

ARTIGO ORIGINAL

Estudo descritivo do desempenho ocupacional do sujeito com doença de Parkinson: o uso da CIF como ferramenta para classificação da atividade e participação

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

Renato Nickel¹, Lauren Machado Pinto², Andressa Pereira Lima², Elaine Janecko Navarro², Helio Afonso Ghizoni Teive³, Nilson Becker⁴, Renato Puppy Munhoz⁴

RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), é uma proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), que surge como uma ferramenta para classificar e identificar fatores, que além da condição de saúde, estejam interferindo na funcionalidade de sujeitos na realização de atividades. Neste estudo transversal realizou-se a avaliação do desempenho ocupacional de 46 sujeitos diagnosticados com a Doença de Parkinson (DP), através da aplicação da Medida de Desempenho Ocupacional Canadense (MDOC) e classificação das mesmas nos domínios da CIF. Sendo as atividades mais comprometidas a Vida Comunitária, Social e Cívica (32,6%); a Mobilidade (26,1%); o Cuidado Pessoal (27,1%); a Vida Doméstica (10,9%); e, Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento (8,7%). Também foram levantadas informações sobre: sexo, estado civil, tipo de residência, necessidade ou não de assistência, Escala de Hoehn & Yahr, perfil de rigidez, estabilidade postural, idade e tempo de doença. Estas não apresentaram significância estatística ($p < 0,05$).

ABSTRACT

The International Classification of Functionality, Disability, and Health (ICF) is a proposal from the World Health Organization (WHO), which appears as a tool to classify and identify factors that, in addition to the state of health, interfere with the functionality of the subject performing activities. In this cross-sectional study we assess the occupational performance of 46 subjects diagnosed with Parkinson's disease (PD) through the application of the Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) and its classification in the areas of ICF. The activities most effected are, Social, Civic, and Community Life (32.6%), Mobility (26.1%), Personal Care (27.1%), Family Life (10.9%), and Learning and Application of Knowledge (8.7%). Information has also been gathered about gender, marital status, type of residence, need for assistance, the Hoehn & Yahr Scale, rigidity profile, postural stability, age and length of illness. This data was not statistically significant ($p < 0.05$).

Contudo na correlação entre variáveis levantadas, obteve-se, através do teste de correlação não-paramétrico de Spearman, que apenas a variável rigidez apresentou uma correlação média de " $r=0,452$ " ($p < 0,01$) com os cinco domínios classificados na CIF. Os resultados evidenciam a importância da promoção e manutenção da Vida Comunitária, Social e Cívica para sujeitos com DP e a rigidez como componente importante de queixas em relação ao desempenho ocupacional. O Modelo de Saúde proposto pela CIF, em conjunto com a aplicação da MDOC, mostrou-se efetivo, permitindo a correlação quando a atividade é foco de avaliação, entre funções e estruturas do corpo, fatores ambientais e pessoais, com as dificuldades de desempenho na realização das atividades.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Doença de Parkinson, Terapia Ocupacional, Qualidade de Vida

However, in the correlation between variables studied, the fact that only the rigidity variable showed an average correlation of $r=0,452$ ($p < 0,01$) was obtained through the non-parametric Spearman correlation test, with the five areas classified in the ICF. The results show the importance of promoting and maintaining Community, Social, and Civic Life for subjects with PD and rigidity as an important component of their complaints in relation to occupational performance. The Health Model proposed by the ICF, along with the application of the COPM, were effective, allowing for correlation when the activity is the focus of evaluation, between functions and structures of the body and environmental and personal factors, with the difficulties of performance in carrying out activities.

Keywords: International Classification of Functioning, Disability and Health, Parkinson Disease, Occupational Therapy, Quality of Life

¹ Professor Adjunto, Curso de Terapia Ocupacional – Universidade Federal do Paraná (UFPR).

² Graduandas em Terapia Ocupacional, Voluntárias de Iniciação Científica, Universidade Federal do Paraná (UFPR).

³ Professor, Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, Chefe do Ambulatório de Distúrbio de Movimento – Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná (UFPR).

⁴ Médicos Colaboradores do Ambulatório de Distúrbio de Movimento - Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná (UFPR).

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Universidade Federal do Paraná • Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional • Rua Padre Camargo, 280 - 3º andar • Curitiba / PR • CEP 80060-240
E-mail: rnickel@ufpr.br

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com base em um modelo de saúde biopsicossocial, objetiva desmistificar a visão de que apenas a condição de saúde influencia diretamente sobre o desempenho do sujeito na realização de atividades, quando considera também que além das funções e estruturas do corpo, fatores ambientais e pessoais podem interferir nas mesmas.¹

O estudo foi realizado com sujeitos com DP, devido à alta incidência epidemiológica, sendo considerado o distúrbio do movimento mais comum no mundo, que se coloca atrás apenas das doenças cerebrovasculares e da artrite, como a terceira doença crônica mais comum da faixa etária adulta avançada.²

Observa-se também a inexistência de estudos que venham a relacionar fatores ambientais e pessoais com a funcionalidade de sujeitos com DP, verificando-se que através do modelo biopsicossocial da CIF, outros fatores, além da condição de saúde, podem ser identificados como influenciáveis sobre a atividade e participação do sujeito.

OBJETIVOS

Este projeto de pesquisa tem como objetivos principais descrever as dificuldades de desempenho ocupacional do sujeito com DP por meio da MDOC; classificar os dados levantados pela MDOC nos domínios da CIF; e correlacionar os domínios classificados na CIF com variáveis pessoais e clínicas apresentadas pelos sujeitos da pesquisa.

MÉTODO

Este é um estudo transversal, realizado com 46 sujeitos diagnosticados com DP, que recebem atendimento em uma instituição para sujeitos com esta condição de saúde na cidade de Curitiba – PR.

Foi critério de exclusão, sujeitos que não tivessem outra condição clínica associada à DP e não apresentassem demência. A pesquisa foi realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná.

Para análise correlacional foram levantados dados referentes ao gênero, estado civil, tipo de residência, necessidade ou não de assistência nas atividades cotidianas; dados referentes à idade e tempo de diagnóstico; dados relati-

vos ao perfil de evolução da doença, de acordo com a Escala de Hoehn & Yahr, utilizada para reconhecimento da gravidade da DP3 e outros dados referentes a aspectos clínicos como rigidez e instabilidade postural, avaliadas de acordo com a classificação “Unified Parkinson’s Disease Rating Scale” (UPDRS).⁴ Foi levantado junto aos sujeitos quais fatores que eles consideravam mais interferir na sua atividade e participação.

Os sujeitos enquadrados nos critérios da pesquisa foram submetidos a um momento avaliativo único, mediante a aplicação da Medida de Desempenho Ocupacional Canadense (MDOC). Esta avaliação desenvolvida por Mary Law et al⁵ constitui-se de um protocolo centrado no cliente, utilizada por terapeutas ocupacionais, que objetiva mostrar a visão dos sujeitos a respeito de sua incapacidade.⁶

Um protocolo centrado no cliente para avaliação do sujeito com DP é fundamental, devido ao fato de avaliações funcionais levantarem informações sobre capacidade ou desempenho dos sujeitos relacionados ao momento de avaliação, o qual poderá estar alterado devido a diversas variáveis, como o estado “on” ou “off” no uso da L-Dopa.

A MDOC é uma medida individualizada como uma entrevista semi-estruturada, em que o sujeito pontua as atividades mais importantes em seu cotidiano que se encontram dificultadas. Ela abrange três áreas de desempenho ocupacional – atividades de vida diária, atividades produtivas e atividades de lazer - atribuindo a elas um grau de importância, que varia de 0 a 10, de forma crescente. Nesta avaliação, o terapeuta pontua com o sujeito os cinco maiores problemas de desempenho ocupacional vivenciados por ele, listando as atividades comprometidas, conforme o grau de importância estabelecido pelo cliente.⁶

Através do resultado da MDOC, realizou-se a classificação das atividades comprometidas nos domínios da CIF, objetivando uma terminologia unificada e a identificação de quais atividades os sujeitos tinham maior problema de desempenho. Conforme referência da CIF, foi dada preferência a não fazer distinção entre os componentes Atividade e Participação, sendo ambos classificados como Atividade. A Tabela 1 exemplifica, com 8 sujeitos da pesquisa, como foi realizada essa correlação.

Para classificação, foram considerados apenas os domínios pontuados durante a avaliação, através da classificação das atividades apontadas na MDOC, nos domínios da CIF que se enquadravam.

Por fim, para análise da significância estatística das variáveis foi utilizado o teste de aderência do qui-quadrado.

Para correlação das variáveis que mais interferiram na capacidade de participação (desempenho ocupacional) da amostra estudada, foi utilizado o teste do Qui-quadrado entre as variáveis nominais e o teste de correlação não-paramétrico de Spearman para as variáveis ordinais e numéricas.

RESULTADOS

Perguntado aos sujeitos quais fatores mais interferem na atividade e participação dos mesmos levantou-se que os principais eram: Envolvimento com o objetivo [Motivação – b1301 (Função do Corpo)]; Medicamento [Medicamentos – e1101 (Fator Ambiental)]; Família [Família Imediata – e310 (Fator Ambiental)]; Fatores Emocionais [Funções Emocionais – b152 (Funções do Corpo)]; Temperatura Ambiente [Clima – e225 (Fator Ambiental)].

As atividades pontuadas através da MDOC foram classificadas nos domínios da CIF, através da análise dos domínios comprometidos, conforme exemplo de 8 sujeitos da pesquisa na Tabela 1.

Na avaliação do desempenho ocupacional, classificando as atividades pontuadas na MDOC nos domínios da CIF, os seguintes problemas de desempenho foram encontrados: 15 sujeitos (32,6%) relataram como principal dificuldade a Vida Comunitária, Social e Cívica; 12 (26,1%) a Mobilidade; 10 (27,1%) o Cuidado Pessoal; 5 (10,9%) a Vida Doméstica e 4 (8,7%) Aprendizagem e Aplicação de Conhecimento. De forma que dos 9 domínios relacionados aos componentes de atividade e participação classificados pela CIF, somente em 5 deles os 46 sujeitos da pesquisa pontuaram dificuldade.

A classificação foi realizada analisando os qualificadores de desempenho, sendo que a opinião dos sujeitos da pesquisa foi a fonte principal de informações na análise das atividades comprometidas, sendo possível classificar estes aspectos até o terceiro nível da CIF (quatro dígitos), o que pode ser visto nos exemplos da Tabela 1.

Na análise da significância estatística das variáveis levantadas por meio do teste de aderência do qui-quadrado, verificou-se a inexistência de significância estatística para $p < 0,05$ em todas as variáveis levantadas.

Na correlação entre as variáveis, em relação ao desempenho ocupacional, classificados nos domínios da CIF, obteve-se que entre as variáveis nominais, como estado civil e sexo, e numéricas, como idade e tempo de DP, e os problemas relacionados a atividade e par-

Tabela 1 – Correlação entre os problemas de desempenho encontrados na MDOC e classificação e qualificação na CIF.

Sujeito	MDOC	CIF		
		Nível 1 - Domínio	Nível 2 + Quali.	Nível 3 + Quali.
S1	1 socialização	9 Vida comunitária, social e cívica		Socialização d9205.2
S2	1 socialização	9 Vida comunitária, social e cívica		Socialização d9205.8
S3	1 cortar carne 2 manipular carteira 3 usar mão esquerda para dirigir 4 tomar banho 5 realizar atividade de funilaria	4 Mobilidade 5 Cuidado pessoal	Comer d550.1 Lavar-se d510.2 Uso da mão e do braço d445.2	Dirigir veículos motorizados d4751.1 Manipular d4402.2
S4	1 virar na cama 2 cuidar das flores 3 autocuidado	4 Mobilidade 5 Cuidado pessoal	Uso fino da mão d440.2 Lavar-se d510.3 Vestir-se d540.3 Comer d550.1 Beber d560.1 Cuidar da própria saúde d570.3	Transferir-se enquanto deitado d4201.3
S5	1 ficar em pé sem apoio 2 andar sem apoio 3 tomar banho 4 vestir-se 5 cozinhar	4 Mobilidade 5 Cuidado pessoal 6 Vida doméstica	Andar d450.4 Lavar-se d510.4 Vestir-se d540.3 Preparar as refeições d630.4	Permanecer em pé d4154.4
S6	1 socialização	9 Vida comunitária, social e cívica		Socialização d9205.8
S7	1 socialização	9 Vida comunitária, social e cívica		Socialização d9205.8
S8	1 lavar louça 2 virar na cama 3 melhorar postura	6 Vida doméstica 4 Mobilidade		Limpar a cozinha e utensílios d6401.1 transferir-se enquanto deitado d4201.1 Permanecer em pé d4154.3

ticipação classificados na CIF não houve uma correlação significativa. Contudo, entre as variáveis ordinais, somente a rigidez apresentou um coeficiente de correlação com as atividades classificadas na CIF, no valor de “ $r=-0,452$ ” para $p<0,01$ demonstrando a existência de uma correlação média entre as variáveis.⁷

A Tabela 2 descreve as características pessoais da amostra estudada.

A Tabela 3 descreve as características clínicas dos sujeitos da amostra de acordo com a Escala Modificada de Hoehn & Yahr.

A Tabela 4 descreve as características clínicas da amostra em relação a Rigidez e Instabilidade Postural de acordo com a UPDRS.

DISCUSSÃO

O Modelo de Saúde da CIF proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a interação das várias dimensões da saúde, onde a funcionalidade ou incapacida-

de relacionadas à atividade e participação do sujeito podem ter influência não somente da condição de saúde ou mudanças da função e estrutura do corpo, mas também de fatores do ambiente e pessoais.

Esta dimensão é claramente observada quando perguntando aos sujeitos sobre quais fatores que mais interferem no desempenho de suas atividades, onde os cinco principais problemas interferentes foram Motivação – b1301, Medicamentos – e1101, Família Imediata – e310, Funções Emocionais – b152 e Clima – e225. Ou seja, pesam tanto Funções e Estruturas do Corpo como Fatores Ambientais.

Fatores Pessoais também são fortemente interferentes, apesar de não serem classificados na CIF, devido à grande amplitude de fatores, e estão presentes em todos os sujeitos. Um exemplo da amostra pode ser apresentado no que diz respeito ao sexo. As mulheres da pesquisa, com média de idade de 69,54 anos, não apresentaram queixas relativas a aprendizagem e aplicação de conhecimento e os homens, mé-

Tabela 2 – Características pessoais dos 46 sujeitos com DP.

Característica		
Idade (anos)	67,6 ± 11,9 (33 - 84)	
Sexo feminino (%)	24 (52,2)	
Duração da DP (anos)	6,4 ± 4,2 (1 - 16)	
Estado civil (%)	Solteiro	4 (8,7)
	Casado	32 (69,6)
	Viúvo	9 (19,5)
Tipo de residência	Não informado	1 (2,2)
	Apartamento	35 (76,1)
Com quem reside	Casa	11 (23,9)
	Familiares	22 (47,8)
	Cônjuges	19 (41,2)
	Cuidador	3 (6,5)
	Sozinho	3 (6,5)

dia de idade de 65,50 anos, não apresentaram queixas relativas a vida doméstica.

Além de apontar características relativas ao sexo estes dados também apontam para características específicas de uma população dessa faixa etária, onde mulheres tinham função de cuidado com o lar e família e homens de manutenção econômica da família.

Em relação aos problemas de desempenho apresentados pelos sujeitos, todos os que foram levantados pela MDOC puderam ser classificados dentro dos componentes de atividade e participação da CIF.

Dos domínios apresentados como deficitários, a Vida Comunitária Social e Cívica, constitui-se como aquele com maior incidência de queixas, visto que essas atividades são desempenhadas de forma espontânea pelos sujeitos, como forma de ocupação significativa e importante.⁸

Os idosos, maioria dos sujeitos da pesquisa, geralmente apontam as atividades de socialização como um dos alicerces para qualidade de vida. Os efeitos benéficos que estas atividades são capazes de produzir sobre os idosos tornam-se evidentes, sobretudo, após a aposentadoria, em que a vida comunitária, social e cívica deve ser intensificada, na busca individual por uma significação subjetiva, envolvendo atividades livres, ligadas à qualidade de vida e promoção de saúde. Destas atividades, merecem destaque o lazer e a espiritualidade que são as mais comuns na terceira idade.⁹

Tabela 3 – Classificação da amostra na Escala de Hoehn & Yahr modificada.

Escala Modificada de Hoehn&Yahr	Frequência	Percentual
0 - Nenhum sinal da doença	0	0
1 - Doença unilateral	5	10,9%
1,5 - Envolvimento unilateral e axial	5	10,9%
2 - Doença bilateral e sem déficit no equilíbrio	7	15,2%
2,5 - Doença bilateral leve, com recuperação no teste do empurrão	11	23,9%
3 - Doença bilateral leve a moderada; alguma instabilidade postural; capacidade de viver independentemente	12	26,1%
4 - Incapacidade Grave, ainda capaz de caminhar e permanecer em pé sem ajuda	3	6,5%
5 - Confinado a cama ou cadeira de rodas a não ser que receba ajuda	3	6,5%
Total	46	100%

Tabela 4 – Descrição clínica da rigidez e instabilidade postural de acordo com a UPDRS dos 46 sujeitos da amostra.

Característica	Nível de Comprometimento	Número de sujeitos
Rigidez	0 – Ausente	10
	1 - Pequena	5
	2 - Leve a moderado	23
	3 - Marcante	6
	4 - Grave	2
Instabilidade postural	0 – Normal	13
	1 - Retropulsão	22
	2 - Ausência de respostas posturais	7
	3 - Muito instável	2
	4 - Incapaz de ficar ereto sem ajuda	2

Um aspecto importante é que todos os sujeitos da amostra participam da associação para pessoas com DP em Curitiba – PR. Esta associação é a única opção na cidade que oferece assistência médica, reabilitadora, psicológica e de enfermagem. Ela também mantém um convênio com o Governo do Estado para distribuição de medicamentos específicos para essa clientela. Não são todos os associados, na época da pesquisa, um número superior a 1.000, que participam das atividades desenvolvidas pela associação, muitos deles só vêm buscar medicamento ou mesmo realizar consulta médica.

Logo, os sujeitos da amostra da pesquisa são aqueles que também participam mais intensamente das atividades da associação, ou seja, um grupo que busca, procura socialização. Essa caracterização da clientela pode também justificar a escolha do domínio Vida comunitária, social e cívica como o mais presente na população estudada.

Apesar de a MDOC permitir identificar uma ampla gama de atividades, que podem ser classificadas nos domínios da CIF, verifica-se que os domínios: “Tarefas e demandas gerais”; “Comunicação”; “Relacionamentos interpessoais” e “Áreas principais da vida” não foram citados pelos sujeitos da pesquisa como problema de desempenho.

Importante lembrar, que a MDOC é uma avaliação que mostra a perspectiva do sujeito sobre sua deficiência, sendo que os domínios que não foram citados demonstram pouca ou nenhuma relevância para a amostra estudada.

Dois aspectos poderiam justificar a ausência desses domínios na população estudada. Um deles é um dos critérios de exclusão da

pesquisa, de não haver demência (função Intelectual). O que leva a perguntar: Qual a interferência das Funções Mentais junto aos aspectos relacionados a tarefas de demandas gerais e comunicação? Outro fator a ser considerado é da amostra ter média de idade de 67,61 anos, faixa etária onde normalmente se encontra uma condição estabelecida em relação aos relacionamentos interpessoais e as áreas principais da vida (trabalho, educação e vida econômica). Contudo, essas são apenas suposições.

Como apresentado, a rigidez constitui-se como o único domínio relacionado a função e estrutura do corpo com correlação significativa junto aos cinco domínios de atividade e participação apontados pelos sujeitos avaliados. O valor negativo (38 de 46 sujeitos do nível 2 – leve a moderado, para baixo, de uma escala de 0 a 4) demonstra uma maioria e sujeitos com um perfil de rigidez mais leve (conforme escala UPDRS) apresentaram maior quantidade de queixas do que aqueles mais comprometidos.

Tal resultado é compatível com a afirmação de que a DP impõe a perda progressiva de habilidades, principalmente no início das manifestações dos sintomas em que não existem déficits cognitivos significativos, tornando penosa a visão sobre si, no sujeito doente. No início da doença a visão da incapacidade é mais evidente, uma vez que a pessoa perde muito daquilo que era, observando a perda de habilidades e da capacidade de interagir com o ambiente, até que a pessoa compreenda e se adapte a sua nova condição de saúde.¹⁰

Desta forma, além do baixo grau de rigidez a grande maioria de sujeitos neste nível definiu a correlação.

O modelo proposto pela CIF, biopsicossocial, permite uma discussão ampla sobre as considerações feitas sobre rigidez. Quando falamos de atividade na perspectiva do sujeito não falamos em capacidade, falamos de desempenho, pois é aquilo que o sujeito expõe do seu mundo real. Sobre desempenho há muito mais interferências do que aquelas relacionadas a Funções e Estruturas do Corpo, ou seja, também afetam o desempenho Aspectos Ambientais e Aspectos Pessoais. Esta leitura, esta perspectiva ampliada, holística sobre a atividade e participação do sujeito o modelo da CIF permite fazer.

Foge-se daí do modelo de linearidade médica, pois a incapacidade, déficit das Funções e Estruturas do Corpo, que seria evidenciada por um aumento da rigidez, não aponta necessariamente para piora no desempenho, mas sim a perspectiva que o sujeito tem do seu desempenho, que está diminuída devido a um conjunto de componentes.

É possível supor que os sujeitos menos comprometidos, ainda estão vivenciando a experiência da perda de habilidades, sem total compreensão da mesma, ao contrário de outros mais comprometidos, que foram perdendo habilidades e papéis ocupacionais, tornando-se restritos a queixas únicas, pois possuem, de acordo com este mesmo estudo, dificuldades nos domínios da mobilidade e cuidado pessoal principalmente, não apresentando mais queixas sobre outros domínios possíveis.

Além disso, o uso contínuo da medicação para tratamento da DP, sobretudo a levodopa, traz consigo diminuição na periodicidade entre as fases “on” e “off”, caracterizando etapas rápidas de funcionalidade e etapas longas de

incapacidade, com efeitos colaterais devastadores, gerando um maior sentimento de incapacidade e resignação, conscientes da sua condição de saúde.³

A MDOC é uma avaliação individualizada que permite que o sujeito pontue as atividades que se encontram prejudicadas devido a motivos diversos.⁶ Na avaliação do desempenho ocupacional na DP mostrou-se adequada, por abranger a perspectiva dos sujeitos sobre a sua funcionalidade, descartando a visão do profissional como única, uma vez que esta possa estar equivocada pela não convivência integral com o cliente, principalmente na relação entre as fases “on” e “off” dos medicamentos que alteram a capacidade funcional.¹¹

Contudo, apesar da MDOC identificar as atividades problema no cotidiano dos sujeitos, é de fundamental importância observar o sujeito realizando as mesmas em seu ambiente real, seja para propor uma intervenção ou para identificar outros fatores que possam estar interferindo no seu desempenho. A análise da atividade permitirá verificar a possibilidade de remediar a capacidade ou a necessidade de adaptação para melhorar o desempenho do sujeito na atividade.

O modelo de saúde biopsicossocial proposto pela CIF permitiu, tendo como foco de avaliação da atividade do sujeito via MDOC, um olhar abrangente sobre a capacidade e desempenho do sujeito para estas atividades, ou seja, quais as mudanças na função e estrutura do corpo, os facilitadores ou barreiras do ambiente, ou mesmo fatores pessoais estão interferindo nas mesmas.

A experiência do uso da MDOC como ferramenta de avaliação e a CIF como classificação e como modelo de saúde permitiu não apenas a avaliação, a classificação e uma análise biopsicossocial sobre os problemas de desempenho encontrados pelos sujeitos, mas também o desenvolvimento de propostas de intervenção abrangentes sobre o processo de reabilitação.

O uso da CIF também mostrou a importância de um trabalho transdisciplinar, onde os vários componentes do modelo de saúde proposto possam ser articulados nas práticas de avaliação e de intervenção dos profissionais das ciências da saúde ou mesmo de outras ciências como sociais e humanas. Tendo como intuito único, por meio de uma linguagem universal, buscar resultados efetivos que permitam a inclusão social da pessoa com deficiência.

CONCLUSÃO

A MDOC permitiu descrever os problemas de desempenho ocupacional do sujeito dentro de

uma perspectiva real, anulando a interferência de fatores ligados ao uso da medicação. Mostrando-se uma ferramenta válida para avaliação de sujeitos com DP.

A classificação dos problemas de desempenho descritos pela MDOC dentro da CIF foi de fácil operacionalização, sendo a qualificação do desempenho facilmente pontuada junto ao sujeito. Desta forma, a MDOC mostrou-se viável como um instrumento de avaliação que possibilita a classificação de seus resultados na CIF, conforme observado neste estudo, em que todas as atividades pontuadas enquadraram-se nos domínios da CIF.

O modelo de saúde biopsicossocial facilita a leitura do problema em um modelo amplo, que auxilia ao profissional da saúde correlacionar às diversas variáveis levantadas, dentro de uma linguagem uniforme, favorecendo inclusive a divisão e junção de ações da equipe interdisciplinar e o desenvolvimento de políticas públicas e serviços de saúde que venham a contemplar as necessidades clínicas e pessoais de uma determinada clientela, podendo vir a favorecer uma intervenção efetiva e baseada em evidências.

Não houve correlação entre as variáveis de cunho pessoal e os domínios classificados na CIF e em relação às variáveis clínicas somente a rigidez apresentou uma correlação média, identificando que sujeitos com menor grau de rigidez relatam maior número de problemas relativos a sua condição funcional.

REFERÊNCIAS

1. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.
2. Francisco GE, Jain SS. Doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento. In: Delisa JA. Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática. 3 ed. Barueri: Manole; 2001. p.1089-96.
3. Fahn S, Przedborski S. Parkinsonismo. In: Rowland LP. Merrit: tratado de neurologia. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.768-83.
4. Goulart F, Pereira LX. Uso de escalas para avaliação da Doença de Parkinson em Fisioterapia. Rev Fisioter USP. 2005;(1-2):49-5.
5. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Medida Canadense de desempenho ocupacional (COPM). Belo Horizonte: UFMG; 2009.
6. Carswell A. Medida de performance ocupacional canadense. In: Sumsion T. Prática baseada no cliente na terapia ocupacional: guia para a implementação. São Paulo: Roca; 2003. p. 183-202.
7. Pina APB. Investigação e estatística com o Epiinfo. Curitiba: Instituto da Droga e Farmacod dependência; 2005. p.20-32.
8. Cavalcanti A. Avaliação da recreação e do lazer. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.69-70.
9. Wilson L. Atividade e participação: parte 2. In: Atwal A, McLntyre A. Terapia ocupacional e a terceira idade. São Paulo: Santos; 2007. p.187-202.
10. Turner A. Occupational for therapy. In: Turner A, Foster M, Johnson SE. Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills and practice. 5th ed. Londres: Churchill Livingstone; 2002. p.115-30.
11. Gaudet P. Measuring the impact of Parkinson's disease: an occupational therapy perspective. Can J Occup Ther. 2002;69(2):104-13.