumento permite o desenvolvimento de debates multiprofissional e transdisciplinar entre os membros da equipe de saúde?”. Cada item do instrumento foi avaliado como “Atende ao objetivo”, “Não atende ao objetivo” e “Oriento mudanças”. Ao final foi aberto um espaço para modificações e sugestões de nomes para o instrumento pelos fisioterapeutas-juízes.

Os dados empíricos (variáveis dependentes e independentes), obtidos através das entrevistas semiestruturadas foram transcritos e posteriormente organizados em um banco de dados preparado especificamente para ser processado no *software* IRaMuTeQ (*Interface de Recherche pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alfa, a partir do seu *corpus*. Trata-se de um programa informático gratuito, que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais, desde análises mais simples como estatísticas textuais clássicas (cálculo de frequência de palavras) até análises multivariadas: pesquisa de especificidades de grupos; Classificação Hierárquica Descendente (CHD); análises de similitude e nuvem de palavras (CAMARGO; JUSTO, 2013/1).

Para melhor interpretação, os resultados foram tratados com o uso da Técnica de Análise de Conteúdo Categórica Temática, seguindo as etapas que se organizam em torno de

três polos cronológicos: 1) Pré-análise, que se baseia na leitura flutuante e na constituição do *corpus*, além da seleção de unidades de contexto e de registros, assim como o processo de categorização simbólica a *posteriori*, com decodificação e *texting* da técnica selecionada; 2) Exploração do material e 3) Tratamento dos resultados, abordando a inferência e a interpretação, segundo as teorias biológicas do envelhecimento (BARDIN, 2011).

Os dados sociodemográficos foram tabulados e processados estatisticamente através do programa SPSS 21.0, empregando as ferramentas da estatística descritiva (média e desvio padrão). Após o processamento e análise de todos os dados foram interpretados e sustentados pelo referencial teórico adotado para este estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil dos atores desse estudo é apresentado pela Tabela 1, que descreve as principais características sociodemográficas referentes ao sexo, possuir especialização na área de Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Gerontológica, Gerontologia ou em áreas afins, além do tempo de atuação profissional como fisioterapeuta. Observou-se que a maior parte dos entrevistados se declarou especialista nas áreas supracitadas (n=5), com mais de uma década de experiência profissional (n=5).

Tabela 1. Distribuição de frequência segundo os dados sociodemográficos referentes a sexo, faixa etária, escolaridade (n=8)

<i>Variáveis</i>		<i>n</i>
<i>Sexo</i>	Masculino	1
	Feminino	7
<i>Especialização em Fisioterapia Neurofuncional ou Gerontologia</i>	Sim	5
	Não	3
<i>Tempo de atuação</i>	Entre 5 e 10 anos	4
	Entre 10 e 20 anos	3
	Mais de 20 anos	1

(n) frequência; *Estatisticamente significativo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A análise do corpus textual, referente às respostas produzidas pelos fisioterapeutas-juízes, resultou em uma participação de 558 formas (palavras) em texto analisados pelo software IRaMuTeq. Desse montante, observou-se 331 formas ativas (palavras aproveitadas), com frequência média de ocorrência de 3,21 palavras por segmento, definindo 122 segmentos (frases) de texto classificados, com um aproveitamento de 77,87%, de acordo com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). No que se refere às sugestões para

aperfeiçoamento do Protocolo, 03 classes semânticas emergiram a partir dos segmentos classificados.

A Figura 2 traz o Dendrograma que ilustra as relações entre as classes semânticas formadas. No primeiro momento, o corpus deu início à formação da Classe 3, que se partiu e originou a Classe 1. Num segundo momento, a Classe 3 se repartiu mais uma vez, contribuindo para a formação da Classe 2. Dessa forma, a Classificação Hierárquica Descendente mostrou-se estável ao originar três classes compostas por unidades semânticas semelhantes e interligadas, sendo elas: **Classe 1** “Conhecimento sobre a doença de Parkinson”; **Classe 2** “Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto”; **Classe 3** “Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP”.

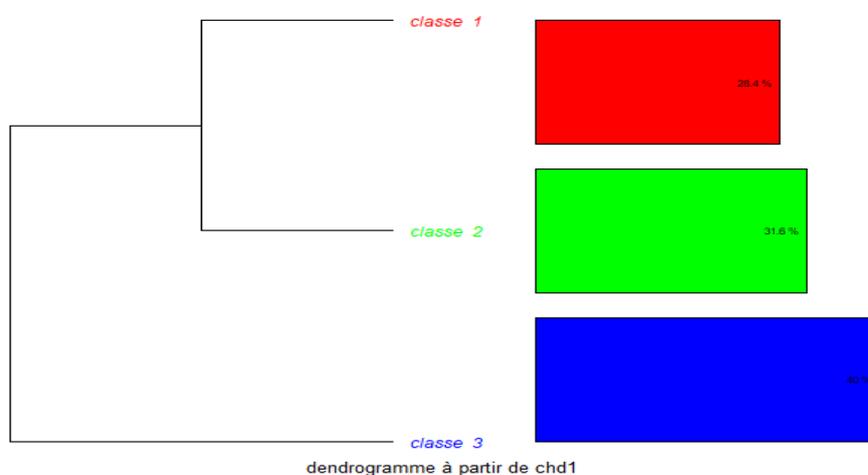


Figura 2. Classes Semânticas das Categorias Simbólicas.
Dados da pesquisa, 2022.

As classes podem denotar as possíveis imagens e atitudes adotadas pelos participantes frente ao objeto estudado, reproduzindo conceitos individuais ou coletivos apreendidos ao longo da formação acadêmica e das práticas profissionais vivenciadas (CAMARGO; JUSTO, 2013/2).

O quadro abaixo apresenta o produto da Classificação Hierárquica Descendente (CDH), a partir das palavras que apresentaram frequência ≥ 3 e $\chi^2 \geq 3,84$, equivalendo a uma significância de 95% ($p < 0,005$), evidenciando os participantes que mais contribuíram para a construção de cada uma das classes semânticas, assim como o tempo de atuação profissional mais significativo.

Quadro 1. Distribuição das palavras mais significativas, de acordo com a frequência total das ST na formação das Classes Semânticas (n=10)

Classe 1- Conhecimento sobre a doença de Parkinson 27/95 (28,42%)		Classe 2 – Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto 30/95 (31,58%)		Classe 3 – Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP 38/35 (40%)	
Palavra	Chi²	Palavra	Chi²	Palavra	Chi²
Doença	28.45	Aplicar	32.63	Questão	40.81
Formal	22.15	Pesquisador	24.22	Pergunta	20.6
Cuidado	19.03	Pensar	22.27	Paciente	20.07
Idoso	19.03	Instrumento	17.75	Realizar	16.76
Especificar	18.15	Questionamento	16.37	Resposta	16.76
Ambiente externo	13.29	Item	13.88	Comentário	16.76
Movimento	10.52	Uniformizar	9.05	Fisioterapeuta	16.76
Lentidão	10.52	Participação social	9.05	Parecer	14.91
Quedas	10.52	Objetivo	6.71	Padronizar	9.61
Parkinson	10.52	Identificar	6.71	Termo	9.61
Deslocamento	7.8	Exame	6.15	Definir	9.61
Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor		Variáveis e p-valor	
*sex_002	0,0005	*n_001	0,0005	*n_006	0,00104
*n_008	0,0233	*TA_003	0,0001	*TA_002	0,00298

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*grupo que mais contribuiu para a formação da classe. N: sujeito; sex: sexo; TA: Tempo de atuação profissional. chi²: qui-quadrado.

A **Classe 1 - “Conhecimento sobre a doença de Parkinson”** detém 27 Segmentos de Texto (ST), com percentualidade de 28,42%, sendo representada por homens que atuam no mercado fisioterapêutico há mais de 10 anos. Palavras como *doença, cuidado, formal, idoso, Parkinson* foram os ST mais evocados, com significância maior que 95% ($p < 0,005$) e $\text{chi}^2 > 3,84$. Tais palavras evocam os conceitos elaborados pelos participantes sobre a Doença de Parkinson (DP), inerentes à formação acadêmicas e à prática clínica, assim como sua associação com o envelhecimento e com os cuidados terapêuticos convencionais.

Os termos *movimento* e *lentidão* reforçam as alterações cinéticas e funcionais decorrentes da DP, incluindo a instabilidade postural, que ocasiona as *quedas* em *ambiente externo*, o que vem a comprometer ainda mais a independência funcional e a autonomia desses idosos.

As quedas são comuns na DP, devido às alterações motoras e não motoras que a doença causa. As pessoas com DP obtêm maior risco de acidentes por quedas quando comparados aos controles saudáveis, o risco de quedas entre pessoas com DP justifica-se pelo prejuízo motor causado pela doença. Tanto as quedas quanto a instabilidade postural afetam negativamente a QV relacionada à saúde na DP (SILVA *et al.*, 2022; CHOU *et al.*, 2017).

Um estudo comprovou que 45% e 68% das pessoas com DP cairão a cada ano, com proporção entre 50 e 86% caindo recorrentemente. O fator de risco mais consistentemente relatado para quedas na DP é uma história prévia de quedas, pessoas com DP têm cerca de 3 vezes mais chances de sofrer uma queda do que seus companheiros, e até 50% das quedas na DP resultam em lesão. As mulheres de qualquer idade parecem estar em alto risco de cair, enquanto para os homens, a probabilidade de cair aumenta apenas com a idade (SILVA *et al.*, 2022; CHOU *et al.*, 2017).

A **Classe 2**, denominada “**Direcionamentos e sugestões para o instrumento proposto**”, é formada por 30 Segmentos de Texto (ST), o que equivale a 31,5% do material retido. Essa classe traz as percepções de fisioterapeutas com mais de 20 anos de experiência profissional, especialistas em áreas afins, cujos conteúdos estão relacionados ao processo de avaliação fisioterapêutica proposto pelo instrumento, a partir do conhecimento e da experiência técnica adquiridos ao longo da carreira.

Palavras como *aplicar*, *pesquisador*, *uniformizar* e *participação social* sugerem que instrumento deve passar por mudanças para tornar viável a reaplicação da proposta entre os profissionais e pesquisadores que venham a se debruçar sobre a avaliação cinética e funcional na DP.

As impressões dessa classe são evidenciadas nas falas descritas a seguir:

[...] penso que a tarefa precisa ser especificada qual é essa única tarefa, qual a tarefa em teste... isso possibilita que outro pesquisador aplique o instrumento para uniformizar. Outro ponto, as tarefas devem especificar entre parênteses... isso uniformiza para que outro pesquisador ao acessar o instrumento possa aplicar nas mesmas condições, segundo a OMS [...] (Suj. 01).

[...] talvez fosse bom distinguir no enunciado refletir existe uma gama de atividades laborais inserir a exemplo de sim todavia sugiro deixar mais claro alguns questionamentos conforme sugestões nos itens permite de uma maneira generalista [...] (Suj. 05).

A avaliação fisioterapêutica deve ser realizada de forma global, não apenas com foco na patologia ou incapacidade, quando realizada nos princípios da CIF, compreende o indivíduo em diferentes perspectivas: biológica, individual e social. Direcionado por esse modelo, o profissional pode identificar as capacidades e as limitações nas três perspectivas que envolvem a saúde e desenvolver um plano de tratamento centrado no paciente. O uso da CIF pode ser uma

forma de organizar e registrar o planejamento ambiental, social e político na atenção ao processo de saúde do indivíduo com DP (DONÁ *et al.*, 2021).

Quadro 2. Principais sugestões os entrevistados para o instrumento (n=10)

PRINCIPAIS SUGESTÕES PARA O INSTRUMENTO
1. Especificar melhor cada item.
2. Padronizar as alternativas: se a questão pergunta sobre “Capacidade” se pergunta sobre capacidade, responder com CAPACIDADE ou ajustar a pergunta e manter as respostas com dificuldade.
3. Decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador (o que é leve para um, pode ser moderado para outro).

O quadro acima apresenta as principais sugestões dadas pelos entrevistados que foram acrescentadas ou retiradas, havendo assim a reformulação do instrumento proposto. (1) Especificar melhor cada item: Cada item foi revisto e especificado de acordo com a necessidade percebida; (2) Padronizar as alternativas: se a questão pergunta sobre “Capacidade” se pergunta sobre capacidade, responder com CAPACIDADE ou ajustar a pergunta e manter as respostas com dificuldade. Ex.: “Dificuldade em realizar uma única tarefa”; (3) Decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador: pois o que é leve para um, pode ser moderado para outro. Dentre outras sugestões que também foram acatadas de acordo com a necessidade, visando sempre um instrumento mais eficaz e objetivo.

De acordo com a **Classe 3 - “Aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica na DP”**, que inclui 38 dos 95 Segmentos de Texto retidos (40%), os participantes expressam a dimensão atitudinal sobre os aspectos gerais da avaliação fisioterapêutica direcionada ao idoso com DP. Essa classe é formada por profissionais que atuam como fisioterapeutas entre 10 e 20 anos que ainda destacam a necessidade uma avaliação das atividades e participação social de idosos com DP de acordo com o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os conteúdos acima referidos podem ser visualizados nos discursos participantes que mais contribuíram para a formação da classe, de acordo com a análise do *chi*²:

[...] a questão está relacionada ao objeto de estudo e precisa que o pesquisador padronize e direcione melhor a questão, caso seja direcionada ao paciente, como por exemplo, o senhor se sente capaz de realizar [...] (Suj. 01).

[...] o paciente será orientado a realizar alguma atividade antes desta pergunta não seria interessante incluir qual foi a atividade solicitada para execução quais tarefas múltiplas são

essas ou ainda o avaliador deve ter já alguma experiência com o paciente para responder com base nisso [...] (Suj. 02).

A saúde foi definida em 1947 pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Portanto, a avaliação fisioterapêutica analisa todos esses aspectos a fim de garantir um tratamento seguro e efetivo. A avaliação é dividida por dois domínios: a anamnese e o exame físico. A anamnese é a entrevista com o paciente onde ele relata sobre sua condição atual de saúde, cabe ao fisioterapeuta direcionar as perguntas para que não fique sem as informações essenciais. Por sua vez, o exame físico avalia os aspectos físicos, como alterações, deformidades aparentes e postura, além dos como os movimentos do corpo no geral (Ministério da Saúde, 2021).

A DP é uma doença com encargos emocionais, econômicos e sociais para os pacientes e cuidadores. A atenção a todos os fatores incluídos na CIF é essencial para o cuidado integral do paciente com DP. O tratamento multidisciplinar é uma ampla variedade de disciplinas de saúde que tem como objetivo apoiar pessoas com DP para lidar melhor com as consequências de sua doença nas atividades diárias. Esse tratamento torna-se eficaz quando ambas as disciplinas se concentram em aspectos complementares e diferentes, tanto na avaliação quanto nas intervenções, ao mesmo tempo em que estão cientes das instruções e estratégias usadas por cada uma (BALESTRINO; SCHAPIRA, 2020; RADDER *et al.*, 2017).

A fisioterapia baseada em evidências científicas é essencial para a valorização e o crescimento da profissão, melhorando a qualidade dos atendimentos e a satisfação do paciente. A aplicação de intervenções baseadas em evidências é importante para que os pacientes recebam tratamentos eficazes e para diminuir os custos de saúde em geral. Sugere-se que os fisioterapeutas utilizem estudos para contribuir em suas tomadas de decisão para o plano de tratamento do paciente (SHIWA *et al.*, 2011).

Após as adequações o instrumento elaborado para o presente estudo corrobora com os achados de Silva *et al.* e Nickel *et al.* que evidenciam a importância da promoção e manutenção da Vida Comunitária, Social e Cívica para sujeitos com DP, a maioria dos pacientes em atendimento fisioterapêutico apresenta risco de quedas diminuído, bom estado cognitivo e emocional, com uma qualidade de vida moderada e pouca dificuldade para a marcha e realização de AVD (SILVA *et al.*, 2015; NICKEL *et al.*, 2010).

A análise da atividade e participação social de idosos com doença de Parkinson mostra-se relevante por identificar fatores não patológicos que interferem na funcionalidade da realização de Atividades de Vida Diária (AVDs), favorecer a construção de uma condição física

integrada à inclusão ou a manutenção de idosos com doença de Parkinson como agente autônomo e participativo em seu contexto biopsicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo validar o conteúdo proposto em um instrumento que avalie as atividades e participação social de idosos com doença de Parkinson.

Os resultados do estudo foram interpretados por meio do resultado em χ^2 . Dividido em 03 classes que realizaram a associação da DP com o envelhecimento e com os cuidados terapêuticos convencionais e a sugestão de mudanças que instrumento deve passar para tornar viável a reaplicação da proposta entre os profissionais. Além de abordar a necessidade uma avaliação das atividades e participação social de idosos com DP de acordo com o conceito de saúde proposto pela OMS. As principais sugestões para a reformulação do instrumento foram: Especificar os itens, padronizar as alternativas e decidir se as respostas serão de acordo com a subjetividade do pesquisador.

Algumas limitações foram apresentadas pelo estudo realizado, pelos participantes não demonstrarem a devolutiva do questionário em tempo hábil. Também há um limitado conhecimento sobre a CIF, como a CIF não faz parte do processo fisioterapêutico acaba sendo uma temática pouco discutida pelos fisioterapeutas e conseqüentemente pouco utilizada.

O estudo se destina aos fisioterapeutas que atendem diretamente pacientes com DP, contribuiu para uma avaliação fisioterapêutica mais completa abordando todos os aspectos da vida do paciente e assim oferecer um tratamento mais eficaz e amplo. Além de apresentar uma nova perspectiva de avaliação dos impactos da DP em idosos e melhor identificar os problemas que as pessoas que vivem com DP enfrentam rotineiramente.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. / O. / O.-M. **05/8 – Dia Nacional da Saúde | Biblioteca Virtual em Saúde MS.**

ALVES, M. T. et al. Desempenho ocupacional e aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) em um serviço de reabilitação; v. 21, n. 3, 2019.

ANDRADE, L. E. L. DE et al. Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 812–823, set. 2017.

ASCHERIO, A.; SCHWARZSCHILD, M. A. The Epidemiology of Parkinson's disease: Risk Factors and Prevention. **The Lancet Neurology**, v. 15, n. 12, p. 1257–1272, nov. 2016.

BALESTRINO, R.; SCHAPIRA, A. H. V. Parkinson Disease. **European Journal of**

Neurology, v. 27, n. 1, p. 27–42, 20 out. 2019.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. **Lisboa**, v. 11, 2011.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRaMuTeQ**. Disponível em:

<https://www.academia.edu/download/53221555/Tutorial_Iramuteq_2013_portugues_pdf>.

Acesso em: 30 set. 2021.

CAMARGO, V.; JUSTO, B.; MARIA, A. Temas em Psicologia. **Sociedade Brasileira de Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513–518, 2013.

CHOU, K. L. et al. Factors associated with falling in early, treated Parkinson's disease: The NET-PD LS1 cohort. **Journal of the Neurological Sciences**, v. 377, p. 137–143, 1 jun. 2017.

Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF. [s.l.] Edusp, 2008.

COLLIER, T. J.; KANAAN, N. M.; KORDOWER, J. H. Aging and Parkinson's disease: Different sides of the same coin? **Movement Disorders**, v. 32, n. 7, p. 983–990, 18 maio 2017.

CRISTINA, D. et al. Perfil Dos Indivíduos Com Doença De Parkinson Atendidos No Setor De Fisioterapia De Um Hospital Universitário No Rio De Janeiro. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 21, n. 4, p. 100–5, 2015.

DELORS, J. et al. **EDUCAÇÃO UM TESOIRO A DESCOBRIR**. UNESCO, jan. 1988.

FISIOTER; MOV; CURITIBA. **Licenciado sob uma Licença Creative Commons PEDro: a base de dados de evidências em fisioterapia PEDro: the physiotherapy evidence database [A]**. [s.l.: s.n.].

GIBSON, G. What can the treatment of Parkinson's disease learn from dementia care; applying a bio-psycho-social approach to Parkinson's disease. **International Journal of Older People Nursing**, v. 12, n. 4, p. e12159, 7 jul. 2017.

KHAN, A. U. et al. Awareness and current knowledge of Parkinson's disease: a neurodegenerative disorder. **International Journal of Neuroscience**, v. 129, n. 1, p. 55–93, 22 nov. 2018.

MALAK, A. L. S. B. et al. Symptoms of depression in patients with mild cognitive impairment in Parkinson's disease. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 11, p. 145–153, 2017.

MATTSON, M. P.; ARUMUGAM, T. V. Hallmarks of Brain Aging: Adaptive and Pathological Modification by Metabolic States. **Cell Metabolism**, v. 27, n. 6, p. 1176–1199, jun. 2018.

MELO, W. S. DE et al. Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 3, p. 526–534, jun. 2017.

MENEZES, J. et al. **Measurement of quality of life for individuals with Parkinson's disease through the questionnaire PDQ-39 [A]**. [s.l.: s.n.].

MINISTÉRIO DA SAÚDE., BRASIL. **Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Doença De Parkinson.**

NADAL, C. et al. A qualidade de vida do idoso: aspectos relacionados entre atividade física e capacidade funcional. **Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida - CPAQV Journal**, v. 1, n. 2, 4 ago. 2014.

NICKEL, R. et al. Descriptive study of occupational performance of subjects with Parkinson's disease: the use of ICF as a tool for the classification of activity and participation. **Acta Fisiátrica**, v. 17, n. 1, p. 13–17, 9 mar. 2010.

OPARA, J. A. et al. Quality of life in Parkinson's disease. **Journal of Medicine and Life**, v. 5, n. 4, p. 375–381, 15 dez. 2012.

PFEIFFER, R. F. Non-motor symptoms in Parkinson's disease. **Parkinsonism & Related Disorders**, v. 22, n. 1, p. S119–S122, jan. 2016.

RADDER, D. L. M. et al. Physical therapy and occupational therapy in Parkinson's disease. **International Journal of Neuroscience**, v. 127, n. 10, p. 930–943, 4 jan. 2017.

RC, L. et al. PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE PARKINSON ATRAVÉS DO PDQ-39. **Rev. bras. fisioter**, n. 11, p. 397–402, 2007.

SILVA, F. DA et al. Avaliação do risco de quedas entre pessoas com doença de Parkinson. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

SIMON, D. K.; TANNER, C. M.; BRUNDIN, P. Parkinson Disease Epidemiology, Pathology, Genetics, and Pathophysiology. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 36, n. 1, p. 1–12, fev. 2020.