

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

**LUCIANA ERICA MARTINS DOS SANTOS
THAISE FERNANDA AGUIAR FLORES**

**AUTO PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES
DE VIDA DIÁRIA DE INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÕES
NEUROLÓGICAS**

**Bauru
2008**

UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO

LUCIANA ERICA MARTINS DOS SANTOS

THAISE FERNANDA AGUIAR FLORES

**AUTO PERCEPÇÃO DO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES
DE VIDA DIÁRIA DE INDIVÍDUOS COM DISFUNÇÕES
NEUROLÓGICAS**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências
da Saúde como requisito parcial
para a obtenção do título de
Fisioterapeuta, sob orientação da
Professora Mestre Carolina
Menezes Fiorelli.**

**Bauru
2008**

S2373a

Santos, Luciana Erica Martins dos

Auto percepção do desempenho das atividades de vida diária de indivíduos com disfunções neurológicas / Luciana Erica Martins dos Santos, Thaise Fernanda Aguiar Flores – 2008.
34f.

Orientadora: Profa. Ms. Carolina Menezes Fiorelli.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Fisioterapia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru -
SP.

1. Parkinson 2. Hemiplegia 3. Atividades de vida diária
I. Fiorelli, Carolina Menezes II. Título

Dedico este trabalho aos meus pais, que me ensinaram o verdadeiro valor e sentido da vida, pelo apoio, compreensão e incentivo para a concretização dos meus objetivos. À minha avó por sempre estar ao meu lado, pela paciência, carinho e amor. Às minhas amigas pelo apoio incondicional, companheirismo e amizade.

Luciana Erica Martins dos Santos

Aos meus pais, Reginaldo e Elisete que me trouxeram com todo o amor e carinho a este mundo, dedicaram, cuidaram e doaram incondicionalmente seu sangue e suor em forma de amor e trabalho por mim, e ainda me ensinaram os conhecimentos da integridade e perseverança.

Ao meu irmão, Bruno, por estar sempre ao meu lado, me ajudando e apoiando em todos os momentos.

Aos amigos (as), familiares, professores (as) e todos aqueles que cruzaram minha vida, participando de alguma forma na construção e realização deste tão desejado sonho.

À todos vocês, o meu muito obrigada.

Thaise Fernanda Aguiar Flores

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradecemos à orientação, amizade e carinho da Prof^a. Ms. Carolina Menezes Fiorelli, que nos apoiou, incentivou e acreditou no nosso trabalho, nos ensinando a buscar sempre mais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, pela vida. A nossos pais, pelo amor e esforço, pois sem eles não teríamos a oportunidade de nos formarmos fisioterapeutas.

Um agradecimento ao Prof. Dr. Jorge Antônio de Almeida, pelas idéias e incentivos, e também colaboração e carinho.

Agradecemos à Thiago Gonçalves Scocuglia, pela colaboração e auxílio desde o início para a realização deste trabalho.

Agradecemos todo o corpo docente do curso de Fisioterapia, pela dedicação, conhecimento e paciência.

Agradecemos à Gislaine Alde Fantini coordenadora da Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI), por possibilitar a realização deste.

Agradecemos aos participantes da Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI), por contribuírem para a realização desta pesquisa.

E um agradecimento especial para os pacientes do grupo de Parkinson, e pacientes Hemiplégicos, que colaboraram incondicionalmente, pois sem eles não haveria como seguir em frente.

“Quando a velhice chegar, aceita-a, ama-a. Ela é abundante em prazeres se souberes amá-la. Os anos que vão gradualmente declinando estão entre os mais doces da vida de um homem, mesmo quando tenhas alcançado o limite extremo dos anos, estes ainda reservam prazeres.”

Sêneca

RESUMO

O envelhecimento é um processo progressivo de mudanças em nível funcional, sensorial e motor, que contribui para instalação de diversas patologias incapacitantes nos idosos, como a Doença de Parkinson (DP) e o Acidente Vascular Encefálico, tendo a hemiplegia como sua principal seqüela. A dificuldade na realização das atividades de vida diária (AVD) é uma realidade naqueles que estão envelhecendo, especialmente se já houver uma deficiência adquirida associada, daí a importância da fisioterapia nestes indivíduos. Este trabalho teve por objetivo comparar a auto-percepção do desempenho na realização de Atividades de Vida Diária (AVD) em indivíduos portadores de seqüelas neurológicas decorrentes da DP e do AVE que realizam fisioterapia há pelo menos um mês com idosos saudáveis da Universidade Aberta à Terceira Idade. Trata-se de um estudo descritivo em que 30 indivíduos de ambos os sexos, sendo dez portadores da DP, dez hemiplégicos e dez idosos saudáveis, todos com idade acima de 50 anos responderam a um auto-questionário com 40 questões sobre desempenho em AVD. Foram excluídos aqueles com algum processo demencial. A idade média dos parkinsonianos foi de 68 anos (sete homens e três mulheres), dos hemiplégicos 57,5 anos (cinco homens e cinco mulheres) e dos idosos 70,1 anos (um homem e nove mulheres). Observou-se que dos indivíduos com hemiplegia: três tiveram percepção “muito boa” de seu desempenho na realização das AVD's, um teve percepção “boa”, quatro “média” e dois “ruim”. Dos indivíduos parkinsonianos quatro tiveram auto-percepção “muito boa”, quatro “boa”, dois “média”. Já dos idosos sem deficiência física, nove tiveram uma percepção “muito boa” e um “boa”. Pôde-se concluir que os portadores de seqüelas neurológicas tiveram auto-percepção pior quando comparados aos idosos sem deficiência. Já quando confrontadas as respostas dos indivíduos com seqüelas neurológicas notou-se que os parkinsonianos tiveram melhor auto-percepção de seu desempenho quando comparados aos hemiplégicos.

Descritores: Parkinson, Hemiplegia, Atividade de Vida Diária.

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso gradual de cambios en el nivel funcional, sensorial y motor, lo que contribuye en la instalación de muchas enfermedades discapacitantes en las personas de edad avanzada, como la enfermedad de Parkinson (DP) y los accidentes vasculares encefálicos (AVE), con hemiplejía como su principal secuela. La dificultad en la realización de actividades de la vida diaria (AVD) es una realidad a los que llegan a una edad avanzada, especialmente si han adquirido una discapacidad asociada, de ahí la importancia de la fisioterapia en estas personas. El objetivo del estudio fue comparar la autopercepción de rendimiento en la realización de actividades de la vida diaria (AVD) en personas con daño neurológico resultante de la DP y el AVE que llevan a cabo en la fisioterapia, por lo menos un mes con ancianos saludables de la Universidad Abierta a la Tercera Edad. Es un estudio descriptivo en el que 30 personas de ambos sexos, siendo diez portadores de la DP, diez portadores de hemiplejía y ancianos saludables, todos con edad superior a los 50 años, respondieron a un autocuestionario con 40 preguntas sobre el desempeño en AVD. Se excluyeron aquellos con un proceso de demencia. La edad media de Parkinson fue de 68 años (siete hombres y tres mujeres), de los hemipléjicos de 57,5 años (cinco hombres y cinco mujeres) y las personas de edad 70,1 años (un hombre y nueve mujeres). Se observó que de los sujetos con hemiplejía: tres personas tuvieron percepción "muy buena" para su desempeño en la realización de la AVD, una tuvo percepción "buena", cuatro "media" y dos "malos". De los Parkinsonianos, cuatro personas tuvieron autopercepción "muy buena", cuatro "buena", y dos "medio". Ya las personas de edad avanzada sin discapacidades físicas, nueve tuvieron una percepción "muy buena" y una "buena". Se observó que los pacientes con secuelas neurológicas tuvieron autopercepción peor en comparación a las personas de edad sin discapacidad. Cuando se enfrentan las respuestas de las personas con déficit neurológico señaló que los parkinsonianos tuvieron mejor autopercepción de su rendimiento en comparación con los hemiplejicos.

Palabras clave: Parkinson, Hemiplegia, Actividad de la Vida Diária

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	20
Tabela 2	21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	09
2.1	O envelhecimento	09
2.2	Alterações no sistema locomotor no processo do envelhecimento	09
2.3	Alterações no sistema nervoso no processo de envelhecimento	12
2.4	Auto-percepção do desempenho nas atividades de vida diária (AVDs).....	14
3	JUSTIFICATIVA.....	16
4	OBJETIVO.....	17
5	METODOLOGIA	18
5.1	Sujeitos	18
5.2	Materiais e instrumentos	18
5.3	Procedimentos	18
6	RESULTADOS.....	20
7	DISCUSSÃO.....	22
8	CONCLUSÃO.....	26
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
	Anexo 1	29
	Anexo 2	35
	Anexo 3.....	36

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida, é inevitável que a sociedade se volte para o tema longevidade, analisando suas repercussões econômicas, políticas e sociais.

É cediço que uma pessoa idosa, durante sua trajetória de vida sofre influências de modelos culturais e sociais, que irão certamente determinar sua qualidade de vida e seu bem-estar nesta fase de envelhecimento.

Não se pode olvidar que o processo de envelhecimento fisiológico vem acompanhado de várias mudanças em níveis funcionais, sensoriais e motor; mudanças estas que interferem diretamente nos sistemas de controle postural e de equilíbrio, gerando um aumento de incapacidades físicas e psíquicas para os idosos, piorando sua satisfação com a própria saúde.

Entender o processo do envelhecimento e suas dificuldades é de suma importância para os profissionais da saúde, pois com este conhecimento podem diagnosticar precocemente condições neuropatológicas como a doença de Parkinson e o Acidente Vascular Encefálico, orientando um tratamento adequado.

O fisioterapeuta, como membro ativo e essencial na equipe de saúde que trabalha com estas populações, deve esforçar-se por compreender suas dificuldades e expectativas frente ao seu processo de envelhecimento, especialmente se estiver acompanhado por uma deficiência adquirida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O envelhecimento

Segundo Papaléo Netto (2002), o envelhecimento pode ser definido como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

De acordo com Pickles *et al.* (2000) o envelhecimento biológico normal leva à diminuição das reservas funcionais do organismo, efeito este que pode ser observado em todos os aparelhos e sistemas: muscular, ósseo, circulatório, pulmonar, endócrino e imunológico. Todavia, a velocidade e a extensão desse declínio variam muito entre os diversos tecidos e funções como variam também de um indivíduo para outro.

Papaléo Netto (2002) também afirma que senescência são as alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento, e senilidade as modificações determinadas pelas afecções que freqüentemente acometem os indivíduos idosos.

Este processo de envelhecimento exige adaptação contínua e compensação das mudanças que nos são impostas pelo mundo à nossa volta e as alterações fisiológicas internas que ocorrem com o passar do tempo, relativas ao condicionamento físico, estado emocional, fadiga e o ciclo repouso-atividade (UMPHRED, 2004).

2.2 Alterações no sistema locomotor no processo do envelhecimento

A redução das capacidades de reserva do aparelho locomotor durante o envelhecimento é devida à perda de células capazes de funcionar normalmente,

com o passar do tempo; de modo que tanto o sistema nervoso como a musculatura por ele controlada, o tecido conjuntivo e os ossos que servem de alavancas para os movimentos, são tecidos formados por células especializadas. No decorrer do tempo as células ou degeneram completamente ou mudam de estrutura. Então, a diminuição da função sensorial, do controle motor, da força e inclusive do metabolismo resulta da redução progressiva do número e da capacidade funcional das células excitáveis (PICKLES *et al.*, 2000).

Carvalho e Papaléo Netto (1994) afirmam que ocorre também a diminuição da espessura do componente compacto pela reabsorção interna óssea, e na parte esponjosa há perda de lâminas ósseas, formando-se cavidades maiores entre as trabéculas ósseas.

Essa perda do tecido ósseo ocorre de maneira diferente no homem e na mulher. Na mulher não há perda óssea significativa antes da menopausa, porém após este, o processo é mais intenso do que nos homens, observando a densidade óssea tanto no tecido compacto como no esponjoso (CARVALHO E PAPALÉO NETTO, 1994).

O peso do músculo também diminui, demonstrando perda de massa, fibras em degeneração e hipertrofiadas. As fibras musculares que desaparecem são substituídas por tecido conjuntivo, ocorrendo então um aumento do colágeno intersticial no músculo do idoso. As placas motoras apresentam aumento do número de pregas e a fenda sináptica fica mais ampla, diminuindo a área de contato entre o axônio e a membrana da célula (CARVALHO E PAPALÉO NETO, 1994).

Segundo Cook e Woollacott (2003) a força, ou a quantidade de força que um músculo produz, diminui com a idade, sendo que na extremidade inferior pode ser reduzida em até 40% entre os 30 e os 80 anos. A resistência, que é a capacidade do músculo de contrair-se continuamente em níveis submáximos, também diminui com a idade, entretanto a resistência é melhor preservada do que a força. À medida que o músculo envelhece, o seu tamanho é reduzido; essa diminuição no volume muscular é maior nas extremidades inferiores do que nas superiores. Conforme as células do músculo morrem, elas são substituídas por tecido conjuntivo e gorduras.

O que ocorre freqüentemente em muitos idosos, é a diminuição da amplitude do movimento bem como a perda da flexibilidade espinhal, que podem levar à característica de postura flexionada ou inclinada. Isso pode ser associado a outras mudanças no alinhamento postural, incluindo o desvio da compensação do deslocamento vertical do centro de massa corpórea para trás, na direção dos calcanhares (COOK E WOOLLACOTT, 2003).

Conforme Papaléo Netto (2002) as alterações próprias da idade no controle da postura e do andar provavelmente desempenham um papel maior em muitas quedas em idosos, sendo um dos eventos mais freqüentes nesta população.

A alta incidência e prevalência de quedas em idosos decorrem de alterações intrínsecas e extrínsecas. Dentre os fatores intrínsecos, destacam-se as alterações sensório-motoras inerentes ao processo de envelhecimento (alterações visuais, parestesias, paresias, diminuição de flexibilidade e de mobilidade e declínio cognitivo); os fatores extrínsecos, fortemente associados às dificuldades propiciadas pelo ambiente (buracos, escadas e terrenos irregulares), constituem também grande risco de quedas (CHRISTOFOLETTI, 2006).

As quedas trazem como conseqüências não apenas leves escoriações ou pequenas fraturas, como costumam ocorrer entre populações de outras faixas etárias. Estas se tornam mais graves quando associadas a fraturas com necessidades de intervenção cirúrgica, traumatismos crânioencefálicos, gerando um tempo prolongado de hospitalização, alto custo de tratamento, perda da autonomia e da independência funcional, aumento do número de institucionalizações e, muitas vezes, óbito (KATO E RADAMOVIC, 2007).

Além disso, as quedas freqüentemente contribuem para o declínio funcional em decorrência das lesões ósseas e musculares, dores persistentes resultantes, da limitação da atividade física diária, do receio que o indivíduo tem de sofrer novas quedas e da perda da mobilidade e independência para a realização das tarefas habituais e básicas da vida diária (FREITAS *et al*, 2002; BORITO e PAPALÉO NETO, 2001).

2.3 Alterações no sistema nervoso no processo de envelhecimento

O peso do cérebro diminui com a idade, o mesmo ocorrendo com o seu volume. As contagens de neurônios em várias idades mostram uma perda contínua, especialmente no córtex dos giros pré-centrais, que é a área motora voluntária, giros temporais e córtex do cerebelo (CARVALHO E PAPALÉO NETO, 1994).

Para Freitas *et al.* (2002) há mudanças também nos sistemas de neurotransmissores, particularmente os dopaminérgicos. Uma atrofia na camada subcortical e na substância branca pode ser observada, além de espessamento meníngeo, alargamento e aumento do volume médio dos ventrículos.

O processo de envelhecimento deve ser analisado de diferentes ângulos, pois o indivíduo pode ter algum tipo de doença degenerativa, desde pequenos déficits – que não interferem nas suas atividades de vida diária (AVDs) até variados graus de sintomas, como esquecimento ou desorientação, que irão interferir nas suas AVDs e podem revelar um possível declínio mental que deverá ser avaliado para detectar formas reversíveis e irreversíveis de demência (FREITAS *et al.*, 2002)

Góes e Beresford *apud* Ramos (2006) afirmam que ao pesquisar a questão da terceira idade no Brasil, a maioria dos idosos (85%) apresenta pelo menos uma doença crônica, e uma significativa minoria (10%) possui, no mínimo, cinco 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.

Papaléo Netto (2002) define demência como um quadro de diminuição cognitiva, isto é, perda de memória, perda da capacidade de abstração e juízo, geralmente com alteração da personalidade. Sua incidência aumenta com o envelhecimento, sendo menos de 1% antes dos 65 anos de idade e mais de 20% após os 80 anos de idade.

Casos de demência são comumente observados em pacientes com Doença de Parkinson (DP) avançada, principalmente em idosos, embora tal fato não seja

inteiramente compreendido, e ainda: uma proporção considerável de casos, podendo chegar a 40%, apresenta depressão em graus variados, que se manifesta por uma queda na motivação para exercícios físicos e atividades associativas e na iniciativa para inovações. Além disso, podem apresentar sintomas como melancolia, perda de apetite, fadiga, distúrbios do sono, perda da auto-estima e ansiedade (GONÇALVES *et al.*, 2007).

A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais comum em idosos, com prevalência estimada de 3,3% no Brasil, de acordo com o estudo de Barbosa *et al.* (2006, *apud* MELO *et al.*, 2007).

Lana *et al.* (2007) afirma que a DP é uma doença crônica e degenerativa do sistema nervoso central que resulta da morte de neurônios motores da substância negra, acarretando diminuição da dopamina na via negroestriatal, sendo uma doença de progressão lenta que afeta principalmente pessoas acima de 50 anos.

A DP é caracterizada por distúrbios motores e disfunções posturais. Os principais distúrbios motores são a bradicinesia (lentidão do movimento), hipocinesia (redução na amplitude do movimento), acinesia (dificuldade em iniciar movimentos), tremor e rigidez, além de déficits de equilíbrio e na marcha (LANA *et al.*, 2007).

Acidente Vascular Encefálico (AVE) também é a principal causa de incapacidade físico-cognitiva, e a doença que mais acomete a Parte Central do Sistema Nervoso (PCSN) (MARINO JUNIOR *et al.*, 2005).

De acordo com O'Sullivan (2004) o acidente vascular encefálico (AVE) é o surgimento agudo de uma disfunção neurológica devido a uma anormalidade na circulação cerebral, tendo como resultado sinais e sintomas que correspondem ao comprometimento de áreas focais do cérebro. Clinicamente, há uma série de déficits possíveis, como alterações no nível de consciência e comprometimentos nas funções sensoriais, motricidade, cognição, percepção, linguagem e psicológico.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o AVE é um sinal clínico com rápido desenvolvimento da perturbação focal na função cerebral, de origem vascular

com mais de 24 horas de duração. Embolias trombóticas e hemorrágicas são causas comuns, em lesões celulares e deficiências nas funções neurológicas, por diminuição do fluxo sanguíneo no encéfalo, levando à paralisia dos músculos de um lado do corpo e com maior incidência nos indivíduos entre 75 e 85 anos de idade (MARINO JUNIOR *et al.*, 2005).

Hemiplegia é a principal consequência do AVE, por ser incapacitante, uma vez que leva a perda da seletividade de movimentos por predomínio da musculatura antagonista, que prejudica a realização de atividades diárias, retorno ao trabalho e ao convívio social, que levam a sofrimentos e impactos negativos na recuperação global do paciente (MARINO JUNIOR *et al.*, 2005).

Após um episódio de AVE haverá, geralmente, uma grande deterioração da qualidade de vida desses pacientes, tornando-os incapacitados, principalmente para andar, ver, sentir. Um controle clínico adequado e medidas de reabilitação serão de suma importância para que esses pacientes tornem-se menos dependentes e capazes de exercer suas AVDs (PAPALÉO NETTO, 2002).

Convém ressaltar então que a DP e o AVE não compromete apenas o sistema motor do paciente, apesar de saber-se que os principais sinais e sintomas são motores e que os mesmos, somados ao sedentarismo e ao isolamento social, interferem significativamente na percepção da qualidade de vida dos pacientes mas, entre outras manifestações, provocam alterações cognitivas que podem estar presentes logo no início da doença (LANA *et al.*, 2007; O' SULLIVAN, 2004).

2.4 Auto-percepção do desempenho nas atividades de vida diária (AVDs)

Rouquayrol (2003) afirma que a percepção da própria saúde é um indicador consistente e robusto do estado de saúde dos idosos porque tem sido observado que ela está forte e independentemente associada ao uso de serviços de saúde e à mortalidade e que a redução da capacidade funcional e o surgimento da dependência são preocupações nas idades mais velhas.

Segundo Rouquayrol (2003) o envelhecimento também está associado a mudanças biológicas que aumentam o risco de morbidade, incapacidade e morte, sendo a capacidade funcional um dos principais componentes de saúde do idoso que tem sido importante para a formulação de novos conceitos de saúde, como “expectativa de vida”, sendo geralmente mensurada utilizando-se escalas como “Atividades da Vida Diária” (AVDs) e “Atividades Instrumentais da Vida Diária” (AIVD).

O bem estar refere-se a uma auto-percepção da realidade de vida, sendo dependente da postura filosófico-existencial do indivíduo, da sua auto-estima e da sua capacidade íntima de adaptação às situações vivenciadas. (PAPALÉO NETO, 2002).

Freitas *et al.* (2002) relatam que a fisioterapia é uma das profissões da área da saúde imprescindíveis para a atenção ampla ao idoso no sistema de saúde. Tem como metas preservar a função motora, promovendo o adiamento da instalação de incapacidades decorrentes do processo de envelhecimento; tratar as alterações e os sintomas provenientes de doenças e problemas associados; e reabilitar funcionalmente o idoso dentro das suas potencialidades e especificidades.

3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho torna-se importante devido ao acentuado aumento no número de idosos e a crescente incidência de patologias incapacitantes nesta população, que interferem no nível funcional destes indivíduos e terminam por influenciar negativamente sua auto-percepção, que está diretamente relacionada a capacidade de realização de AVDs. Logo, foram escolhidas para a realização deste trabalho a Doença de Parkinson e o Acidente Vascular Encefálico, que apesar de apresentarem seqüelas motoras distintas, representam satisfatoriamente as incapacidades geradas por patologias neurológicas.

4 OBJETIVO

Comparar a auto-percepção do desempenho na realização de Atividades de Vida Diária (AVDs) em indivíduos portadores de seqüelas neurológicas decorrentes da Doença de Parkinson e do Acidente Vascular Encefálico que realizam fisioterapia há pelo menos um mês, com idosos saudáveis da Universidade Aberta à Terceira Idade.

5 METODOLOGIA

5.1 Sujeitos

Foram participantes deste trabalho 30 indivíduos idosos, a partir de 50 anos de idade, de ambos os sexos, sendo que 20 deles são portadores de seqüelas neurológicas (dez hemiplégicos e dez portadores de doença de Parkinson) e freqüentam há pelo menos um mês a Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Sagrado Coração, os outros dez indivíduos analisados não possuem qualquer deficiência física e são freqüentadores da Universidade Aberta à Terceira Idade.

Fora os critérios acima exarados, para que fossem incluídos no trabalho os idosos deveriam ser colaborativos, sendo excluídos os indivíduos com algum tipo de demência, haja vista a impossibilidade de aplicação do questionário.

5.2 Materiais e Instrumentos

Como instrumento de avaliação foi utilizada a Escala de Auto-percepção do Desempenho em Atividades da Vida Diária proposta por ANDREOTTI e OKUMA (1999). Esta escala (Anexo 1) é composta de 40 itens, que descrevem várias atividades de vida diária com o objetivo de avaliar a percepção da capacidade funcional de idosos.

Foram coletados, ainda, dados referentes à idade, ao gênero, ao tempo de diagnóstico da doença de Parkinson e da ocorrência do AVE e dados quanto ao tempo que os sujeitos fazem fisioterapia.

5.3 Procedimentos

Este trabalho foi devidamente enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo número 136/08 (Anexo 3).

Após aprovado o projeto, foram selecionados os prontuários dos pacientes de acordo com os critérios de inclusão e exclusão retro definidos. Todos os pacientes

foram previamente esclarecidos sobre o objetivo do estudo, assinando um Termo de Consentimento livre e esclarecido (Anexo 2).

Durante a aplicação do questionário, o paciente se manteve em um local bem iluminado e silencioso, propício à concentração, sendo que, para avaliar o grau de dificuldade de realização de cada atividade, foram utilizados os seguintes parâmetros:

- (A) Não consigo realizar esta atividade;
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa;
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade;
- (D) Realizo esta atividade sozinho com um pouco de dificuldade;
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade.

A capacidade funcional dos idosos foi aferida através da somatória dos pontos atingidos nos itens 1 a 40, sendo que o item (A) correspondia a zero pontos, o item (B) a um, o item (C) a dois, o item (D) a três e o item (E) correspondia a quatro pontos. Aqueles que pontuaram entre zero e 31 apresentaram auto-percepção “muito ruim” acerca de sua capacidade funcional; entre 32 e 64, auto-percepção “ruim”; entre 65 e 97, “média”; entre 98 e 130, “boa” e entre 131 e 160, apresentaram auto-percepção “muito boa” acerca de sua capacidade funcional de realização de AVDs.

6 RESULTADOS

Participaram deste estudo 30 indivíduos, 13 homens e 17 mulheres com idade entre 51 e 89 anos, sendo que a média de idade foi de $66,09 \pm 9,31$ anos.

Deste total de indivíduos, dez eram portadores de parkinsonismo, sete homens e três mulheres, com idade média de $68 \pm 7,51$ anos e tempo médio de diagnóstico da patologia de $100,8 \pm 79,24$ meses.

Os outros dez eram portadores de hemiplegia, cinco homens e cinco mulheres, com idade média de $62,6 \pm 11,41$ anos e tempo médio de diagnóstico de $92,4 \pm 41,97$ meses.

E os últimos dez idosos participantes, que não eram portadores de nenhuma deficiência física, um era homem e nove mulheres, com idade média de $70,1 \pm 7,71$ anos.

A tabela 1, ilustra as características dos sujeitos participantes quanto idade, tempo de diagnóstico da patologia ou seqüela e tempo em que estavam freqüentando o serviço de fisioterapia até o momento de aplicação do questionário.

Tabela 1 - Características dos participantes quanto à idade, tempo de diagnóstico da patologia ou seqüela e tempo de freqüência à fisioterapia.

Sujeito	n	Idade Média	Tempo diagnóstico (meses)	Tempo de Fisioterapia (meses)
Hemiplégico	10	$62,6 \pm 11,41$	$92,4 \pm 41,97$	$55,8 \pm 29,07$
Homens	5	$69,8 \pm 12,05$	$110,4 \pm 41,05$	$49,4 \pm 20,5$
Mulheres	5	$55,4 \pm 4,28$	$75,6 \pm 36,4$	$62,2 \pm 37,12$
Parkinson	10	$68 \pm 7,51$	$100,8 \pm 79,24$	$41,8 \pm 33,30$
Homens	7	$66,29 \pm 8,56$	$98,57 \pm 91,64$	$36,29 \pm 39,2$
Mulheres	3	72 ± 0	$108 \pm 52,31$	$54,67 \pm 5,03$
Idosos	10	$70,1 \pm 7,71$	-	-
Homens	1	71 ± 0	-	-
Mulheres	9	$70 \pm 8,17$	-	-

Após análise dos questionários foi possível estabelecer a pontuação de cada indivíduo, e conseqüentemente classificar sua auto-percepção.

Do grupo de parkinsonianos observou-se que a maioria se auto percebeu como tendo um desempenho positivo em suas AVDs. Quatro indivíduos foram classificados com percepção “muito boa”, quatro “boa” e dois “média”.

Do grupo de hemiplégicos três indivíduos foram classificados com percepção “muito boa”, um “boa” , e metade deles não perceberam um bom desempenho em suas AVDs – quatro foram classificados como “média” e dois “ruim”.

Os idosos sem deficiência física, foram os que tiveram melhor desempenho percebido, nove foram classificados com percepção “muito boa” e apenas um “boa”.

Estes dados podem ser visualizados na tabela 2.

Tabela 2 - Número de sujeitos em cada categoria de auto-percepção.

		Muito Ruim	Ruim	Média	Boa	Muito Boa
Hemiplégicos	(10)	-	2	4	1	3
Homens (5)		-	1	3	1	-
Mulheres (5)		-	1	1	-	3
Parkinson	(10)	-	-	2	4	4
Homens (7)		-	-	2	4	1
Mulheres (3)		-	-	-	-	3
Idosos	(10)	-	-	-	1	9
Homens (1)		-	-	-	-	1
Mulheres (9)		-	-	-	1	8

7 DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, observou-se que a idade média dos indivíduos com Doença de Parkinson estudados (68 anos) está compatível com a literatura, que cita o surgimento comumente acima de 50 anos (PAPALÉO NETO, 2002; FAHN, 1997). Cambier *et al.* (1999) ressalta ainda, que esta é uma doença de indivíduos idosos, com pico de aparecimento entre 55 e 66 anos.

Jones e Godwin-Austen (2000) também afirmam que a prevalência da Doença de Parkinson aumenta com a idade, no entanto, uma em sete pessoas tem o diagnóstico com menos de 50 anos. O'Sullivan (2004) denomina esta pequena porcentagem como "Doença de Parkinson precoce", ou seja, aqueles cujo aparecimento dos sintomas inicia antes dos 40 anos, justificando o único indivíduo estudado que teve o surgimento da DP aos 48 anos.

Na amostra estudada da DP, o número de homens (sete), foi maior que o de mulheres (três), assim como afirmado por O'Sullivan (2004) que cita uma maior prevalência no sexo masculino. No entanto Ferreira *et al.* Apud André (2007) evidencia que não há diferenças na prevalência entre homens e mulheres.

No que se refere à amostra estudada de indivíduos hemiplégicos acometidos por AVE a idade média foi de 62,6 anos concordando com Papaléo Neto (2000) que relata que o AVE acomete pessoas do mundo inteiro principalmente aquelas acima de 60 anos. Umphred (2004) diz que a incidência aumenta com a idade, sendo que dois terços ocorrem após os 65 anos. Quanto ao sexo, ambos autores citados anteriormente concordam que há uma maior prevalência no sexo masculino, discordando de Greve (2007) que afirma não haver diferença estatística na sua ocorrência o que é compatível com a presente pesquisa, onde a amostra foi de cinco homens e cinco mulheres.

Quanto à auto-percepção da capacidade funcional pôde-se notar que houve melhor percepção no grupo de idosos saudáveis, seguidos pelo grupo de parkinsonianos e posteriormente o grupo de hemiplégicos.

O fato de o grupo de hemiplégicos pontuarem a pior auto-percepção pode ter ocorrido por inúmeros fatores decorrentes das seqüelas neurológicas como: os distúrbios de sensibilidade, espasticidade, distúrbios dos mecanismos de reflexos posturais e a perda dos padrões de movimentos seletivos que são descritos por Bobath (1978). Esta autora defende a idéia de que a sensibilidade exerce um papel importante no que se refere a execução de movimentos voluntários, bem como a capacidade de iniciar e realizar estes movimentos, Margaret Reinhold (1951, *apud* BOBATH, 1978) chama a atenção ao fato que a movimentação voluntária depende da sensibilidade superficial e profunda, e da coordenação e força motora.

A realização do movimento pode se tornar impossível ou limitada de acordo com o grau de espasticidade, interferindo na capacidade de realização das tarefas de vida diária, já que no paciente com espasticidade sua contração espástica excessiva produz o padrão total de flexão, adução e rotação interna de ombro, flexão e pronação de antebraço, além da extensão do membro inferior.

O mecanismo de reflexo postural normal é a base para a realização dos movimentos voluntários, sendo reações automáticas que visam manter e restabelecer o equilíbrio durante as AVDs.

Apesar dos sintomas motores decorrentes da DP como tremor, rigidez muscular, lentidão de movimentos e alterações posturais, os indivíduos obtiveram melhor pontuação em relação aos indivíduos hemiplégicos, o que pode ser decorrente dos mesmos se encontrarem em terapia grupal, pois como Gardiner (1995) descreve, o trabalho com outros pacientes estimula esforços e lhe dá confiança em suas próprias habilidades, o paciente então não se considera mais separado do resto das pessoas por causa de sua deficiência, de forma a adquirir confiança no tratamento, estimulando-se a fazer esforços para progredir.

No mesmo sentido, Zimerman e Osório (1997) citam que o grupo contribui para a sociabilização, pois os indivíduos sentem-se compreendidos um pelo outro em razão de compartilharem uma mesma linguagem o que facilita um importante processo de comunicação.

Quanto a melhor percepção dos idosos saudáveis, pode justificar-se pelo fato de que não apresentavam nenhuma deficiência física o que interfere diretamente na auto-percepção do indivíduo. Provavelmente, outro fator que pode ter influenciado, é a melhor situação socioeconômica desta amostra, sugerido pelo fato destes freqüentarem a Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI).

Os autores (ROUQUAYROL, 2003; MEDRONHO *et al.*, 2002) comentam sobre a relação entre as desigualdades sociais e uso de serviços de saúde indicando, que idosos com menor renda domiciliar mensal apresentam piores condições de saúde, em comparação com aqueles com melhor situação socioeconômica. Os idosos deficientes deste estudo são todos usuários do SUS, contrastando com os alunos da UATI que parecem apresentar condições socioeconômicas mais favoráveis visto freqüentarem um curso privado.

Deve-se considerar também que, fazem parte das atividades desenvolvidas na UATI, palestras sobre temas da área da saúde, estimulando os alunos ao autocuidado e, portanto, favorecendo um estilo de vida mais saudável nestes idosos.

O fato destes idosos estarem inseridos em um grupo mais uma vez demonstra a importância desta convivência para a auto-estima e uma maior satisfação em vários aspectos de suas vidas, incluindo a saúde.

Os resultados deste estudo sugerem que as alterações decorrentes das patologias citadas, apresentam associação importante na auto-percepção do desempenho nas AVDs destes indivíduos, de modo que intervenções fisioterapêuticas se fazem necessário, determinando o grau de independência e autonomia através de avaliações e identificando fatores que possam interferir na saúde física e mental, e na percepção de sua própria saúde.

Após detectadas as incapacidades dos indivíduos, um processo detalhado focado na solução dos problemas auxilia o fisioterapeuta a organizar e priorizar incapacidades, no intuito de estabelecer medidas preventivas e reabilitativas visando preservar e restaurar a função afetada, seja por distúrbios motores, sensoriais, cognitivos entre outros proporcionando melhor qualidade de vida ao indivíduo.

Pôde-se constatar ao pesquisar na literatura que a variável socioeconômica interfere no acesso a informações e aos serviços de saúde, entretanto no presente estudo não foi controlada esta variável.

Considerando as múltiplas deficiências e incapacidades que a DP e o AVE trazem para os indivíduos, a auto-percepção pontuada na presente pesquisa não foi ruim, afinal 12 dos 20 indivíduos com deficiências tiveram pelo menos “uma boa “ auto-percepção.

Através do tratamento fisioterapêutico torna-se possível a melhora do quadro motor, promovendo a independência funcional, a melhora do equilíbrio, além de outros benefícios, proporcionando a manutenção da capacidade física pelo maior tempo possível, de modo que a dificuldade em realizar as atividades funcionais não ocorra antecipadamente em decorrência dos aspectos físicos, isso se torna ainda mais evidente se a terapia for desenvolvida em grupo (IKE *et al.*, 2008; KATO E RADAMOVIC, 2007).

8 CONCLUSÃO

A partir dos dados coletados pôde-se concluir que os portadores de seqüelas neurológicas tiveram auto-percepção pior quando comparados aos idosos saudáveis. Já quando confrontadas as respostas dos indivíduos com seqüelas neurológicas notou-se que os parkinsonianos tiveram melhor auto-percepção de seu desempenho quando comparados aos hemiplégicos.

Sugere-se a elaboração de estudos que controlem variáveis socio-econômicas e com um maior número de sujeitos como forma de se obter dados mais consistentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREOTTI, R.; OKUMA, S. S. **Avaliação da Capacidade Funcional**. In: MITSUDO, S. M. M. **Avaliação do Idoso: Física e Funcional**. Londrina: Midiograf, 2000.

BERESFORD, H.; GÓES, A. L. B. A incidência da Doença de Parkinson em idosos na assistência de condutas e comportamentos motores em domicílios do Rio de Janeiro. **Fisioterapia Brasil**. São Paulo, V. 7, n. 3, p. 177-180, maio/junho 2006.

BOBATH, B. **Hemiplegia no Adulto: Avaliação e Tratamento**. 1 ed. São Paulo: Manole, 1978.

BORITO, F. C.; PAPALÉO NETTO, M. **Urgências em Geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001.

CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Manual de Neurologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1994.

COOK, A. S.; WOOLLACOTT, M. H. **Controle Motor: Teoria e Aplicações**. 2 ed. Barueri: Manole, 2003.

CHRISTOFOLETTI, G. et al.. Risco de Quedas em idosos com Doença de Parkinson e Demência de Alzheimer: um estudo transversal. **Rev. Bras. Fisioter.** São Carlos, v. 10, n.4, p. 429-433 , out./dez. 2006.

FAHN, S. Distúrbios do movimento. In: ROWLAND, L.P. **Merrit: Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

FERREIRA, F. V. et al. A Relação da Postura Corporal com a Prosódia da Doença de Parkinson: Estudo de Caso. **Rev. Cefac**. São Paulo, v. 9, n. 3, p. 319-29, Jul./ set. 2007.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2002.

GARDINER, M. D. **Manual de Terapia por Exercícios**. 1 ed. São Paulo: Santos, 1983.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M.; ARRUDA, M. C. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, V. 20, n. 1, p. 62-68, jan/mar 2007.

GREVE, J. M. D. **Tratado de Medicina de Reabilitação**. 1 ed. São Paulo: Roca, 2007.

IKE, D.; CARDOSO, N. P.; BARALDI, I. Análise da incidência de queda e a influência da fisioterapia no equilíbrio e na instabilidade postural de pacientes com doença de Parkinson. **Fisioterapia Brasil**. São Paulo, V.9, n.1, p. 4-8, jan./fev. 2008.

JONES, D.; GODWIN-AUSTEN, R. B. **Doença de Parkinson**. In: Cash. Neurologia para Fisioterapeutas. São Paulo: Premier, 2000.

KATO, E. M.; RADAMOVIC, M. **Fisioterapia nas Demências**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

LANA, R. C. et al. Percepção da Qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através dos PDQ – 39. **Rev. Bras. Fisioter.** São Carlos, v. 11, n.5, set./out. 2007.

MARINO JUNIOR, N. W. Intervenção Fisioterapêutica na Síndrome do Ombro Doloroso. **Arquivos ciências Saúde**. São José do Rio Preto. p. 220-222, out./dez. 2005.

MEDRONHO, R. A. et al.. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MELO, L.N. BARBOSA. E. R.; CARAMELLI, P. Declínio Cognitivo e Demências associados à Doença de Parkinson: características clínicas e tratamento. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 34, n. 4, p.176-183, 2007.

O´SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento**. 4 ed. Barueri: Manole, 2004.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: A velhice e o envelhecimento em visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

PICKLES, B. et al. **Fisioterapia na Terceira Idade**. 2 ed. São Paulo: Livraria Santos editora Ltda, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, N. F. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

UMPHRED, D. A. **Reabilitação Neurológica**. 4 ed. Barueri: Manole, 2004.

ZIMERMAN, D. E.; OSORIO, L. C. **Como Trabalhamos com Grupos**. São Paulo: Artmed, 1997.

ANEXO 1

Nome

Idade

ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

1. Alimentar-se

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

2. Tomar banho (lavar os pés)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

3. Tomar banho (lavar as costas)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

4. Pentear o cabelo

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

5. Cortar as unhas das mãos

- (A) Não consigo realizar esta atividade

- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
 - (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 - (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 - (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade
6. Cortar as unhas dos pés
- (A) Não consigo realizar esta atividade
 - (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
 - (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 - (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 - (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade
7. Vestir calça comprida
- (A) Não consigo realizar esta atividade
 - (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
 - (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 - (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 - (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade
8. Vestir blusa sem botões
- (A) Não consigo realizar esta atividade
 - (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
 - (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 - (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 - (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade
9. Abotoar blusas, casacos, etc.
- (A) Não consigo realizar esta atividade
 - (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
 - (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 - (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 - (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade
10. Calçar meias
- (A) Não consigo realizar esta atividade
 - (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
 - (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 - (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 - (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade
11. Calçar sapato de amarrar
- (A) Não consigo realizar esta atividade
 - (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
 - (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 - (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 - (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade
12. Deitar na cama
- (A) Não consigo realizar esta atividade
 - (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa

- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

13. Sentar em uma cadeira (sem braços)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

14. Levantar de uma cadeira (sem braços)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

15. Levantar da cama

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

16. Deitar no chão

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

17. Levantar do chão

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

18. Pegar um objeto do chão

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

19. Segurar um objeto de 5Kg (por exemplo: um pacote de arroz) por cinco minutos

- (A) Não consigo realizar esta atividade

- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

20. Fazer a cama

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

21. Varrer a casa

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

22. Limpar os móveis da casa

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

23. Fazer faxina na casa

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

24. Descascar/ cortar alimentos

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

25. Cozinhar

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

26. Subir degraus de ônibus

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa

- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

27. Descer degraus de ônibus

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

28. Entrar no carro

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

29. Sair do carro

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

30. Realizar trabalhos artesanais (crochê, tricô, pintura, etc.)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

31. Realizar trabalhos manuais (pegar algo, colocar chave na fechadura, discar um telefone, etc.)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

32. Andar 2-3 quarteirões

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

33. Andar em subidas

- (A) Não consigo realizar esta atividade

- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

34. Andar depressa

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

35. Andar 10-12 quarteirões

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

36. Subir uma escada de 15-20 degraus

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

37. Descer uma escada de 15-20 degraus

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

38. Subir uma escadaria (mais de 40 degraus)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

39. Descer uma escadaria (mais de 40 degraus)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa
- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
- (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
- (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

40. Ficar muito tempo em pé (aproximadamente meia hora)

- (A) Não consigo realizar esta atividade
- (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa

- (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade
 (D) Realizo esta atividade sozinho e com um pouco de dificuldade
 (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Auto-Percepção de Desempenho das Atividades de Vida Diária de Indivíduos com Disfunções Neurológicas”

Endereço: Rua Irmã Armanda 10-50 Bauru –SP *Telefone:* (14) 21077099

Pesquisador e orientador responsável: Prof^a. Ms^a. Carolina Menezes

Local em que será desenvolvida a pesquisa: Universidade do Sagrado Coração

• **Resumo:** Este estudo tem como objetivo comparar a auto-percepção do desempenho na realização de Atividades de Vida Diária (AVD) em indivíduos portadores de seqüelas neurológicas decorrentes da DP e do AVE que realizam fisioterapia há pelo menos um mês com idosos hígidos da Universidade Aberta à Terceira Idade. Para isso o participante responderá a um auto-questionário com 40 questões sobre desempenho em AVD.

• **Riscos e Benefícios:**

A presente pesquisa não oferecerá riscos aos sujeitos, pois os mesmo responderão apenas um auto questionário referente a sua auto-percepção de atividades diárias.

• **Custos e Pagamentos:**

Não será necessário qualquer tipo de pagamento para a participação do sujeito de pesquisa neste estudo.

• **Confidencialidade**

Eu..... entendo que, qualquer informação obtida sobre mim, será confidencial. Eu também entendo que meus registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

• **Direito de Desistência**

Eu entendo que estou livre para recusar minha participação neste estudo ou para desistir a qualquer momento e que a minha decisão não afetará adversamente meu tratamento na clínica ou causar perda de benefícios para os quais eu poderei ser indicado.

• **Consentimento Voluntário**

Eu certifico que li ou foi-me lido o texto de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste formulário me será fornecida. Minha assinatura demonstra que concordei livremente em participar deste estudo.

Assinatura do participante da pesquisa:

.....

Data:.....

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a),
acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação
nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei a
assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador

Responsável:.....

Data:.....

ANEXO 3

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Protocolo n.º 136/08

Título do Projeto: "Auto-percepção do Desempenho das atividades de Vida Diária de Indivíduos com Disfunções Neurológicas"

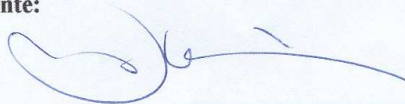
Pesquisador (a) Responsável: Prof.^a Ms. Carolina Meneses Fiorelli

Comitê de Ética:

O CEP analisou, baseado em parecer competente, o presente projeto e o considerou aprovado.

Data: 31/10/08

Assinatura do Presidente:



Prof. Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond