

Artigo original

A incidência da doença de Parkinson em idosos na assistência de condutas e comportamentos motores em domicílios do Rio de Janeiro

Incidence of the Parkinson disease in elderly in the attendance of conducts and motor behaviors in residences of Rio de Janeiro

Ana Luzia Batista Góis*, Heron Beresford, D.Sc.**

.....
 *Fisioterapeuta, Mestrando em Ciências da Motricidade Humana(UCB), **Doutor em Filosofia, Professor Titular da Universidade Castelo Branco e Professor Adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Resumo

Tendo em vista a alta incidência da Doença de Parkinson – DP em pessoas idosas, o aumento da população idosa no mundo e a indicação da fisioterapia domiciliar como forma eficaz de atendimento aos não-auto-suficientes, o presente estudo teve como objetivo verificar a incidência da DP no grupo de idosos em atendimento de fisioterapia domiciliar para estabelecer a faixa de idade em que a fisioterapia domiciliar foi mais realizada. A amostra foi de 620 pacientes, sem exclusão. Os resultados mostraram que dos 620 pacientes investigados, 27 apresentaram a DP como principal diagnóstico, e o índice resultante de 4,35%; quanto à fisioterapia domiciliar realizada concentrou-se na faixa de 80 a 89 anos. Os resultados mostraram-se compatíveis com os de pesquisas relatadas na literatura da área, o índice resultante é considerado significativo e apontou que a demanda de fisioterapia domiciliar na DP está concentrado na faixa etária de 80 a 89 anos. Mediante o estudo realizado recomenda-se que no Brasil a falta de acesso da maioria da população idosa ao atendimento domiciliar tanto na rede pública quanto na rede suplementar deve ser corrigida para suprir a demanda destes idosos, e priorizar a reabilitação precoce.

Palavras-chave: idoso, doença de Parkinson, fisioterapia domiciliar.

Abstract

With the high incidence of the Disease of Parkinson (DP) in elderly people, the increase of this population in the world and the indication of the home physical therapy as effective form of service, the aim of this study was to verify the incidence of DP in the elderly group in service of home physical therapy to establish the range of age for what the home physical therapy was more used. The sample was of 620 patients, without exclusion. The results showed that of the 620 investigated patients, 27 presented DP as main diagnosis, and the index resulting as 4.35% ; the home physical therapy was concentrated on the range of 80 to 89 years. In conclusion, the results were compatible with the literature of the area, the resulting index is considered significant and it pointed that the demand of home physical therapy in DP is concentrated in the age group from 80 to 89 years. It is recommended that in Brazil the lack of access of most of the senior population to the home service in the public service like in the private service should be corrected to supply the demand of these senior, and to improve the precocious rehabilitation.

Key-words: elderly, Parkinson disease, home physical therapy.

Introdução

O crescente envelhecimento das populações na maioria dos países é um fenômeno apontado em numerosos estudos [1]. No Brasil, o aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de natalidade modificaram rapidamente o perfil de-

mográfico do País. Os dados do último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE– apontam 14,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos (representando 8,8% do total da população brasileira), em 2000 [1,2]. Se o comportamento do crescimento desta população não mudar, em 2025 a população de idosos deverá quase dobrar de tamanho,

Recebido 18 de dezembro de 2004; aceito 15 de maio de 2006.

Endereço para correspondência: Ana Luzia Batista Góis, Rua Alexandre Calaza, 256 Grajaú 20560-110 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2577-7071, E-mail: anagoefisio@globo.com

chegando a 34 milhões de pessoas, o que representará 14% de nossa população [2,3,4,5].

Como conseqüência lógica dessas modificações no quadro demográfico, os idosos ganharam uma maior visibilidade social, e um novo sentido para a velhice começou a se delinear. Exemplo disso são as determinações legais contidas na Política Nacional do Idoso (lei n. 8.842/94), que define a atuação do governo em áreas específicas, entre elas a saúde, para que sejam promovidas a autonomia, a integração e a participação dos idosos na sociedade.

É importante salientar que, além das transformações demográficas, o Brasil vem passando por uma transição epidemiológica que alterou significativamente seu quadro de morbimortalidade: em menos de 40 anos, as enfermidades crônicas, típicas de faixas etárias mais avançadas e com custos diretos e indiretos mais elevados, substituíram as doenças infectocontagiosas, próprias de uma população mais jovem [6].

Ao pesquisar a questão da terceira idade no Brasil, Ramos [7] refere que a maioria dos idosos (85%) apresenta pelo menos uma doença crônica, e uma significativa minoria (10%) possui, no mínimo, cinco destas patologias; comenta ainda que os idosos investigados apresentaram patologias associadas ao envelhecimento, que eram de cunho neurológico em 89,5% dos casos, e reumatológico em apenas 10,5% deles. A Doença de Parkinson (DP) é a segunda principal causa neurológica de deficiência em adultos, e pacientes idosos com DP geralmente usam muitos e diversos serviços de hospital, o que pode ser entendido pela necessidade especial dos seus "complicados" estágios [8].

A incidência da DP, de origem idiopática, aumenta cerca de dez vezes na população acima de 60 anos [9]. É uma doença de indivíduos idosos, com uma idade de pico entre 55 e 66 anos [10]. Afeta aproximadamente um milhão de indivíduos nos Estados Unidos, e é a segunda doença neurodegenerativa mais comum, depois da Doença de Alzheimer [9]. Acomete aproximadamente 1% dos indivíduos acima dos 65 anos de idade [10] e 2,6% da população de 85 anos [11]. O envelhecimento é, portanto, segundo Langston [12], um fator de risco na DP. A pesquisa de Caird [13] confirma que a incidência da DP aumenta com a idade. Na Escócia, o índice dessa patologia é de 46,6 por 100.000 pessoas com idade de 40 a 49 anos, de 254 por 100.000 pessoas com 60-69 anos, e de 1.924,5 por 100.000 pessoas com mais de 80 anos [14]. Em qualquer localidade, 74% das pessoas com DP têm mais de 70 anos de idade, e a média de início é de 65,3 anos. Somente uma em sete *pessoas* tem o diagnóstico com menos de 50 anos.

Jones & Godwin-Austen [15] evidenciam em seu trabalho que a DP demonstra forte relação com a fase do envelhecimento, e ainda complementam que não foram encontradas diferenças na prevalência no que se refere a sexo e a classe social, que não parecem afetar a incidência. Stern [16] não encontrou na prevalência da DP diferenças relacionadas ao sexo e à classe

social; não houve também diferenças geográficas. Porém, as análises dos dados de mortalidade e de grandes estudos familiares sugerem um componente genético com exposição a um agente ambiental causador no início da vida.

De acordo com Langston [12], fatores ambientais apresentam relação com a DP, especialmente em zonas industrializadas. Estudos epidemiológicos relatados por Limongi [17] demonstraram maior incidência da DP, em populações expostas a pesticidas e a água de poço contaminada, relacionada com toxinas ambientais.

Uma análise de sobrevivência mostrou um tempo mais curto de vida ($P < 0,001$) para pacientes com DP. 53% dos atestados de óbitos desses pacientes deram a DP como causa básica ou de contribuição de morte. Nesse trabalho foi verificado um aumento significativo em mortes por pneumonia [18].

Estudos evidenciam que em períodos iguais de duração da doença, os pacientes com acometimento de DP de idade avançada (78 anos ou mais velho) obtiveram maior perda da motricidade do que os pacientes de meia-idade. Os índices mais altos foram para a rigidez [19].

Os sintomas motores da DP são o foco da farmacoterapia, mas os sintomas não-motores (demência, psicose, ansiedade, insônia, perturbações e disfunção do humor) podem ser tão perturbadores quanto os outros aspectos da doença [20]. A evolução da doença leva à incapacidade, agravando os problemas com a marcha e com a fadiga [21], aumentando o risco de quedas, até levar à restrição ao leito.

A DP é tratada com levodopa, e a resposta inicial em geral é muito gratificante. Porém, o tratamento a longo prazo pode ter respostas clínicas menos satisfatórias. Entretanto, estudos demonstram que muitos dos declínios no desempenho neurológico podem ser revertidos ou estabilizados com a reabilitação [22,23]. Neste contexto, a fisioterapia domiciliar deve ser recomendada, sabendo-se que, a princípio, para ser mais efetiva, a terapia mais intensa deve ser instituída precocemente [24].

Considerando a alta incidência da DP em pessoas idosas e a indicação da fisioterapia domiciliar como maneira eficaz de atendimento aos não-auto-suficientes, reduzindo também os altos custos com internação hospitalares, o presente estudo tem como objetivo verificando a incidência da DP no grupo de idosos em atendimento de fisioterapia domiciliar, comparando se o percentual de pacientes acometidos pela DP confirma os níveis de incidência dessa doença relatados pela literatura.

Com isso, espera-se contribuir para a produção de conhecimento sobre o envelhecimento no Brasil. Pesquisas epidemiológicas como a do presente estudo poderão, quando associadas a outros microlevantamentos, compor uma fotografia regional que ajude a traçar o perfil do idoso e as prevalências dos seus problemas de saúde nas diferentes regiões do País, subsidiando o planejamento, a execução e a avaliação das ações de proteção e reabilitação dos nossos idosos.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa de epidemiologia, com enfoque no registro de morbidade [25]. O método adotado é descritivo, e não existe grupo controle para se comparar os resultados.

Os dados foram levantados no Arquivo de Prontuários de um Serviço de Fisioterapia localizado na cidade do Rio de Janeiro, cobrindo o período de 1999 a 2002. Não tendo ocorrido a exclusão de qualquer prontuários pertencentes a este período, a amostra deste estudo foi constituída por 620 indivíduos com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, encaminhados pela clínica médica ao atendimento de fisioterapia domiciliar por apresentarem dificuldades de locomoção ou por estarem restritos ao leito.

Resultados

A análise dos prontuários e dos pareceres fisioterapêuticos periódicos e padronizados neles contidos permitiu, entre outras, as seguintes constatações diretamente relacionadas ao objetivo do presente estudo.

Dos 620 pacientes idosos atendidos pela fisioterapia domiciliar no período de 1999 a 2002, vinte sete (27) apresentaram a DP como principal diagnóstico, o que equivale a 4,35% em relação às demais doenças apontadas na Tabela I.

Tabela I - Distribuição do diagnóstico dos 620 pacientes da fisioterapia domiciliar.

Gonartrose	10 (1%)
Doença de Parkinson	27 (4,35%)
Fraturas	94 (12%)
AVC	111 (14%)
AVE	127 (16%)
Artralgias Diversas	50 (6%)
Doenças Respiratórias	90 (11%)
Mal de Alzheimer	20 (2%)
DPOC	31 (4%)
Paralisia	19 (2%)
Outros*	228 (28%)
Total	807

*Obs: O total de diagnósticos (807) foi maior que o número de sujeitos da amostra (620) porque muitas vezes os prontuários registravam mais de um diagnóstico para o mesmo paciente.

Com relação à idade dos 27 pacientes que apresentaram a DP como principal diagnóstico, verificou-se que a faixa que vai dos 80 aos 89 anos apresentou o maior número de pacientes: treze (13), correspondendo a 48% do total (Tabela II). Os prontuários não registraram tratamento de fisioterapia domiciliar em pacientes com menos de 70 anos.

Tabela II - Distribuição da idade dos 27 pacientes da fisioterapia domiciliar.

70-79 anos	05 (19%)
80-89 anos	13 (48%)
90-99 anos	07 (26%)
Indeterminado*	02 (7%)
Total	27

*Dois prontuários não especificavam a idade do paciente.

Discussão

Verifica-se que os resultados aqui apresentados corroboram o que diz a literatura da área: estudos citados por Cambier, Masson, Dehen e Limongi [10,17] apontaram 100 a 150 casos de DP numa população geral de 100.000 habitantes. Usando o referencial de 150 casos, temos o percentual de 0,15 % de índice usando como amostra a população em geral.

Outro estudo, sobre a incidência da DP na Escócia, citou 1924,5 casos de DP por 100.000 em pessoas com mais de 80 anos [14]. Essa relação mostra um percentual de 1,92 % em idosos acima de 80 anos. Comparada com os dados comentados por Cambier, Masson, Dehen e Limongi [10,17], esta pesquisa evidenciou um aumento de casos de DP numa proporção doze vezes maior, levando a sugerir que esse aumento esteja relacionado à especificidade da amostra (idade).

A comparação da pesquisa citada por Cambier, Masson, Dehen e Limongi [10,17] com a presente pesquisa evidenciou um aumento dos achados de DP numa proporção 29 vezes maior. A comparação da pesquisa de Mutch *et al.* [14] com a presente pesquisa evidenciou um aumento dos achados de DP numa proporção 2,26 vezes maior, levando a sugerir que o índice de 4,35% encontrado na presente pesquisa esteja relacionado à especificidade maior da amostra: idade e incapacidade (idosos com dificuldades de locomoção ou restritos ao leito e em tratamento de fisioterapia domiciliar).

Sendo assim, os achados corroboram pesquisas anteriores e demonstram que o total de 27 idosos, embora numericamente represente uma amostra pequena, de fato se revela nesta pesquisa como representativa e significativa diante da especificidade da amostra abordada neste estudo.

Relatos de outros pesquisadores fecham o feito da presente pesquisa quando concluem que a DP acomete aproximadamente 1% dos indivíduos acima dos 65 anos de idade [27,28] e 2,6% da população de 85 anos [22], demonstrando que o envelhecimento é um fator de risco na DP. Os resultados apresentados no Gráfico 2 são também compatíveis com estudos de Langston [12]. Caird [13] e Diederich *et al.* [19], que atestaram maior perda da motricidade em pacientes com mais de 78 anos de idade. A partir dessa faixa etária se encontram os níveis mais severos de fragilidade, acentuando-se as incapacidades ocasionadas pela evolução da DP instalada nas décadas anteriores. São estes os idosos que mais necessitam de fisioterapia domiciliar, seja para manutenção ou reeducação da

marcha e do equilíbrio, seja para obter melhora das funções respiratórias, entre outros objetivos do tratamento.

Conclusão

Pode-se concluir que a DP apresenta alta incidência entre o grupo de idosos investigado, e que a demanda pelo serviço de fisioterapia domiciliar é requisitada principalmente na faixa de idade de 80 a 89 anos, provavelmente devido à fragilidade causada pelo avanço da perda funcional e pela evolução dos agravos da DP.

A reabilitação neurológica no envelhecimento é complexa, necessitando de uma abordagem multidisciplinar com profissionais de saúde com conhecimento geriátrico para que se possa fazer frente à sua heterogeneidade. O atendimento domiciliar de fisioterapia tem na sua essência a aproximação maior com o paciente e com seus valores, facilitando uma melhor e mais ampla abordagem terapêutica em geriatria. No Brasil, a falta de acesso da maioria da população idosa ao atendimento domiciliar é uma realidade que merece ser divulgada para ser corrigida, pois é um dos fatores que impedem a reabilitação mais precoce e, conseqüentemente, mais efetiva, como preconizam vários autores por meio de trabalhos que constituíram a literatura consultada neste trabalho.

Referências

1. Camarano AA. (org.). Os novos idosos brasileiros muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea; 2004. p.1-5.
2. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais 2002. Rio de Janeiro, 2003. [citado 2004 oct 13]. Disponível em URL: <http:// www.Ibge.gov.br.
3. OMS – Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. p.3.
4. Saldanha AL, Caldas PC (orgs). Saúde do idoso: a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p.3-4.
5. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 1994. 224p.
6. Bayer GF, Paula SG. Mortalidade nas capitais brasileiras 1930–1980. Radis/Fiocruz. Dados 1984;7:1–8.
7. Ramos LRA. Explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. Gerontologia 1993;1(1):3-8.
8. Citterio A et al. Doença de Parkinson: Educação para saúde e intervenção racionalizada. Nuova Revista di Neurologia 2003;168-80.
9. Stokes PHD. Neurologia para fisioterapeutas - CASH. São Paulo: Premier; 2000. p.167-78.
10. Cambier J, Masson M, Dehen H. Manual de neurologia. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 327-43.
11. O'Sullivan SB, Schmitz TJ. Fisioterapia. Avaliação e tratamento. São Paulo: Manole; 1993. p. 549-64.
12. Langston JW, Koller WC, Giron LT. Etiology of Parkinson's disease. In: Olanow CW, Lieberman AN, eds. The scientific basis for the treatment of Parkinson's disease. Park Ridge, NJ: Parthenon; 1992. p.33-58.
13. Caird FI. Parkinson's disease and its natural history. In: Caird FI (Ed). Rehabilitation in Parkinson's disease. London: Chapman and Hall; 1991.
14. Mutch WJ et al. Parkinson's disease in a Scottish city. BMJ 1986;292:534-6.
15. Jones D, Godwin-Austen RB. Doença de Parkinson. In: Cash. Neurologia para fisioterapeutas. São Paulo: Premier; 2000. p.167-77.
16. Stern G (Ed). Parkinson's disease. London: Chapman & Hall; 1990.
17. Limongi JCP. Doença de Parkinson. Rev Bras Med 1993;50:1079-84.
18. Fall PA, Saleh A, Fredrickson M, Olsson JE, Granerus AK. Survival time, mortality, and cause of death in elderly patients with Parkinson's disease: a 9-year follow-up. Mov Disord 2003;18(11):1312-6.
19. Diederich-Nico JA, Moore CG, Leurgans SE, Chmura TA, Goetz CG. Parkinson disease with old-age onset. A comparative study with subjects with middle-age onset. Arch Neurol 2003;60:529-33
20. McDonald WM, Richard IH, DeLong MR. Prevalence, etiology, and treatment of depression in Parkinson's disease. Biol Psychiatry 2003;54(3):363-75.
21. Garber CE, Friedman JH. Effects of fatigue on physical activity and function in patients with Parkinson's disease. Neurology 2003;60:1119-24.
22. Odenheimer GL. Geriatric neurology. Neurol Clin 1998;16:561-7.
23. Xavier SR. Análise comparativa da função respiratória na Doença de Parkinson. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco; 2000.
24. Rebelatto JR, Morelli JGS. Fisioterapia geriátrica. São Paulo: Manole; 2004. p.37-247.
25. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 269-414, 513-35.
26. Bergman H, Wichmann T, DeLong MR. Reversal experimental parkinsonism by lesions on the subthalamic nucleus. Science 1990;249:1436-8.
27. Thilman AF, Fellows SJ, Garms E. The mechanism of spastic muscle hypertonus. Variation in reflex gain over the time course of spasticity. Brain 1991;114:233-44.