

Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognóstico médico em pacientes idosos

International classification of functioning, disease and medical prognosis in elderly patients

Érika de Oliveira Hansen¹, Silas Tadeu Oliveira Tavares¹, Simone Abrantes Cândido², Fausto Aloísio Pedrosa Pimenta³, Edgar Nunes de Moraes⁴, Nilton Alves de Rezende⁴

RESUMO

O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônico-degenerativas sinalizam para a necessidade de discutir como proceder a abordagem clínica atual, em que a conduta é definida pelos achados orgânicos em doenças associadas. A avaliação da Medicina moderna deve considerar como modelo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde associada à Classificação Internacional de Doenças proposta pela Organização Mundial de Saúde. A abordagem médica baseada apenas na doença não representa, verdadeiramente, o real estado do paciente. É necessário, portanto, avaliar os aspectos relacionados à prática clínica atual, pautada no “paradigma da cura”, baseada principalmente em aspectos etiológicos e dados estatísticos que não se aplicam às doenças associadas e não respeitam a singularidade dos pacientes. Dados etiológicos, epidemiológicos e capacidade funcional devem compor a abordagem que respeite a individualidade. Deve ser questionado o paradigma tradicional do diagnóstico e da cura como objetivos fundamentais. Desta forma, é importante avaliar os potenciais ganhos funcionais e psicológicos não apenas para o paciente, mas também para seus familiares. Este trabalho procura contribuir para melhor abordagem médica, em que se considera a avaliação dos conceitos de funcionalidade associados aos diagnósticos anatômicos no prognóstico de idosos com doenças associadas.

Palavras-chave: Envelhecimento; Saúde do Idoso; Prognóstico; Classificação Internacional de Doenças; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

ABSTRACT

The population getting old and the increase of degenerative-chronic diseases indicate a need to discuss how to proceed with the current clinical approach, in which the conduct is defined by the findings of organic diseases. The evaluation of modern medicine should be considered as a model to the International Classification of Functioning, Disability and Health associated to International Classification of Diseases proposed by the World Health Organization. The medical approach based only on the disease does not represent truly the real state of the patient. It is necessary to evaluate the aspects related to current clinical practice, based on the “paradigm of healing”, based mainly on etiological and statistical data that are not applied to associated diseases and do not respect the characteristics of the patients. Etiological and epidemiological data and functional capacity must make possible an approach that respects individuality. Traditional paradigm of diagnosis and cure must be questioned as mainly objectives. Thus, it is important to assess the potential functional and psychological gains not only for the patient, but also for their relatives. This paper aims at contributing to better medical approach, which considers the evaluation of the functionality concepts associated with anatomical diagnosis in the prognosis of elderly patients who present associated diseases.

Key words: Aging; Health of the Elderly; Prognosis; International Classification of Diseases; International Classification of Functioning, Disability and Health.

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.
² Terapeuta Ocupacional especialista em Gerontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.
³ Professor Assistente da Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, MG – Brasil.
⁴ Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Recebido em: 20/06/2008
 Aprovado em: 16/03/2010

Instituição:
 Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG – Brasil.

Endereço para correspondência:
 Nilton Alves de Rezende
 Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
 Avenida: Professor Alfredo Balena, 190/4078
 Bairro: Santa Efigênia
 Belo Horizonte, MG – Brasil
 Cep: 30130-100
 Email: narezende@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Prognóstico médico

A base do exame clínico é integrada pela entrevista, pelo exame físico e por exames complementares que norteiam o raciocínio clínico. Associando o exame clínico aos aspectos epidemiológicos, busca-se a causa do problema e estabelece-se um diagnóstico sindrômico ou etiológico que terá implicações para o paciente e para seus familiares, entendidas como conduta e prognóstico (Figura 1).^{1,2}

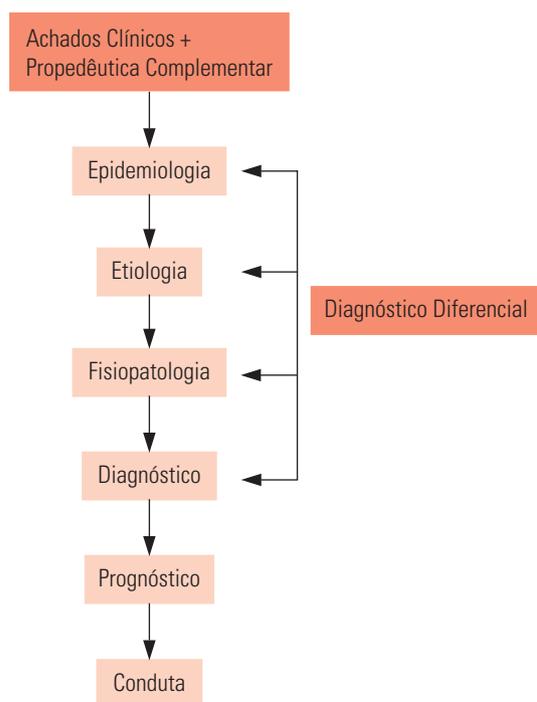


Figura 1 - Etapas para a construção do prognóstico.

O prognóstico é definido como a predição do curso de uma doença após a sua instalação.³ É determinado por estudos epidemiológicos, nos quais grupos de pacientes são acompanhados por determinado tempo. A partir dos resultados observados são estabelecidos fatores prognósticos e calculada a taxa de probabilidade entre os indivíduos susceptíveis e os que experimentam o desfecho.⁴ Essa probabilidade ou “chance” é que deve nortear a conduta médica.⁵

É importante salientar esse conceito, uma vez que questões sobre prognóstico constituem parte do cotidiano médico, principalmente diante da Medicina Baseada em Evidências.⁶ Essas questões são conside-

radas pelo próprio paciente e/ou sua família quando questionam o tempo de vida e buscam quantificar a gravidade da doença, fundamentadas em experiências prévias de pessoas próximas, ou advindas do imaginário, quando associadas a doenças estigmatizantes, como câncer e síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA).⁷

Com o objetivo de avaliar a postura de médicos frente à informação do diagnóstico e prognóstico de doenças aos pacientes e/ou familiares, alguns estudos foram realizados baseando-se principalmente nos conceitos de beneficência, respeito à autonomia e não maleficência. Consta-se, ainda hoje, que os médicos frequentemente informam aos pacientes o prognóstico de sua enfermidade quando existe alguma possibilidade de intervenção terapêutica. Entretanto, na impossibilidade de recursos curativos, as atitudes são conflitantes.⁸⁻¹⁰

Com o envelhecimento populacional, o aumento das doenças crônico-degenerativas e a pressão da indústria na prescrição de novos fármacos e intervenções médicas, é importante refletir sobre o papel da Medicina, especialmente em pacientes idosos, por serem mais susceptíveis a intervenções que, muitas vezes, são questionadas pelos próprios médicos.¹¹⁻¹³

A avaliação médica moderna deve ser fundamentada no modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), evidenciando-se que a postura do médico baseada em doenças não representa adequadamente o estado do paciente em sua singularidade.^{14,15}

Doenças crônico-degenerativas e funcionalidade

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações biopsicossociais que se correlacionam e determinam o estado de saúde do indivíduo, sobretudo sua qualidade de vida.

Trata-se de período no qual o indivíduo encontra-se mais vulnerável a doenças, pelo declínio de funções orgânicas, estreitando-se o limiar entre saúde e doença (Figura 2).

Estudos transversais recentes mostram alta prevalência de doenças crônicas em idosos. A maioria desses pacientes apresenta pelo menos uma doença crônica, entretanto, nem todos sofrem incapacidades. A maioria mantém suas atividades de vida diária preservadas e com manutenção de sua funcionalidade.^{17,18}

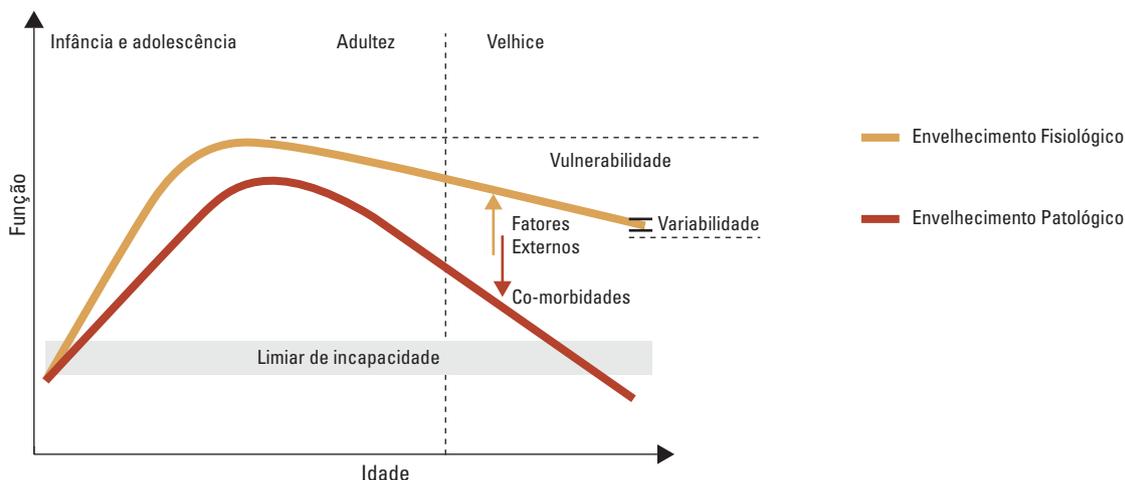


Figura 2 - Limiar de incapacidade de função x idade. Adaptado de Moraes (2008).¹⁶

O termo funcionalidade é definido como capacidade de determinar e executar atividades da vida diária, considerando-se as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações das atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. O termo incapacidade, em contraponto, abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação do convívio social.

Esses termos determinam o estado de saúde de um indivíduo, deslocando-se a percepção negativa dos agravos à saúde para a visão pautada na preservação da autonomia e independência. Eles são os conceitos utilizados atualmente após a criação, pela OMS, da CIF.^{14,15}

A Classificação Internacional de Doenças encontra-se, atualmente, em sua décima edição (CID-10). É a classificação diagnóstica padrão internacional para propósitos epidemiológicos e administrativos da saúde, incluindo análise da situação geral de grupos populacionais e monitoramento da incidência e prevalência de doenças e outros problemas de saúde.¹⁹ No modelo da CID-10, os estados de saúde (doenças, distúrbios e lesões) são classificados de acordo com a sua etiologia.

A OMS elaborou, em 2001, a CIF que compõe a "Família de Classificações Internacionais", com o objetivo de armazenar e recuperar a análise e a interpretação de dados, bem como a representação de modelos consensuais a serem incorporados pelos sistemas de saúde, gestores e usuários.^{20,21}

A funcionalidade e a incapacidade são classificadas na CIF e associadas aos estados de saúde, indicados na CID-10. Em contraponto, a CID-10 proporciona "diagnóstico" de doenças, perturbações ou outras

condições de saúde, que deve ser complementado pelos dados fornecidos pela CIF.²² As informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade fornecem imagem mais ampla e significativa da saúde da pessoa ou da população, que pode ser utilizada para a tomada de decisão.

DESCRIÇÃO DE CASOS

O Centro de Referência do Idoso Professor Caio Benjamin Dias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais atende, entre outros, idosos frágeis ou em situações de risco de fragilidade. Nesse serviço o paciente é avaliado e acompanhado por equipe interdisciplinar. Existe um protocolo específico para a coleta de dados. Após a obtenção das informações e o preenchimento desse protocolo, é estabelecido um plano de conduta individualizado.

Apresentam-se aqui, a título de ilustração, dois casos atendidos nesse serviço para exemplificar as mudanças de paradigma na tomada de decisão no cuidado à saúde do idoso.

Caso 1

Paciente de 81 anos, feminino, independente para as atividades de vida diárias (AVDs), com hipertensão arterial sistêmica, sem lesão de órgão-alvo e sem comprometimento cognitivo ou de comunicação. Apresentou significativa perda de peso e parestesia nos membros inferiores nos dois últimos meses.

Após o exame clínico e a propedêutica complementar, foi diagnosticado câncer de mama. A biópsia mostrou carcinoma papilífero sem comprometimento linfonodal. A paciente e seus familiares foram informados sobre o prognóstico. Foi submetida a tratamento cirúrgico e quimioterápico.

Não foi observada recidiva do tumor nos últimos quatro anos, mantendo sua autonomia e independência nas atividades cotidianas.

Caso 2

Paciente de 85 anos, feminino, portadora de síndrome demencial avançada, provavelmente mista (demência de Alzheimer e vascular), com aproximadamente nove anos de evolução. Dependente total para AVDs, necessitando de ajuda para deambulação. Apresentou convulsão tônico-clônica generalizada, sendo admitida em hospital geral com redução do nível de consciência no período pós-ictal. Iniciou-se anticonvulsivante e foi realizada propedêutica complementar, que incluiu punção lombar e tomografia computadorizada de encéfalo. As alterações encontradas foram inespecíficas. A ressonância nuclear magnética (RNM) do encéfalo mostrou espessamento meníngeo compatível com infiltração neoplásica por linfoma ou carcinoma.

Foi iniciada corticoterapia após estabelecimento de hipótese diagnóstica de lesão metastática cerebral e hipertensão intracraniana. Os diversos exames complementares não foram conclusivos no diagnóstico etiológico. Evoluiu com agravamento do estado geral, necessidade de dieta enteral e desenvolvimento de lesões compatíveis com herpes zoster. Foi indicada biópsia cerebral para confirmação diagnóstica da etiologia da doença. O procedimento era de alto risco e foi questionado pela família. Após discussão com a equipe médica, optou-se por encaminhá-la para o Programa de Atenção Domiciliar para cuidados paliativos. Nos quatro anos seguintes foi retirada a corticoterapia e mantida a anticonvulsivoterapia. Não houve novas intervenções hospitalares. No momento, recebe alimentos por via oral e continua totalmente dependente para AVDs. A família está satisfeita com a abordagem.

DISCUSSÃO

Observa-se que em ambos os casos estão envolvidas doenças graves acometendo idosos de idades

semelhantes. A conduta médica, entretanto, foi diferente em cada um deles, mesmo considerando o prognóstico sombrio de ambos.

Ao se determinar o programa terapêutico a ser seguido, é fundamental que os fatores prognósticos sejam conhecidos. Sabe-se que a história natural do câncer de mama indica que a evolução da doença e a sobrevida variam individualmente. Esta é determinada por vários fatores, como a diferença na velocidade de duplicação tumoral, o potencial de disseminação metastática, o tipo histológico, a história familiar, a presença de receptores HER positivo, a idade do paciente, entre outros.³

Vários estudos, com o intuito de estabelecer critérios que possam precisar, de forma mais objetiva, o prognóstico clínico, especialmente das doenças neoplásicas, foram realizados.²³ Para exemplificar, nos últimos 15 anos foram descritos mais de 100 novos fatores prognósticos de diversos tipos de neoplasias em diversas faixas etárias.⁴

O primeiro caso descrito trata-se de idosa independente, que evoluiu com sintomatologia sugestiva de neoplasia. De acordo com a OMS, a paciente receberia a classificação C50 (neoplasias malignas da mama) segundo a CID-10 e, de acordo com a CIF, b265 (funções corporais preservadas). Neste caso, apesar da gravidade da doença, não havia perda funcional.

Considerando os fatores discutidos anteriormente, a paciente apresentava indicação para tratamento cirúrgico do tumor, com bom prognóstico. A conduta foi adequada e o exame anatomopatológico evidenciou carcinoma papilífero sem metástases regionais. A abordagem deste caso está ilustrada na Figura 3.

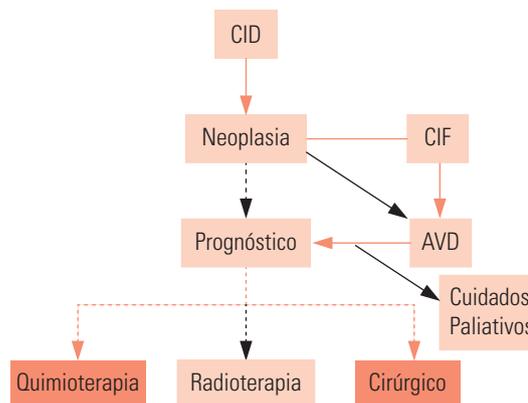


Figura 3 - Abordagem do caso 1, com a conduta detalhada em vermelho.

O segundo caso retrata idosa frágil, com dependência funcional total e sem autonomia. Apresentava classificação G30 de acordo com a CID-10 e b1, d4 e d5, de acordo com a CIF. Evoluiu com manifestações sugestivas de carcinose meníngea, provavelmente metastático. A justificativa que norteou a extensa propedêutica realizada foi a busca por aumento da quantidade de vida em detrimento da qualidade de vida, que nos conceitos atuais da bioética poderia ser considerada distanásia.²⁴

Deve ser salientado que a abordagem da segunda paciente poderia ser considerada baseada nas melhores evidências. Poderia requerer investigação acurada acompanhada de propedêutica complementar. A RNM sugeriu provável acometimento metastático nas meninges. Por outro lado, poderia ser questionada a dificuldade imposta pelos achados de imagem na tomada de decisão. As características clínicas descritas implicam importantes discussões sobre o benefício de quaisquer intervenções, não somente para o próprio paciente, mas também para seus familiares.

Considerando o provável diagnóstico, o passo seguinte seria procurar o foco primário, com a justificativa de se tratar a doença de base e garantir maior sobrevida à paciente. Sabe-se que a neoplasia mais frequentemente associada à carcinose meníngea é o câncer de mama, seguido pelo câncer de pulmão e melanoma. É de conhecimento que a sobrevida mediana dos pacientes com diagnóstico de carcinose meníngea sem tratamento é de seis semanas, com progressão da doença e deterioração clínica. Desta forma, após o diagnóstico de meningite neoplásica, grande parte dos pacientes não se beneficiará de tratamento direcionado para a intervenção na doença primária. Considerar-se-ão também os principais fatores prognósticos, tais como doença sistêmica controlada e ausência de déficits neurológicos fixos. Neste caso, a paciente possuía prognóstico difícil de ser presumido. Além de manifestações sugestivas de câncer metastático, apresentava também doença de Alzheimer em fase avançada. Ainda assim, o que justificaria a procura do foco primário? Não poderia ser considerada obstinação terapêutica, termo bastante utilizado e condenado pela bioética, mas contemplado no Código de Ética Médica em fazer tudo o que for possível para conservar a vida? O Código de 2009, no capítulo primeiro, parágrafo sexto, diz: “o médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou

para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade”. Fica também expressa no capítulo V artigo 32 que é vedado ao médico “deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente”.²⁵ Considerando que se tratava de idosa frágil, com comprometimento cognitivo grave e com dependência funcional, a propedêutica realizada não alteraria a sua abordagem. Essa paciente apresentava indicação de cuidados paliativos, uma vez que a terapia específica (quimioterapia, radioterapia, cirurgia) não traria benefícios reais para a melhoria de sua qualidade de vida (Figura 4).

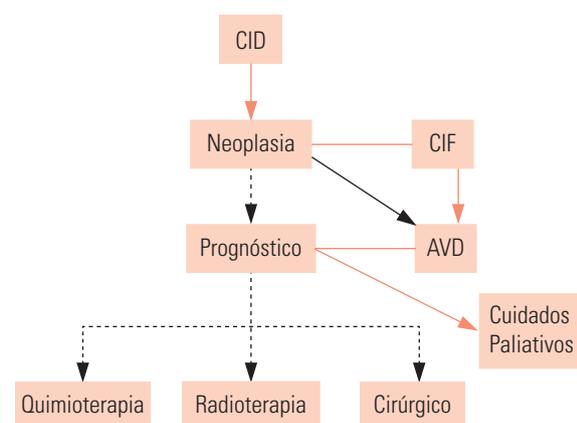


Figura 4 - Abordagem do caso 2, com a conduta detalhada em vermelho.

CONCLUSÕES

Com o progresso dos métodos diagnósticos e terapêuticos aliado ao desenvolvimento de índices prognósticos, à pressão exercida pela indústria de medicamentos e equipamentos, além da aplicação generalizada dos chamados “*guidelines*”, torna-se cada vez mais comum a investigação exaustiva de doenças sem benefício para o paciente. Como consequência, o cuidado real do paciente e de seus familiares torna-se desvirtuado na atual prática do exercício da Medicina.²⁶ Há crescente prática da obstinação terapêutica, situação em que o médico, visando a salvar a vida de pacientes com doenças avançadas, submete-o e a seus familiares a grande sofrimento.²⁴

Esse aspecto, pautado no “paradigma da cura” e baseado na etiologia e nos fatores prognósticos das doenças, deve ser revisto. Dados etiológicos, epidemiológicos e capacidade funcional do indivíduo devem ser considerados na avaliação da equipe de

atenção à saúde. O cuidado entendido como atenção integral deve ser visto como parte fundamental na abordagem terapêutica do paciente.²³

A implantação crescente de práticas de cuidados paliativos implica redução de intervenções dolorosas, desconfortos e internações desnecessárias, com participação efetiva dos familiares nas decisões terapêuticas.^{27,28} Novas abordagens de atendimento ao paciente e familiares tornam-se importantes, em substituição à futilidade terapêutica, quando o tratamento médico não consegue atingir os objetivos de preservar a saúde ou aliviar o sofrimento, pois reza o Código de Ética de 2009, parágrafo 22, que “nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.²⁵

REFERÊNCIAS

- Nobre MRC, Bernardo WM, Jatene FB. A prática clínica baseada em evidências: parte III - Avaliação crítica das informações de pesquisas clínicas. *Rev Assoc Med Bras.* 2004; 50(2):221-8.
- Medeiros MMC, Ferraz MB. Pergunta principal do estudo, conceitos básicos em Epidemiologia Clínica e tipos de desenhos de estudo. *Rev Bras Reumatol.* 1998; 38(2): 109-14.
- Clarck GM. Prognostic and predictive factors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Hellman S, editors. *Disease of breast.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 461-70.
- Hayes DF. Prognostic and predictive factors revisited. *Breast.* 2005; 14(6):493-9.
- Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Dhingra K, Hortobagyi GN. Critical evaluation of prognostic factors. *Semin Oncol.* 1996; 23(4): 436-45.
- Fitzgibbons PL, Page DL, Weaver D, Thor AD, Allred DC, Clark GM, *et al.* Prognostic factors in breast cancer. *Arch Pathol Lab Med.* 2000; 124(7): 966-78.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994.
- Oliveira JR. Bioética e atenção ao paciente sem perspectiva terapêutica convencional: estudo sobre o morrer com dignidade [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- Trindade ES, Azambuja LEO, Andrade JP, Garrafa V. O médico frente ao diagnóstico e prognóstico do câncer avançado. *Rev Assoc Med Bras.* 2007; 53(1):68-74.
- Steinman M. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med.* 2001; 110(7):551-7.
- Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. *BMJ.* 2003; 326:1189-92.
- Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000; 283:373-80.
- Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2):187-93.
- Buchalla MC. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Acta Fisiátr.* 2003; 10(1):29-31.
- Moraes EN. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
- Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Peracini M, *et al.* Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública.* 1998; 32(5):397-407.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3):793-8.
- Organização Mundial de Saúde. CID-10, tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 9^a ed. São Paulo: EDUSP; 2003.
- World Health Organization. The WHO Family of International Classifications. [site]. [Citado em 2008 abr. 27]. Disponível em: www.who.int/classifications/en.
- World Health Organization. International Classification of functioning, disability and health: ICF. Genebra: WHO; 2001.
- Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla.
- Mendonça GAS, Silva AM, Caula WM. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(5):1232-9.
- Pessini L. Distanásia: até quando investir sem agredir? *Rev Bioética* 1996; 4(1):31-43.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1931/09. Código de Ética Médica. Brasília: CFM; 2009. [Citado em 2008 maio 15]. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp#>
- Carvalho Filho ET, Saporetto L, Souza MAR, Arantes ACLQ, Vaz MYKC, Hojajji NHSL, *et al.* Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev Saúde Pública.* 1998; 32(1):36-42.
- Bailey FA, Burgio KL, Woodby LL, Williams BR, Redden DT, Kovach SH, *et al.* Improving Processes of Hospital Care During the last Hours of Life. *Arch Intern Med.* 2005; 165:1722-7.
- Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, *et al.* Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2008; 148(2):147-59.