



**ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO
NEPP- NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E PROJETOS
CAP - COORDENAÇÃO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
PROGRAMA DE BOLSA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**

ANGELINA MARIA DOS SANTOS OEBY

**ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE DOS PACIENTES
PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM
TRATAMENTO NA “SALA DE INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL”**

Niterói
2018

ANGELINA MARIA DOS SANTOS OEBY

**ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE DOS PACIENTES PÓS ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO EM TRATAMENTO NA “SALA DE
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL”**

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação.

PRECEPTOR (A): Dr. João Paulo Muniz

ORIENTADOR (A) METODOLÓGICO (A): Dr^a Claudia Pitanga

COORIENTADOR (A): Dr^a. Valéria Marques

ÁREA: Fisioterapia

Niterói

2018

ANGELINA MARIA DOS SANTOS OEBY

**ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE DOS PACIENTES PÓS ACIDENTE
VASCULAR ENCEFÁLICO EM TRATAMENTO NA “SALA DE
INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL”**

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção
do certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da
Associação Fluminense de Reabilitação.

Aprovado em _____

Banca examinadora:

Preceptor Técnico Dr. João Paulo Muniz

Convidada Interna Dr^a Ivone Martins Gomes

Convidada Externa Dr^a W. I. Mônica Müller

Convidada Externa Sr^a Cátia Fonseca

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha Família,
que sempre me incentivou a crescer.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me permitir viver todas essas experiências.

À AFR pela realização do Projeto da “Sala de Independência Funcional”, e a Querida Cátia Fonseca por sua criação, e por permitir minha participação.

À Dr^a. Mônica Müller por me ensinar o Bobath e me mostrar uma Fisioterapia mais Humana.

Aos pacientes da AFR, pois sem eles não haveria todo este aprendizado.

A minha Equipe do Ginásio (Fisioterapia Geral turno tarde), que me ajudou a crescer profissionalmente e pessoalmente.

À minha Supervisora do Ginásio, Dr^a. Ivone Gomes, por querer sempre que eu fosse além.

Aos meus preceptores da Fisioterapia, Dr^a Henriette Bastos e Dr. João Paulo Muniz, pela generosidade com que sempre dividiram seus conhecimentos.

As minhas preceptoras da Terapia Ocupacional, Dr^a. Tatiane Lyrio e Dr^a Laila Chaves por tantos momentos compartilhados.

À minha parceira de atendimentos, minha dupla, minha amiga Dr^a, Mariana Zaquieu, por este um ano maravilhoso onde dividimos experiências profissionais, aprendizados, alegrias e tristezas...

À Dr^a Patrícia Hollerbach e toda Equipe de Terapeutas Ocupacionais pela acolhida e carinho.

À minha Orientadora Metodológica, Dr^a. Cláudia Pitanga, pelos incentivos constantes e orientações valiosas neste trabalho.

À minha co-orientadora técnica, Dr^a. Valéria Marques, pela força e grandiosa ajuda na finalização deste estudo.

Ao Amigo Rafael Silva, pelo seu sorriso diário, palavras positivas, carinho e presteza em tudo que se fez necessário durante esta pesquisa.

A Dr^a Rita de Cássia Catete, minha professora na graduação, por ter me apresentado o Conceito Bobath de forma tão contagiante.

Aos meus Pais, pelos exemplos.

À minha Filha e meu Marido, pelo incentivo constante, e por entenderem muitas vezes minhas ausências e os momentos de estresse.

A todos, minha gratidão.

“A vida de todo ser humano é um diário onde ele pretende escrever uma história e acaba escrevendo outra; e sua hora de maior humildade é quando ele compara a realidade com o que ele pretendia que fosse”.

(BARRIE, 2000)

RESUMO

OEBY, Angelina Maria dos Santos. Análise da Funcionalidade dos Pacientes Pós Acidente Vascular Encefálico em Tratamento na “Sala de Independência Funcional”. 2017. 66. Monografia – Associação Fluminense de Reabilitação, Niterói – Rio de Janeiro, 2018.

Este trabalho apresenta a análise da funcionalidade de 11 pacientes pós Acidente Vascular Encefálico (AVE), em tratamento no Projeto da “Sala de Independência Funcional”, na Associação Fluminense de Reabilitação – AFR, onde foram utilizados os seguintes instrumentos avaliativos: Protocolo de Medida de Independência Funcional – MIF e Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*. A “Sala de Independência Funcional” é um projeto desenvolvido na Instituição que tem como objetivo desenvolver a autonomia e a independência dos pacientes pós AVE, tendo como proposta o atendimento interdisciplinar da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional para Reabilitação Funcional destes pacientes. Utiliza ainda como metodologia de atendimento o Conceito *Bobath*, através de seus manuseios, associados ao Treino Orientado à Tarefa, juntamente com a Estimulação Sensorio Motora e a Atividade de Vida Diária. Como resultado desta pesquisa pode-se observar quantitativamente, através do aumento do *score* da MIF, entre a avaliação inicial e o reteste, a melhora da funcionalidade. Assim como, no alcance dos desejos funcionais de cada voluntário, concluindo que o modelo de atendimento da “Sala de Independência Funcional” com uma abordagem Interdisciplinar da Fisioterapia com a Terapia Ocupacional, foi capaz de trazer ganhos na independência e autonomia, melhorando a qualidade de vida destes pacientes e seus familiares.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico, Interdisciplinaridade, Funcionalidade.

ABSTRACT

OEBY, Angelina Maria dos Santos. Analysis of the Functionality of Post-stroke Patients in Treatment in the "Functional Independence Room". 2017. 66. Monograph - Fluminense Rehabilitation Association, Niterói - Rio de Janeiro, 2018.

This work presents the functional analysis of 11 patients with stroke after a stroke in the "Functional Independence Room" Project, at the Fluminense Rehabilitation Association (AFR), where the following evaluation instruments were used: Functional Independence - MIF and Neurofunctional Evaluation of the Bobath Concept. The "Functional Independence Room" is a project developed at the Institution that aims to develop autonomy and independence of patients after stroke, having as a proposal the interdisciplinary care of Physiotherapy and Occupational Therapy for Functional Rehabilitation of these patients. It also uses the Bobath Concept, through its handling, associated to Task-Oriented Training, along with Sensory Motor Stimulation and Daily Life Activity. As a result of this research it is possible to observe, quantitatively, through the increase of the MIF score, between the initial evaluation and the retest, the improvement of the functionality. As well as, in the achievement of the functional desires of each volunteer, concluding that the "Functional Independence Room" model with an Interdisciplinary approach to Physical Therapy with Occupational Therapy was able to bring gains in independence and autonomy, improving the quality of of these patients and their families.

Keywords: Stroke, Interdisciplinarity, Functionality.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Gênero	34
Gráfico 02: Faixa Etária	34
Gráfico 03: Estado Civil	34
Gráfico 04: Escolaridade	35
Gráfico 05: Tipo de AVE	35
Gráfico 06: Dominância	35
Gráfico 07: Dimídio Comprometido	36
Gráfico 08: Tempo de Lesão	36
Gráfico 09: Resultados da MIF	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Classificação dos Níveis de Avaliação da MIF	23
Tabela 02: Classificação do THMMS	24
Tabela 03: Dados Demográficos	33
Tabela 04: Resultados da MIF	37
Tabela 05: Resultados da Avaliação – Conceito <i>Bobath</i>	41

LISTA DE ANEXOS

Anexo 01: Ficha de Triagem	51
Anexo 02: Avaliação Cognitiva Montreal – MoCA	54
Anexo 03: Medida de Independência Funcional - MIF	55
Anexo 04: Teste de Habilidade Motora do Membro Superior – THMMS	57
Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath	58
Anexo 06: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	65

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. A PROPOSTA DA REABILITAÇÃO NA “SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL”	14
1.1 A “SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL” (SIF)	14
1.2 INTERDISCIPLINARIDADE	15
1.3 CONCEITO <i>BOBATH</i>	17
1.4 TREINO ORIENTADO À TAREFA (TOT)	19
1.5 INSTRUMENTOS AVALIATIVOS UTILIZADOS NA SIF	21
1.5.1 Ficha de Triagem	21
1.5.2 Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA)	21
1.5.3 Medida de Independência Funcional (MIF)	22
1.5.4 Teste de Habilidade Motora do Membro Superior (THMMS)	24
1.5.5 <i>Timed Up & Go</i> (TUG)	25
1.5.6 Avaliação Neurofuncional do Conceito <i>Bobath</i>	26
2. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E A REABILITAÇÃO	27
2.1 CONCEITOS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	27
2.2 CONCEITOS DE REABILITAÇÃO NEUROFUNCIONAL	29
3. ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE DOS PACIENTES PÓS AVE ACOMPANHADOS NO PROJETO “SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL”	31
3.1 MATERIAIS E MÉTODOS	31
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	33
3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
3.3.1 Resultados da MIF	36
3.3.2 Resultados da Avaliação Neurofuncional do Conceito <i>Bobath</i>	38
3.3.3 Variáveis do Estudo	44
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	51

INTRODUÇÃO

A presente monografia é em cumprimento do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), com o título “Análise da Funcionalidade dos Pacientes Pós Acidente Vascular Encefálico em Tratamento na *Sala de Independência Funcional*”, que tem como tema apresentar os resultados da funcionalidade, da proposta de atendimento realizado no projeto executado “Sala de Independência Funcional” com os pacientes pós Acidente Vascular Encefálico na AFR.

A AFR há 60 anos atua como instituição filantrópica na área de Reabilitação, na busca da melhoria da qualidade de vida, independência e autonomia dos seus pacientes. Além dos atendimentos prestados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), também recebe pacientes de outros convênios e particulares, sendo uma referência em Reabilitação Física e Intelectual. Conta com a atuação de diversos profissionais nas áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Pedagogia, Nutrição, Medicina, Enfermagem, entre outros. As equipes Multiprofissionais atuam de forma Interdisciplinar, buscando através da reabilitação, a reintegração deste indivíduo em sua vida social. Conta ainda com uma Oficina de Órteses e Próteses, que atende não somente aos pacientes em tratamento na Instituição, mas também fornece seus produtos para pacientes de 55 (cinquenta e cinco) municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Nesse contexto a presente monografia tem por objetivo descrever e analisar os resultados da funcionalidade, na execução do Projeto da “Sala de Independência Funcional”, que foi desenvolvido na instituição, desde 05 de dezembro de 2016, com duração de aproximadamente 1 (um) ano, e que teve como proposta o atendimento interdisciplinar concomitante da Fisioterapia e Terapia Ocupacional para a Reabilitação Funcional de pacientes com diferentes diagnósticos, dentre os quais o AVE. A “Sala de Independência Funcional” teve ainda o objetivo de desenvolver a autonomia e a independência desses pacientes, buscando minimizar complicações, e proporcionando uma melhora

nas atividades de vida diária, com a promoção da saúde e maior qualidade de vida (SILVA et al., 2015).

O Projeto da “Sala de Independência Funcional” teve como metodologia de reabilitação uma ação interdisciplinar visando o ganho funcional dos pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), e nesse estudo priorizaremos somente a reabilitação de pacientes com AVE. Nesse sentido, o presente estudo, teve como objetivo descrever e analisar os resultados da funcionalidade, da proposta de atendimento utilizada na “Sala de Independência Funcional”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o Acidente Vascular Encefálico,

(...) é o desenvolvimento rápido de sinais clínicos de distúrbios focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas que podem durar cerca de 24 horas ou mais, de origem vascular, e que pode provocar alterações sensório-motoras e cognitivas, de acordo com a área e a extensão da lesão. Ocorre com maior frequência na fase adulta, e tem como sinal mais comum a fraqueza repentina ou dormência na face, braço e/ou perna, geralmente em um lado do corpo, podendo ser do tipo isquêmico ou hemorrágico (OMS, 2007).

Esta pesquisa conseguiu mensurar de forma quantitativa e qualitativa, os resultados encontrados através da análise dos ganhos funcionais, obtidos com um trabalho desenvolvido utilizando-se o Conceito *Bobath* associado ao Treino Orientado à Tarefa, onde a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional atuaram de forma interdisciplinar e transdisciplinar, provando através desses resultados que a reabilitação na “Sala de Independência Funcional” é um Projeto que deve servir como Modelo de Reabilitação Funcional, devolvendo aos pacientes em curto espaço de tempo, mais independência e autonomia, e conseqüentemente, melhora na qualidade de vida, através de um trabalho realizado no dia-a-dia de forma motivadora para pacientes e terapeutas.

1 A PROPOSTA DA REABILITAÇÃO NA “SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL” (SIF)

1.1 A “SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL” (SIF)

A “Sala de Independência Funcional” é um Projeto que foi desenvolvido na AFR a partir de 05 de novembro de 2016, que teve a duração de aproximadamente 1 (um) ano, com a justificativa de atender aos pacientes com diagnósticos de Acidente Vascular Encefálico (AVE), Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) e Encefalopatias Crônicas da Infância (ECI), que se encontravam na fila de espera para tratamento. Foi utilizado como proposta de atendimento o Conceito *Bobath*, a Estimulação Sensório Motora e a Atividade de Vida Diária, numa ação interdisciplinar concomitante da Fisioterapia e Terapia Ocupacional para a Reabilitação Funcional destes pacientes. Possuiu o objetivo de desenvolver a autonomia e a independência do paciente, buscando minimizar complicações, e proporcionando uma melhora nas atividades de vida diária, com a promoção da saúde e maior qualidade de vida (SILVA et al, 2015).

Para o desenvolvimento dessa modalidade de atendimento foi projetado um apartamento funcional. O apartamento funcional foi estruturado de forma a proporcionar aos pacientes e terapeutas um ambiente o mais próximo possível da realidade de uma residência, composto por um cômodo com uma pia de cozinha com bancada, fogão, micro-ondas, ferro e tábua de passar roupas, geladeira, cama, travesseiro, mesa com cadeiras, armário de cozinha, e diversos utensílios a serem utilizados pelos pacientes como talheres, pratos, copos de plástico e de vidro, panelas, tábua para corte de legumes, toalhas de mesa, bacias, pregadores, lençol e fronha, vassoura, entre outros. Conta ainda com um banheiro totalmente adaptado e funcionando, para o treino de tarefas que incluam banho e demais itens da higiene pessoal.

O Projeto da “Sala de Independência Funcional” teve como critérios de inclusão: pacientes adultos com diagnóstico de AVE ou TCE; com no máximo 01 (um) ano de lesão; estabilidade clínica; condições sócio afetivas favoráveis; e

pontuação mínima necessária no MoCA (26/30 pontos) e/ou ainda uma pontuação mínima da MIF nos domínios de Comunicação e Cognição Social (total mínimo de 20 pontos).

Como critérios de exclusão tempo de lesão superior há 01 (um) ano; instabilidades clínicas; presença de úlceras de pressão; dificuldades em obter transporte; ausência de suporte familiar e social; ou num segundo momento de triagem: pontuação insuficiente no MoCA (inferior a 26/30) e/ou no MIF (inferior a 20 pontos em Comunicação e Cognição Social).

A equipe da “Sala de Independência Funcional” era composta por 6 (seis) profissionais por turno, sendo 3 (três) fisioterapeutas (um bolsista, um supervisor de pediatria e um supervisor da Fisioterapia de adulto) e 3 (três) Terapeutas Ocupacionais (um bolsista, um supervisor de pediatria e um supervisor da Terapia Ocupacional de adulto). Cada atendimento tinha duração de 01 (uma) hora, e os horários eram divididos com atendimentos alternados entre adultos e crianças, com capacidade inicial para 02 (dois) pacientes por hora. Desta forma ficava organizado um primeiro horário com 02 (dois) pacientes sendo atendidos juntos por 04 (quatro) profissionais (um bolsista da Fisioterapia e seu preceptor e um bolsista da Terapia Ocupacional e seu preceptor). Estes atendimentos aconteciam de forma interdisciplinar, e por que não dizer transdisciplinar, onde na maioria das vezes o papel de cada um desses profissionais se misturava ao ponto de um leigo não conseguir identificar quem eram os Fisioterapeutas ou os Terapeutas Ocupacionais, mas sem que cada um perdesse sua identidade profissional, numa troca de saberes visando um melhor aproveitamento na reabilitação destes pacientes.

1.2 INTERDISCIPLINARIDADE

Para melhor nos apropriarmos do conceito de interdisciplinaridade e sua relação com o Projeto da “Sala de Independência Funcional”, é preciso destacar alguns fatos sócio históricos.

Na tradição Grega, transmitida à Idade Média, existia um saber de totalidade com o objetivo da formação da personalidade integral. As disciplinas compunham uma unidade, formada pela articulação delas entre si. No século XVIII com o Movimento Iluminista, havia uma preocupação com a integração dos saberes, onde a enciclopédia foi modelo de unidade de conhecimento e expressão de nova atitude intelectual.

Porém, no século XIX a Modernidade provocou uma desintegração crescente desta unidade do saber, marcando uma era de importante revolução cultural, com destaque para o filósofo Descartes, que inaugurou o pensamento moderno, formulando princípios de uma nova produção de saberes, conhecido como Modelo Cartesiano. Este novo modelo criou uma espécie de simbiose entre técnica e ciência, que atendia as necessidades da industrialização, que iniciou um processo de fragmentação do conhecimento para suprir as necessidades das indústrias que precisavam de especialistas para resolver os problemas específicos dos processos de produção e comercialização.

Assim, a consolidação das especializações marca o século XIX, cada vez mais valorizada nas práticas sociais, criando novas práticas de ensino e novas profissões, com base na disciplinaridade, caracterizada pela fragmentação do objeto. Como a produção do conhecimento é histórica, cultural e socialmente determinada, os novos desafios e perspectivas que surgem da ciência, causam uma revisão no modelo de pensamento que foi desenvolvido nos séculos XVI e XVII, onde o paradigma racionalista já apresenta sinais de esgotamento. Neste contexto surge a interdisciplinaridade propondo superar a visão disciplinar, numa visão ampliada da realidade, do mundo e de nós mesmos. (VILELA, 2003).

É necessário conhecer o uso correto do conceito de interdisciplinaridade, já que o uso dessa expressão se banalizou de forma indiscriminada. Constantemente profissionais se reúnem em espaços denominados como interdisciplinares, mas na realidade, o que se tem são diferentes profissionais discutindo, presos as suas especializações, com a ideia distorcida de que o simples fato de estarem no mesmo espaço constituiria uma abordagem interdisciplinar, quando na verdade trata-se de um evento disciplinar, que mostra a incapacidade de cada um em ultrapassar seus próprios princípios discursivos e a forma como foram treinados.

Assim, da mesma forma que se aprofundam as especialidades, surge em contrapartida, a descoberta de conexões entre as disciplinas das ciências, que é a interdisciplinaridade, que vai além de uma simples justaposição de diferentes ângulos da análise de um determinado objeto. Há uma interação mais forte entre as disciplinas que se confrontam, discutem perspectivas e se comunicam entre si, construindo sua própria complexidade, impregnada por articulações e trocas intensas entre os diversos participantes (MENDES, 2008).

Podemos então definir interdisciplinaridade como um ponto de interseção entre atividades com lógicas diferentes, disciplinares e interdisciplinares. É a busca de um ponto de equilíbrio entre a análise fragmentada e a síntese simplificadora. É a busca do equilíbrio entre as visões da lógica racional, instrumental e subjetiva (LEIS, 2005).

Num outro conceito, pode ser caracterizada por uma intensa troca das especialidades e pelo grau de interação das disciplinas envolvidas num mesmo projeto (FORTES, 2009).

Com a criação do Projeto da “Sala de Independência Funcional”, surgiu a oportunidade da realização deste trabalho interdisciplinar, com o resgate de uma reabilitação que era almejada, e que agora retoma seu lugar através deste Projeto. Nas equipes de profissionais atuantes na “Sala de Independência Funcional”, distribuídas em 2 (dois) turnos (manhã e tarde), trabalhavam de forma interdisciplinar Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, em atendimentos conjuntos e concomitantes.

A interdisciplinaridade promove, além da troca de saberes mútuos, uma maior motivação ao paciente, através das técnicas e manobras que podem ser realizadas pelo fato de estarem atuando ao mesmo tempo estes dois profissionais.

1.3 CONCEITO *BOBATH*

A grande prevalência de patologias neurológicas com disfunções motoras de pacientes encaminhados para tratamento na AFR, propiciou a escolha do

Conceito *Bobath* como uma das principais metodologias de tratamento na reabilitação desses pacientes.

O Conceito *Bobath* é uma abordagem de tratamento utilizada em adultos e crianças com Disfunções Neurais, com comprometimento no tônus muscular, no movimento e na função, devido a uma lesão no Sistema Nervoso Central. São realizadas avaliações e intervenções terapêuticas individuais, onde o paciente é tratado de forma holística. Esse Conceito foi desenvolvido pelo casal Berta e Karel Bobath, na Alemanha, através de observações e estudos iniciados em 1943, quando *Mrs Bobath* foi chamada para tratar de um pintor famoso com hemiplegia grave. Através de suas observações a respeito daquele paciente, elaborou técnicas para tentar reduzir a espasticidade, as quais chamou de Padrão de Inibição Reflexa (PIR). Era uma tentativa de fazer com que o paciente voltasse a se mover com mais normalidade após a inibição do padrão patológico para redução do tônus muscular, e estimulação do padrão normal. Como os resultados não foram os esperados, continuou suas pesquisas.

Com isso, o Conceito *Bobath* evoluiu da Teoria Reflexa para o Modelo Hierárquico, onde existia uma tentativa de inibição da atividade tônica integrada no tronco cerebral. Eram elaboradas reações de retificação no nível de integração superior, até chegar às reações de equilíbrio. Hoje, temos no Conceito *Bobath*, uma atuação mais moderna sobre o paciente, o Modelo Sistêmico, que integra o máximo de níveis neuronais, incluindo a parte sensório motora à parte cognitiva, com ênfase na funcionalidade do paciente (MÜLLER, 2015).

Esta técnica é chamada de *Conceito* para que se possa acrescentar tudo que surgir de útil para a filosofia *Bobath* através de novas pesquisas pelo mundo, fazendo com que sua evolução seja constante, mesmo sem seus idealizadores. No Brasil, temos a Dra. Wiltrud Ingrid Monika Müller como primeira instrutora, e que até hoje ministra os cursos no Centro de Estudos Dr^a Monika Müller (CEMM).

Entre os instrumentos utilizados para avaliação e reavaliação dos pacientes temos a Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*, que consta de diversos domínios relacionados à saúde, analisando as estruturas e funções do corpo, participação e contexto ambiental.

No Projeto da “Sala de Independência Funcional” foram utilizados os manuseios do Conceito *Bobath*, enfatizando aqueles onde se trabalham os planos Sagital, Frontal e Transverso, proporcionando uma melhor postura do tronco, com um melhor alinhamento Biomecânico, através de melhora na adequação do tônus muscular.

Somado as técnicas de manuseio do Conceito *Bobath* foi utilizado o Treino Orientado à Tarefa, onde o paciente inicia a sessão com a escolha da função a ser trabalhada, realiza os movimentos necessários para sua execução (Pré-teste), e após ser submetido aos manuseios, passa a treinar passo a passo os movimentos necessários para a execução da tarefa final. Ao fim da sessão, o paciente realiza o que chamamos de pós teste, onde ele realiza outra vez a função escolhida inicialmente, e são analisados suas potencialidades e deficiências.

1.4 TREINO ORIENTADO À TAREFA – TOT

O Treino Orientado à Tarefa (TOT) baseia-se nas teorias do controle motor, principalmente na abordagem da aprendizagem motora e dos sistemas dinâmicos. A abordagem dos sistemas dinâmicos refere-se ao movimento como resultado de uma interação entre o indivíduo, a tarefa e o ambiente. O indivíduo com seus aspectos da percepção, ação e cognição; a tarefa abrangendo mobilidade, manipulação e estabilidade; e o ambiente dividido em regulador e não regulador.

Os conceitos de reaprendizagem motora, desenvolvidos por Carr e Shepherd em 1987, são a base do Treino Orientado à Tarefa, e constam de: reconhecer e analisar o problema, selecionar os componentes perdidos de movimento mais essenciais, explicar ao paciente por demonstrações e palavras, acompanhar o paciente na execução dando-lhe *feedback* verbal, a cada sessão reavaliar a eficácia do desempenho (do fisioterapeuta e do paciente), gradativamente aumentar os graus de liberdade na tarefa, e oferecer motivação para a recuperação das habilidades do paciente através de um ambiente variado.

Com isso o programa de reaprendizagem motora apresenta-se em quatro passos distintos: análise da função, prática dos componentes perdidos, prática da atividade e transferência da aprendizagem. Para iniciar o Treino Orientado à Tarefa é importante que seja estabelecido o plano de tratamento (CARR e SHEPHERD, 1987).

Na análise da função, o terapeuta em parceria com o paciente, deve estabelecer os objetivos e metas do tratamento, dentro da realidade de suas potencialidades e deficiências, e relacionadas com suas atividades funcionais. É importante a participação do paciente nestas escolhas para que ele se sinta motivado com sua reabilitação. Após esta etapa deve-se observar o paciente na realização da atividade escolhida, identificando os erros e acertos para os ajustes na intervenção.

A prática dos componentes perdidos consta da segmentação da atividade em componentes menores, que devem ser treinados isoladamente. Como a maioria dos pacientes em início de tratamento, mostra-se incapaz de realizar a atividade escolhida em sua totalidade, esta fragmentação irá estimular os grupamentos musculares específicos, para que possam apresentar um bom resultado na atuação em conjunto. Antes do início da atividade o paciente deve formar a memória motora, através de instruções e demonstrações do terapeuta. As correções verbais são importantes para a eficácia do paciente, mas seus acertos devem ser identificados e ressaltados, através do reforço positivo, favorecendo o aprendizado motor.

Na prática da atividade trabalha-se as habilidades do paciente dentro de seus limites, utilizando *feedback* verbal e orientação manual, com foco nas atividades em que o paciente apresenta dificuldades, evoluindo sempre que ele alcançar algum controle. No intuito de aumentar a complexidade da atividade, deve-se diminuir o *feedback* verbal e as orientações manuais, acrescentando variações de ambientes, velocidade ou realização de duplas tarefas cognitivas e motoras.

Com a transferência da aprendizagem o paciente transforma em habilidade a atividade que foi treinada. Através da prática no seu dia-a-dia, das atividades treinadas na terapia, ocorre a aprendizagem e automatização. Cabe ressaltar a importância positiva dos familiares e cuidadores, que serão

responsáveis pela continuidade do tratamento no ambiente domiciliar, ajudando na transferência do que foi treinado como atividade para a prática real do paciente (ASSIS et al, 2012).

1.5 INSTRUMENTOS AVALIATIVOS UTILIZADOS NA SIF

Foram utilizados no Projeto da “Sala de Independência Funcional” os seguintes instrumentos avaliativos: a Ficha de Triagem, o MoCA, a MIF, o THMMS, o TUG e a Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*.

1.5.1 Ficha de Triagem

A Ficha de Triagem foi criada com o intuito de se obter um histórico do paciente, que contém dados pessoais como data da avaliação, nome do avaliador, número do prontuário, nome do paciente, estado civil, data de nascimento, idade, endereço completo, telefone, naturalidade, escolaridade, ocupação, dominância, diagnóstico clínico, diagnóstico terapêutico, prognóstico, tempo de lesão, queixa principal, história da doença atual, história de patologias pregressas, medicamentos, histórico familiar e rede de suporte, histórico social, mobilidade e deambulação, avaliações realizadas (data e *score*), e se o paciente é elegível para reabilitação na “Sala de independência Funcional” , conforme Anexo 01.

1.5.2 Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA)

O MoCA – *Montreal Cognitive Assessment* foi desenvolvido no intuito de identificar de forma breve um comprometimento cognitivo leve, cujo processo de

construção durou cerca de cinco anos, passando por sucessivos aperfeiçoamentos. Sua versão final apresenta um instrumento prático, rápido e eficaz na detecção de déficit cognitivo leve (DCL). É um instrumento de reconhecida importância e utilidade, com estudos de adaptação e validação em cerca de trinta países, cuja versão brasileira data de 2007 (FREITAS et al, 2010).

Trata-se de um protocolo composto de uma página, com tempo de aplicação de aproximadamente de 10 minutos, e manual de instruções para sua aplicação. Sua pontuação máxima é de 30 pontos, avaliando oito domínios cognitivos, com diversas tarefas: Atenção e Concentração, Funções Executivas, Memória, Linguagem, Habilidades Viso-Construtivas, Conceituação, Cálculo e Orientação, onde 26 pontos ou mais significam normal, conforme Anexo 02.

1.5.3 Medida de Independência Funcional (MIF)

A MIF – Medida de Independência Funcional foi desenvolvida na década de 1980, por uma força-tarefa Norte-Americana organizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, e validado no Brasil no ano de 2000. É um instrumento que avalia a incapacidade de pacientes com restrições funcionais variadas. Seu objetivo é avaliar quantitativamente o quanto o paciente precisa de cuidados ou supervisão para a realização de diversas tarefas motoras e cognitivas em sua vida diária.

Trata-se de um instrumento que necessita de treinamento para ser utilizado, sendo sua tradução e adaptação dirigida especificamente aos profissionais que devem aplicá-la, e não ao entendimento do paciente, pois não é um instrumento auto aplicativo (RIBERTO et al, 2004).

Segundo Ottenbacher et al em 1996, a reprodutibilidade da MIF apresenta valores de confiabilidade nos testes de concordância Inter-observador e intra-observador (RIBERTO et al, 2001).

A MIF é um instrumento universal para a avaliação das funções superiores, indicando a importância das incapacidades que podem ser

modificadas pela readaptação ou reeducação dos pacientes, sendo seus resultados modificados no conteúdo de um programa de reabilitação (BENVEGNO et al, 2008).

Neste formulário o paciente responderá a perguntas sobre os domínios motores e cognitivos, distribuídos da seguinte forma: Cuidados Pessoais (alimentação, cuidados com a aparência, banho, vestir parte superior do corpo, vestir parte inferior do corpo, asseio); Controle de Esfíncteres (esfíncter vesical, esfíncter anal); Mobilidade / Transferência (cama, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheiro, chuveiro); Locomoção (caminhar, cadeira de rodas, escadas); Comunicação (compreensão, expressão); Cognição Social (interação social, solução de problemas, memória). O paciente é avaliado em cada uma dessas atividades, e a pontuação dada pode variar entre 1 (Dependência Total) e 7 (Independência Completa), com uma pontuação total que pode variar de 18 a 126 pontos (RIBERTO et al, 2004), conforme Anexo 03.

Tabela 01: Classificação dos Níveis de Avaliação da MIF

N Í V E I S	INDEPENDÊNCIA 7 = Independência Completa 6 = Independência modificada	SEM AJUDA
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA 5 = Supervisão 4 = Ajuda Mínima 3 = Ajuda Moderada	COM
	DEPENDÊNCIA COMPLETA 2 = Ajuda Máxima 1 = Ajuda Total	AJUDA

Fonte: Benvegno et al, 2008.

1.5.4 Teste de Habilidade Motora do Membro Superior (THMMS)

O THMMS é um instrumento que foi desenvolvido no ano de 1988, com objetivo de mensurar de forma qualitativa e quantitativa as atividades de vida diária realizadas com o membro superior dos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico. Sua validade, sensibilidade e confiabilidade foram verificadas em 1997 por Kopp et al (MORLIN et al, 2006).

Este teste pode ser aplicado apenas pelo Terapeuta Ocupacional, e avalia de acordo com escalas importantes para a recuperação da função motora: segundo a habilidade funcional (capacidade de executar uma tarefa) e a qualidade do movimento (quão bem o movimento da tarefa foi executado), fornecendo notas de 0 a 5, onde 0 = não tem e 5 = Normal. Estas avaliações são feitas de acordo com as 13 (treze) tarefas pré-estabelecidas: cortar “carne”; comer sanduíche; comer com colher; beber em caneca; pentear o cabelo; abrir a jarra; dar nó em cadarço; usar o telefone; secar água derramada; colocar o casaco; colocar a camiseta; estender o braço; e acender a luz/abrir a porta, conforme Anexo 04.

Tabela 02: Classificação do THMMS

(a) Habilidade Funcional Capacidade de Executar uma Meta	(b) Qualidade do Movimento Quão bem o movimento da tarefa foi executado
0 = Não tem;	0 = Não tem;
1 = Muito bem;	1 = Muito bem;
2 = Pouco;	2 = Pouco;
3 = Moderado;	3 = Moderado;
4 = Quase Normal;	4 = Quase Normal;
5 = Normal	5 = Normal

Fonte: Adaptado de Kopp B., Flor H, et al, 1997

1.5.5 *Timed Up & Go* (TUG)

O TUG é um instrumento de teste amplamente utilizado para avaliação da capacidade funcional e do risco de quedas, possuindo baixo custo e facilidade de aplicação, mostrando bom índice de confiabilidade inter e extraexaminadores, tendo sua versão original traduzida e validade para o Português em 2016 (DUTRA et al, 2016).

Tem como objetivo avaliar a mobilidade funcional do paciente através do equilíbrio dinâmico, da agilidade, da mobilidade e da velocidade da marcha (WOELLNER S. S. et al, 2015).

Consiste em mensurar em segundos, através de um cronômetro, o tempo necessário para que o indivíduo realize a tarefa de levantar de uma cadeira (com apoio de aproximadamente 46 cm de altura e braços de 65 cm de altura), caminhar a distância de 3 (três) metros, virar-se, e voltar rumo à cadeira para sentar-se outra vez. O indivíduo deve partir da posição inicial com as costas apoiadas na cadeira. Após o sinal de partida é iniciada a contagem no cronômetro e o teste termina quando o indivíduo retorna à posição inicial, sentado novamente com as costas apoiadas na cadeira.

O tempo considerado normal para indivíduos independentes e saudáveis, sem risco de quedas, é de aproximadamente 10 segundos. Indivíduos frágeis ou com deficiência normalmente realizam o teste num tempo entre 11 e 20 segundos, sendo considerados com baixo risco de quedas e independência parcial. Os indivíduos que realizam o teste num tempo superior à 20 segundos são considerados com importante déficit de mobilidade física e risco de quedas. Assim, o paciente que consegue realizar tudo em menor tempo mostra-se funcionalmente mais independente (KARUKA, A. H et al, 2011).

1.5.6 AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL DO CONCEITO *BOBATH*

A Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*, tem como particularidade a escolha da função, feita pelo paciente, que se sente mais motivado e envolvido em sua reabilitação. Caso este paciente não consiga realizar esta escolha logo no início de seu tratamento, é importante que em um futuro bem próximo ele já possa vir a fazer. Após a escolha desta função é realizado um pré-teste, e analisados os componentes normais na realização desta função, quais os componentes que o paciente apresenta, e quais são suas dificuldades. São realizados os Manuseios do Conceito *Bobath* e demais intervenções terapêuticas, e ao término da sessão é realizado um pós teste desta mesma função (MÜLLER, 2015).

Esta avaliação segue ainda com a análise dos demais domínios relacionados à saúde, que englobam estruturas e funções do corpo, diagnóstico cinesiológico funcional, participação e contexto ambiental e função social, conforme Anexo 05.

Também são realizadas fotografias dos pacientes, em posturas pré-estabelecidas por este protocolo de avaliação, que se transformam numa valiosa ferramenta para acompanhamento das mudanças na postura e alinhamento biomecânico destes pacientes.

Ao iniciar no Projeto da “Sala de Independência Funcional”, cada paciente em conjunto com a equipe de reabilitação, escolheu uma função que julgava prioritária, sendo eleita como principal foco da abordagem das manobras e atividades realizadas, e analisados os seus ganhos ao longo do período.

Foi utilizada a avaliação inicial e demais reavaliações (realizadas a cada três meses de tratamento), e criada como recurso uma tabela dessas funcionalidades escolhidas previamente por cada paciente, onde é possível observar que a maioria destes pacientes conseguiu atingir os objetivos propostos no início de sua reabilitação, e que apresentamos no capítulo 3.

2 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO E A REABILITAÇÃO

2.1 CONCEITOS DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

O Acidente Vascular Encefálico, por trazer impactos significativos na qualidade de vida em função das limitações e incapacidades de ordem física e cognitiva, onde o indivíduo acometido pelo AVE tem seus hábitos cotidianos modificados temporariamente ou definitivamente, além dos desajustes familiares que decorrem da dependência física, psicológica e/ou econômica, podendo levar até a um isolamento social, está entre as principais causas de aposentadoria por invalidez (DELBONE, 2010).

O AVE é a terceira causa mais comum de morte nos países ocidentais, e a causa mais significativa de incapacidades graves (CARR et al, 2008), que se caracteriza por um déficit neurológico súbito, que resulta de uma ruptura de um vaso sanguíneo cerebral ou uma oclusão, que além dos fatores de risco já conhecidos, também podem estar associados à fatores ambientais ou emocionais (ASSIS, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, com sinais e sintomas correspondentes ao comprometimento de áreas focais do cérebro. É descrito ainda como um déficit neurológico de início subido, causado por um distúrbio vascular, podendo ser hemorrágico ou isquêmico (OMS, 1980).

Numa outra definição temos o AVE como uma afecção causada por danos no aparelho circulatório cerebral, que levam à morte os neurônios cerebrais, trazendo sérios prejuízos a funcionalidade do paciente, principalmente nas áreas responsáveis pelos movimentos, onde a extensão e a localização da lesão são fatores determinantes na gravidade das sequelas neurológicas (BERNAL, 2008).

O AVE pode ainda ser conceituado como uma interrupção do fluxo cerebral vascular, de diversas etiologias, com fatores de predisposição que

levam a alterações físicas, comportamentais e cognitivas diversas, e que dependem da área encefálica que foi comprometida (CRUZ, 2012).

O AVE Hemorrágico é um sangramento cerebral originado pelo rompimento de uma artéria, que pode ser causado por hipertensão arterial, problemas de coagulação sanguínea ou traumas. Por sua vez o AVE Isquêmico é caracterizado pela falta de circulação em determinada área do cérebro, decorrente da obstrução de uma ou mais artérias, causadas por embolia ou trombose, sendo esta última de maior incidência.

A incidência do AVE aumenta com a expectativa de vida, podendo ocorrer em qualquer idade, mas tendo uma maior incidência após os 65 anos de idade. O AVE é classificado entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que se tornaram predominantes, e constituindo um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, que se não gerenciado de forma adequada podem se transformar em uma epidemia, demandando altos investimentos em pesquisas, promoção e prevenção da saúde.

O AVE é líder de incapacidades nos adultos e suas consequências funcionais geralmente levam os sobreviventes do AVE há uma vida sedentária, com limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's), além de déficit cardiológico. O comprometimento motor pode gerar déficits de coordenação nos movimentos, fraqueza muscular, anormalidade no tônus muscular, posturas anormais, sinergias e falta de mobilidade em algumas estruturas.

Seu diagnóstico se baseia na história clínica detalhada e em exames físicos e neurológicos. Para combatê-lo e evitar a recorrência, é importante um controle dos fatores de risco, entre eles a obesidade, o sedentarismo, e o tabagismo que, conseqüentemente, aumenta os níveis de hipertensão arterial e o colesterol.

No Brasil, são registradas aproximadamente 68 mil mortes anuais por AVE, representando a primeira causa de incapacidade e morte no País, trazendo significativos impactos sociais e econômicos (BRASIL, 2012).

Para a reabilitação de um paciente pós AVE, deve-se levar em consideração a prevenção de um segundo episódio, já que todo paciente que sofreu um AVE tem uma maior chance de sofrer um segundo episódio, o que

aumentaria suas sequelas. Numa estratégia de prevenção secundária, deve-se tentar minimizar alguns fatores de risco, como a hipertensão arterial, a diabetes, o tabagismo, o sedentarismo, o uso de contraceptivos orais, o uso de drogas e de álcool, cardiopatias, histórico familiar, entre outros. A reabilitação deve ser feita por equipe interdisciplinar especializada e experiente, com o intuito de uma recuperação precoce dos déficits, visando um melhor resultado na reintegração da vida deste paciente na comunidade, bem como o aumento de sua qualidade de vida e de seus familiares (CRUZ, 2012).

2.2 CONCEITOS DE REABILITAÇÃO NEUROFUNCIONAL

A reabilitação do paciente neurológico, que há cerca de quarenta anos se baseou numa concepção empírica, vem evoluindo para uma abordagem mais científica. O tratamento passou a utilizar a combinação de pesquisas clínicas e novas técnicas que marcam na área do conhecimento uma nova etapa. O conhecimento clínico-terapêutico está valorizando o que é mais funcional, com um repertório técnico baseado numa reabilitação funcional para o paciente que sofreu um AVE. Com isto o tratamento torna-se mais educacional, onde o paciente neurológico aprende a partir de funções motoras básicas, através de tentativas e erros. O aprendizado então acontece por meio de treinamento da sequência dos movimentos usados para desempenhar uma determinada tarefa, permitindo que o paciente conquiste maior desenvolvimento motor e maior independência. Assim, a reabilitação acontece através do esforço e da capacidade do paciente para aprender, de forma ativa, tendo o terapeuta apenas como um facilitador dos movimentos propostos (BERNAL, 2008).

Os pacientes acometidos pelo AVE passam por bruscas transformações no seu cotidiano, causadas por comprometimentos cognitivos e motores, além das alterações comportamentais e emocionais. Porém não se deve esquecer que, apesar das perdas, estes pacientes possuem preservadas habilidades e potenciais, através da capacidade de adaptações, dos princípios de recuperação

e da neuroplasticidade, que irão permitir sua inserção outra vez no meio familiar e social.

Com isso, a Reabilitação Neurofuncional irá acontecer através de um conjunto de práticas onde o terapeuta trabalha junto com o paciente, na tentativa de reduzir os danos cerebrais que reduzem o seu bom desempenho nas tarefas de vida diária. É uma intervenção estratégica cujos objetivos são compensar, adaptar e reduzir os déficits de uma lesão cerebral, de preferência realizados de forma interdisciplinar, capacitando o paciente e seus familiares rumo à uma reabilitação global (CRUZ, 2012).

A Reabilitação Neurofuncional é um processo de intervenção precoce complexa, com o intuito de fazer com que o paciente acometido pelo AVE volte a ser o mais próximo possível do que ele era antes da lesão, ou tenha uma boa adaptação as limitações causadas pelo dano cerebral. Considerando fatores emocionais, cognitivos, psicossociais e clínicos, deve-se iniciar sua reabilitação o mais rápido possível, para proporcionar uma maior probabilidade de readaptação deste paciente (GOUVEIA, 2006).

Esta preocupação com o início da reabilitação deve surgir desde o evento agudo até a execução da função máxima, onde os objetivos alcançados devem ser a promoção da saúde deste paciente e sua independência, o aumento de sua sobrevivência, a melhora na qualidade de vida e sua reintegração na sociedade. O período de maior recuperação está compreendido entre três a seis meses, em função do potencial da neuroplasticidade, com quadro clínico pós AVE extremamente variável (ASSIS, 2012).

No próximo capítulo apresentaremos os resultados da análise da funcionalidade, obtidos na Reabilitação Neurofuncional dos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico em acompanhamento na “Sala de Independência Funcional”, através dos quantitativos obtidos nas avaliações e reavaliações dos instrumentos avaliativos da MIF e da Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*, presentes no Projeto.

3 ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE DOS PACIENTES PÓS AVE ACOMPANHADOS NO PROJETO “SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL”

Este capítulo se destina a descrever e analisar resultados da análise da funcionalidade, através da proposta de tratamento oferecida aos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, de acordo com a metodologia descrita nos capítulos anteriores.

3.1 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo foi realizado na “Sala de Independência Funcional” da Associação Fluminense de Reabilitação - AFR, situada em Niterói, no estado do Rio de Janeiro, e se caracteriza como um Estudo Descritivo do Projeto e Intervencionista, com abordagem Quantitativa para os resultados encontrados.

Contempla uma primeira etapa composta pela descrição do Projeto da “Sala de Independência Funcional”, e conceitos sobre Acidente Vascular Encefálico e Reabilitação Neurofuncional, já apresentados nos capítulos 1 e 2.

Numa segunda etapa, possui um estudo intervencionista, com a finalidade de aplicar e analisar a evolução terapêutica, quanto à funcionalidade, dos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, atendidos na “Sala de Independência Funcional”, através dos manuseios do Conceito *Bobath* associados ao Treino Orientado à Tarefa. Os pacientes foram avaliados e reavaliados através dos instrumentos avaliativos da MIF (Medida de Independência Funcional) e da Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*, como apresentado na metodologia do Projeto da “Sala de Independência Funcional” no capítulo 1.

O objetivo desse estudo é de analisar os resultados da funcionalidade na reabilitação de pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, submetidos a tratamento na “Sala de Independência Funcional, através dos protocolos da MIF

e da Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*, com a abordagem interdisciplinar da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional.

Participaram deste estudo 11 (onze) pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, elegíveis para reabilitação na “Sala de Independência Funcional” da AFR, que correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão do Projeto.

Os critérios de inclusão para participação foram: pacientes pós Acidente Vascular Encefálico com até 01 (um) ano de lesão; que apresentaram quadro clínico estável; e funções cognitivas necessárias de acordo com a avaliação – MoCA (*score* mínimo = 26/30) e MIF (cognição e interação social – *score* mínimo = 20). Como critérios de exclusão: pacientes com diagnóstico diferente de Acidente Vascular Encefálico, ou que tivessem mais de 01 (um) ano de lesão; com instabilidades clínicas; com pontuações insuficientes para as avaliações do MoCA (*score* mínimo = 26/30) e MIF (cognição e interação social – *score* mínimo = 20).

Como instrumentos de pesquisa deste estudo, foram utilizados a Ficha de Triagem, a MIF (Medida de Independência Funcional) e a Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*.

De acordo com os aspectos éticos, informamos que esta pesquisa não ofereceu riscos para os pacientes convidados, nem físico nem psicológico, já que os pacientes se sentiram à vontade em participar ou não da pesquisa, ou de poderem desistir a qualquer momento, conforme determina o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, em anexo 06.

Este estudo teve a duração de 12 (doze) meses, desde o início da pesquisa bibliográfica, e o término da coleta de dados com suas respectivas análises dos resultados. Foram analisados os resultados encontrados nas avaliações e reavaliações de 11 (onze) pacientes, que foram reavaliados nos mesmos protocolos das avaliações iniciais a cada 03 (três) meses, sendo alguns pacientes reavaliados apenas 01 (uma) vez, outros 02 (duas) vezes, dependendo da sua data de adesão ao Projeto para reabilitação.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Conforme a tabela abaixo (Tabela 03), dos 11 pacientes que fizeram parte desse estudo, 06 eram mulheres e 05 eram homens, correspondendo, respectivamente, a 55% e 45% dos pacientes. A idade média desses pacientes foi de 64,3 anos, sendo que o paciente mais novo tinha 47 anos, e o mais velho, 82 anos. Do total, 06 eram casados ou tinham companheiros (55%), 05 eram viúvos, solteiros ou separados/divorciados (45%). O nível de escolaridade desses pacientes era baixo, sendo que 01 (9%) não tinha escolaridade nenhuma, 07 (64%) tinham o Ensino Fundamental e 03 (27%), o Ensino Médio. Quanto ao tipo de AVE, 09 (82%) eram do tipo isquêmico e 02 (18%) do tipo hemorrágico. Em relação à dominância, 10 (91%) pacientes relataram ser destros e 01 (9%), canhoto. Entre os pacientes, 08 (73%) tinham hemiparesia/hemiplegia à Esquerda e 03 (27%) à Direita. Quanto ao tempo de lesão, observou-se que 07 (64%) pacientes iniciaram tratamento até os seis primeiros meses da lesão, enquanto 04 (36%), após seis meses da lesão.

Tabela 03: Dados Demográficos

PAC	GÊN	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	TIPO AVE	DOMINÂNCIA	DIMÍDIO COMPRO-METIDO	TEMPO LESÃO
P01	M	48	Casado	Fundamental Incompleto	Isquêmico	Destro	E	1 a
P02	M	73	Casado	Médio Completo	Isquêmico	Destro	E	9 m
P03	F	82	Divorc	Fundamental Incompleto	Isquêmico	Destra	E	4 m
P04	M	63	Casado	Fundamental Incompleto	Isquêmico	Destro	D	3 m
P05	F	73	Viúva	Fundamental Incompleto	Hemorrágico	Destra	E	4 m
P06	F	79	Casada	Analfabeta	Isquêmico	Destra	E	4 m
P07	F	47	Solteira	Médio Completo	Isquêmico	Destra	E	9 m
P08	F	66	Solteira	Médio Completo	Isquêmico	Destra	D	5 m
P09	M	54	Casado	Fundamental Incompleto	Hemorrágico	Canhoto	E	5 m
P10	M	62	Casado	Fundamental Incompleto	Isquêmico	Destro	D	4 m
P11	F	60	Separada	Fundamental Incompleto	Isquêmico	Destra	E	11 m

Gráfico 01: Gênero

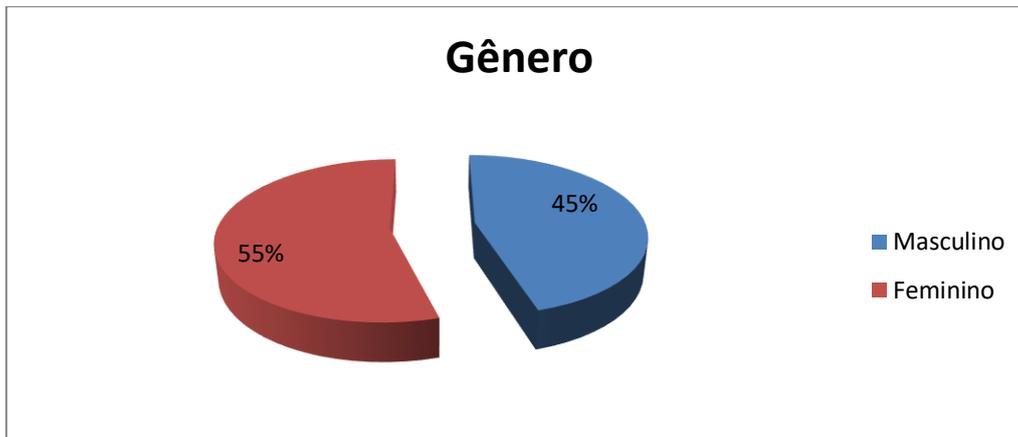


Gráfico 02: Faixa Etária

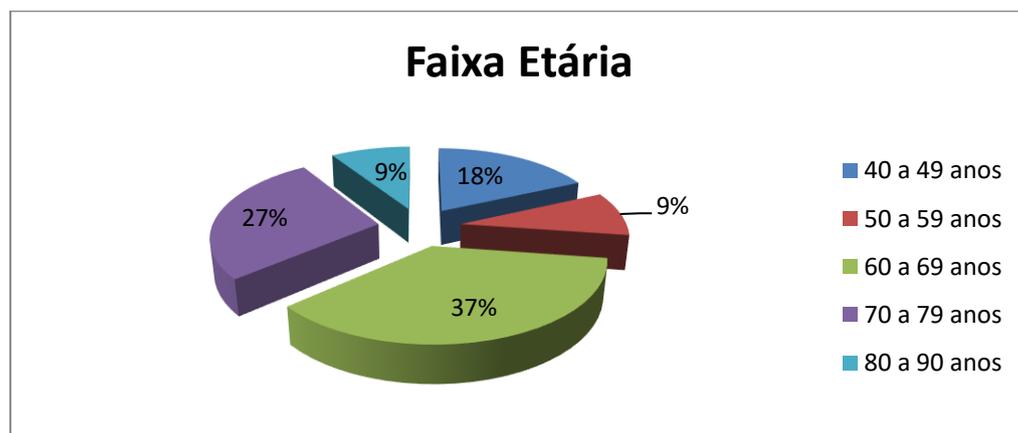


Gráfico 03: Estado Civil

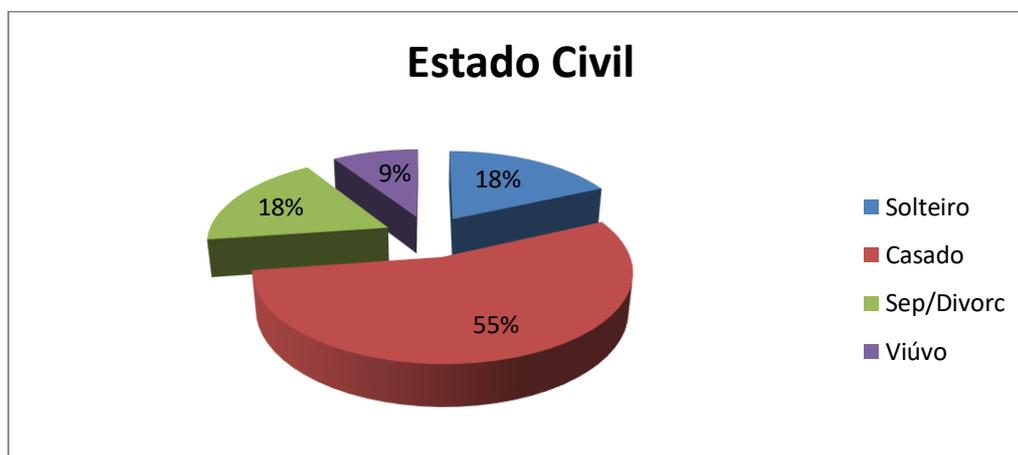


Gráfico 04: Escolaridade

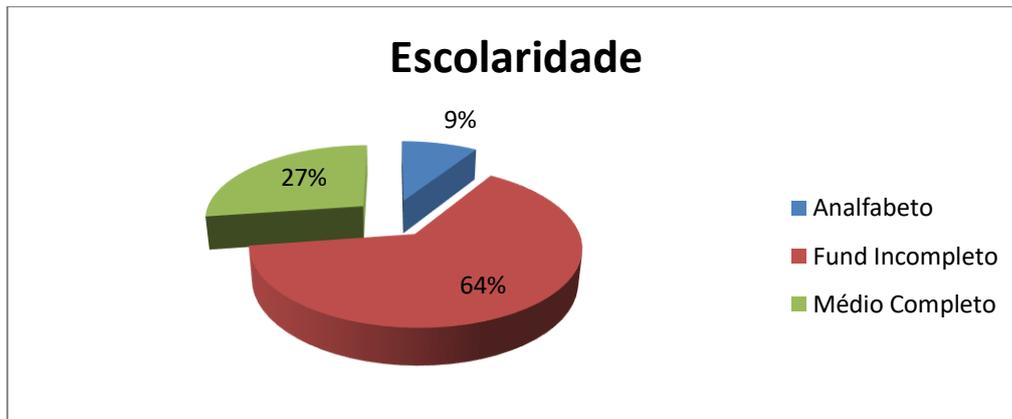


Gráfico 05: Tipo de AVE

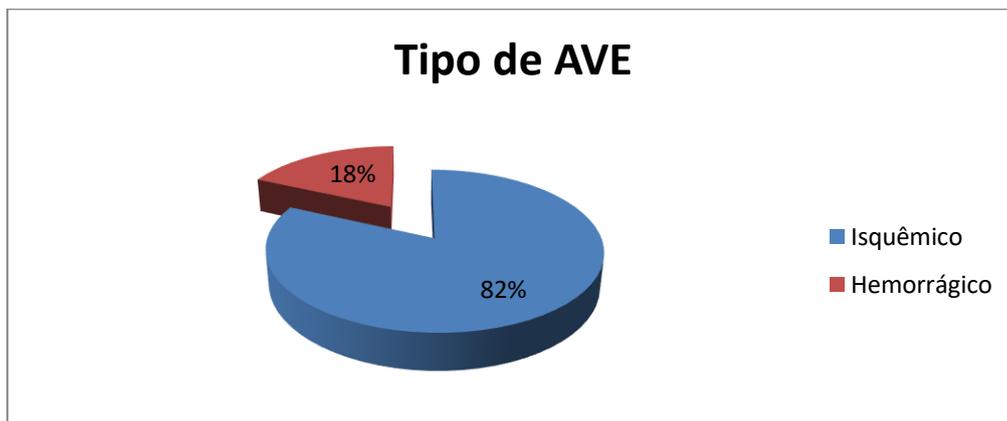


Gráfico 06: Dominância

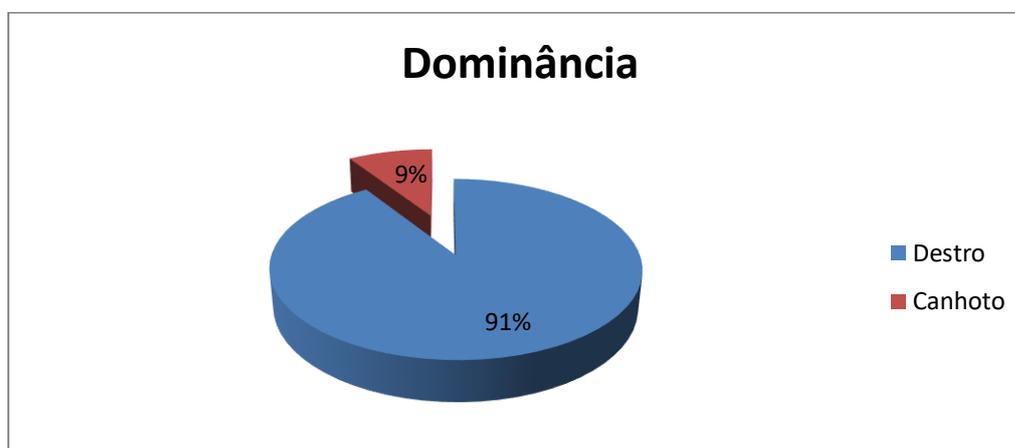


Gráfico 07: Dimídio Comprometido

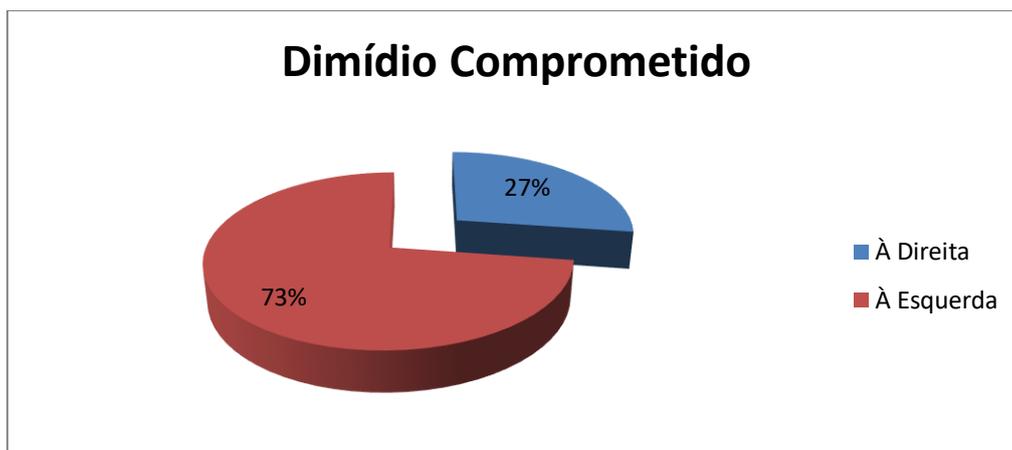


Gráfico 08: Tempo de Lesão



3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.3.1 Resultados da MIF

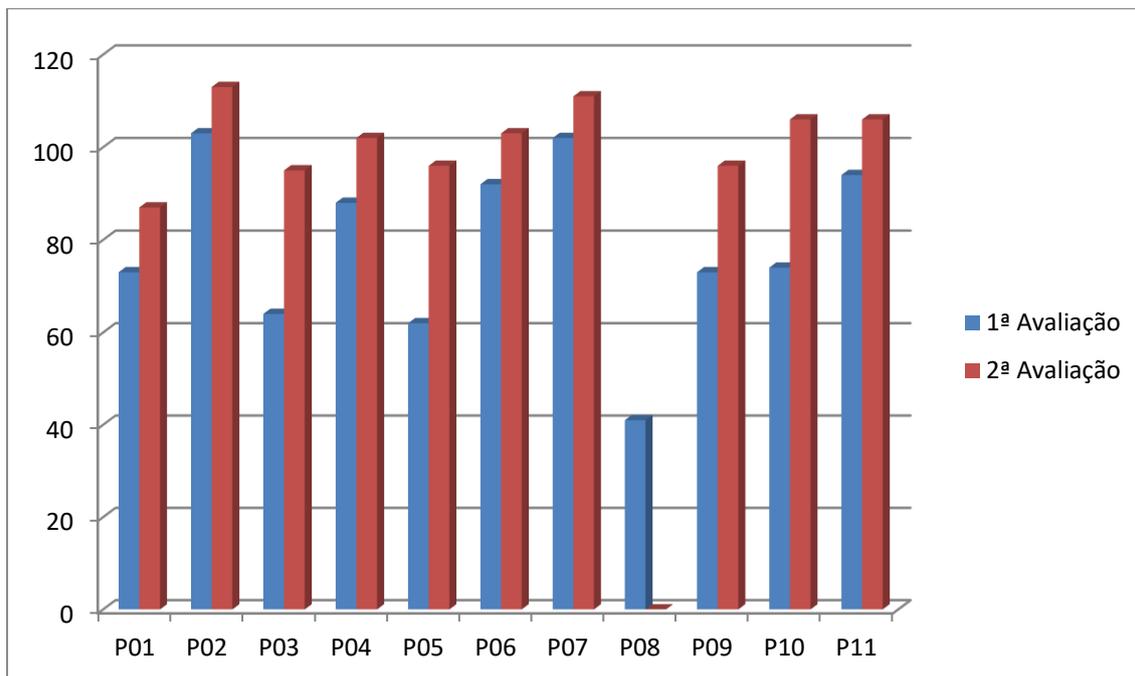
De acordo com os resultados da Medida de Independência Funcional – MIF, através da Tabela 04, em nenhuma das avaliações houve algum paciente que obtivesse a pontuação máxima nos domínios de Comunicação e Cognição Social (*score* máximo de 35 pontos), como também no *Score* Total, que é de

126 pontos. Porém, observa-se que, no *Score Total*, com exceção do paciente P08 que teve alta do tratamento por intercorrências médicas, todos os outros 10 (dez) pacientes mostraram significativa melhora entre a primeira e a segunda avaliação, que ocorreram no período dos três primeiros meses de tratamento, mostrando uma melhora de 90% da amostra.

Tabela 04: Resultados da MIF

PAC	1ª AVALIAÇÃO				2ª AVALIAÇÃO			
	Com + Cog Soc	Score Total	Percentual Total	DATA 1ª AVAL	Com + Cog Soc	Score Total	Percentual Total	DATA 2ª AVAL
P01	25/35	73/126	58,00%	Dez/16	30/35	87/126	69,00%	Mar/17
P02	34/35	103/126	81,75%	Jan/17	34/35	113/126	89,60%	Abr/17
P03	20/35	64/126	50,00%	Dez/16	27/35	95/126	75,40%	Mar/17
P04	20/35	88/126	69,80%	Jan/17	26/35	102/126	80,90%	Abr/17
P05	23/35	62/126	49,21%	Dez/17	27/35	96/126	76,19%	Abr/17
P06	29/35	92/126	73,00%	Jan/17	29/35	103/126	81,75%	Abr/17
P07	26/35	102/126	80,90%	Dez/16	31/35	111/126	88,09%	Mar/17
P08	20/35	41/126	32,50%	Jan/17	Alta	-	-	-
P09	24/35	73/126	57,90%	Mai/17	32/35	96/126	76,19%	Set/17
P10	22/35	74/126	58,70%	Mai/17	34/35	106/126	84,13%	Set/17
P11	25/35	94/126	74,60%	Abr/17	31/35	106/126	84,13%	Set/17

Gráfico 09: Resultados da MIF



3.3.2 Resultados da Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*

Para análise dos resultados da Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*, foram utilizadas as funções escolhidas por cada paciente, conforme Tabela 05, e percepção de suas evoluções avaliadas a cada 03 (três) meses nas reavaliações, conforme o desempenho destas funções escolhidas, chegando-se ao resultado final onde o paciente atinge totalmente, parcialmente ou não atinge os objetivos escolhidos inicialmente em seu tratamento, ou se no decorrer do processo estes objetivos precisaram ser modificados/adaptados para melhor ganho em sua reabilitação.

O paciente P01 teve como escolha da função voltar suas atividades laborativas de zelador de prédio, onde necessitava de maior mobilidade e aquisição de marcha independente. Durante o período do projeto utilizava uma muleta canadense para realização da marcha, sempre supervisionada por terceiros. No período de curto e médio prazo foi conseguido uma marcha domiciliar independente (sem auxílio da muleta canadense e sem auxílio de

terceiros). Este paciente segue no setor de Fisioterapia Geral da AFR com objetivos de tratamento.

O paciente P02 já realizava marcha com auxílio de uma bengala, por déficit de equilíbrio e força muscular. Desejava adquirir mais agilidade na marcha e independência, para facilitar seu dia a dia. O paciente demonstrou atingir a funcionalidade desejada, pois passou a realizar marcha independente, sem auxílio da bengala.

Já o paciente P03 desejava voltar as suas atividades laborais de vendedora de cosméticos, mas em decorrência de sua institucionalização numa ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), as necessidades passaram a ser sua independência nas atividades de vida diária (AVD'S). Assim consideramos que no período do projeto, a paciente atingiu os objetivos imediatos de sua reabilitação.

Quanto ao paciente P04 que mora sozinha num sobrado próximo as filhas, seus desejos estavam relacionados à maior independência na realização das tarefas domésticas para que obtivesse maior autonomia em seu dia a dia. Conseguiu durante o projeto perceber seus ganhos na funcionalidade, realizando com independência e segurança as tarefas domésticas propostas por ela durante o projeto, como varrer a casa, cozinhar, lavar e estender a roupa.

O paciente P05 trabalhava com jardinagem antes do AVE, e manifestou como desejo voltar as suas funções laborativas. Algumas questões interferiram no seu tratamento, como a sua afasia, e o paciente não voltou a jardinagem como ofício, mas realiza a função em casa, organizando os canteiros de seu quintal, plantando mudas, usando o regador e demais utensílios pertinentes a profissão.

O paciente P06, assim como o paciente P04 também desejava adquirir mais independência nas tarefas domésticas, e como seu comprometimento era menor, conseguiu alcançar os objetivos propostos num curto período.

Quanto ao paciente P07, suas limitações pós AVE eram poucas e ele desejava alcançar uma melhora na marcha, com maior agilidade e equilíbrio. Como não haviam complicações ou outras comorbidades, o paciente atingiu num curto período de tempo seu objetivo funcional.

O Paciente P08 não atingiu os objetivos propostos em seu tratamento devido a diversas intercorrências. Iniciou no setor em uso de cadeiras de rodas com auxílio de terceiros para tocar a cadeira, e com o desejo de ficar em pé. Em várias tentativas da equipe para tirá-la da cadeira de rodas, a paciente realizava hipotensão postural, o que dificultava bastante o andamento de sua reabilitação. Em seu domicílio, sofreu uma queda da cama e fraturou o pé, precisando ser afastada do tratamento para sua recuperação, e conseqüentemente recebendo alta do projeto.

Já o paciente P09 iniciou no setor em uso de cadeira de rodas, desejando voltar a adquirir marcha independente para voltar as suas atividades laborais de cozinheiro. Hoje possui marcha independente sob supervisão, mas ainda não alcançou os objetivos e continua em tratamento na instituição.

O paciente P10 desejava voltar a realizar pequenos consertos em casa, como serviços de pintura e outros reparos. Atingiu parte de seus objetivos porque já consegue ficar em pé sozinho e recuperou significativamente os movimentos dos membros superiores que comprometiam as funções. Continua em tratamento na instituição com novas metas funcionais.

O paciente P11 é um paciente que já iniciou no setor apresentando-se independente, realizando suas atividades de vida diária também de forma independente, mas queixando-se de uma lentidão na marcha. Fazia uso de uma bengala para andar e duas joelheiras sobrepostas. É um paciente de temperamento difícil, que faz acompanhamento psiquiátrico, que por vezes dificultou as avaliações por parte da equipe, mas foi possível constatar sua melhora através dos resultados obtidos na realização da marcha independente, sem o uso da bengala, atingindo assim o objetivo proposto.

Com a suspensão do Projeto da “Sala de Independência Funcional”, todos os pacientes que não atingiram seus objetivos, seguiram para os setores de Fisioterapia Geral e Terapia Ocupacional para continuarem com seus objetivos de tratamento para reabilitação na instituição, inclusive o paciente P08 que havia sido afastado por alta médica, e que após sua recuperação e liberação médica, pode voltar para o tratamento na instituição com seus objetivos. Os pacientes que atingiram os objetivos foram encaminhados para o Setor do Reintegrar onde

tiveram a oportunidade de serem preparados para alta da instituição e receber além das orientações pós alta, indicações para outros serviços de estimulação.

Tabela 05: Resultados da Avaliação Neurofuncional – Conceito *Bobath*

PAC	Função Escolhida / Função Adaptada	Tempo de Lesão	Início do Tratamento	Última Avaliação	Atingiu os Objetivos	Atingiu Parcialmente os Objetivos	Não Atingiu os Objetivos
P01	Voltar a Trabalhar- Zelador Realizar Marcha Independente	1 a	Dez/16	Jul/17	-	X	-
P02	Realizar Marcha Independente Com mais agilidade	9 m	Jan/17	Jul/17	X	-	-
P03	Voltar a Trabalhar- Vendas Independência nas AVD'S	4 m	Dez/16	Jul/17	X	-	-
P04	Independência nas Tarefas Domésticas	3 m	Jan/17	Jul/17	X	-	-
P05	Voltar a Trabalhar- Jardinagem Uso Regador /Ferramentas	4 m	Dez/16	Jul/17	X	-	-
P06	Independência nas Tarefas Domésticas	4 m	Jan/17	Abr/17	X	-	-
P07	Melhorar a Marcha	9 m	Dez/16	Mar/17	X	-	-
P08	Ficar em Pé / Andar	5 m	Jan/17	-	-	-	X
P09	Voltar a Trabalhar- Cozinheiro Realizar Marcha Independente	5 m	Mai/17	Set/17	-	X	-
P10	Voltar a Trabalhar- Pintor / Consertos em Casa	4 m	Mai/17	Set/17	-	X	-
P11	Melhorar a Velocidade da Marcha	11 m	Abr/17	Set/17	X	-	-

Este estudo pretendeu mostrar os ganhos quantitativos e qualitativos na funcionalidade dos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, em tratamento

de reabilitação no Projeto da “Sala de Independência Funcional”, onde o trabalho realizado de forma concomitante, da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, atuando de forma interdisciplinar e muitas vezes transdisciplinar, utilizando como metodologia os manuseios do Conceito *Bobath* associados ao Treino Orientado à Tarefa, mostrou uma nova realidade em Reabilitação Neurofuncional.

A “Sala de Independência Funcional” teve como um de seus objetivos atender aos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, e como proposta do Projeto a atuação interdisciplinar. A importância desta abordagem interdisciplinar é definida, segundo Mendes em 2008, como uma interação mais forte entre as disciplinas que se confrontam, discutem perspectivas e se comunicam entre si, construindo sua própria complexidade, impregnada por articulações e trocas intensas entre os diversos participantes (MENDES, 2008).

A interdisciplinaridade promove, além da troca de saberes mútuos, uma maior motivação ao paciente, através das técnicas e manobras que podem ser realizadas pelo fato de estarem atuando ao mesmo tempo estes dois profissionais. A “Sala de Independência Funcional” proporcionou este atendimento interdisciplinar e até transdisciplinar, ao permitir que o paciente fosse atendido ao mesmo tempo pelos dois profissionais (Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional) onde os saberes de cada um se complementavam e se misturavam durante as diversas abordagens terapêuticas propostas em suas sessões de reabilitação no Projeto.

O período de maior recuperação do paciente pós AVE está compreendido no espaço de tempo entre três a seis meses após a lesão, em função do potencial da neuroplasticidade, onde o paciente apresenta um quadro clínico bastante variável (ASSIS, 2012). Conforme citado por Assis (2012) a “Sala de Independência Funcional” estabeleceu como critério de inclusão o ingresso de pacientes com até um ano de lesão por acreditar na plasticidade neural nesse período, o que favoreceu os resultados encontrados nesse estudo, onde a MIF apresentou aumento no *score*, significando um aumento de independência no período de apenas 03 (três) meses entre a primeira e a segunda avaliações, observado através do gráfico 09.

Estes resultados estão de acordo com as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, quando enfatiza que a

reabilitação deve acontecer de forma precoce para que possa minimizar incapacidades, evitar sequelas e proporcionar ao paciente um retorno as suas atividades e participações na comunidade o mais breve possível (MS, 2013). A intervenção precoce proporcionou aos pacientes ficarem um menor tempo na fila de espera, iniciando logo seu tratamento, que foi a intenção do Projeto da “Sala de Independência Funcional”.

No âmbito Qualitativo, a proposta de trabalho do Projeto da “Sala de Independência Funcional” mostrou-se ímpar quanto ao atendimento das particularidades de seus pacientes, vistos de forma Biopsicossocial, através de um olhar integral do indivíduo e não reducionista.

O emprego da Avaliação Neurofuncional – Conceito *Bobath*, permitiu que os terapeutas envolvidos no projeto pudessem conhecer melhor cada um desses pacientes e com isso atender melhor as demandas de cada um deles quanto as suas necessidades de reabilitação, através de um trabalho mais assertivo.

Como observamos na Tabela 05 (Resultados da Avaliação Neurofuncional – Conceito *Bobath*), cerca de 64% dos pacientes conseguiram atingir seus objetivos, o que significa que obtiveram ganhos na funcionalidade. Estes ganhos podem ser justificados por algumas razões, entre elas o ambiente adequado da “Sala de Independência Funcional”, que proporcionou a execução de diversas tarefas visando este aumento da funcionalidade. Outro aspecto importante a ser considerado é a metodologia de tratamento utilizada do Conceito *Bobath* associado ao Treino Orientado à Tarefa, onde através dessas abordagens o paciente escolhe junto com o terapeuta a função que deseja trabalhar, fazendo com que ele se sinta muito mais motivado por estar trabalhando na reabilitação daquilo que ele realmente deseja melhorar.

O Conceito *Bobath* possibilita esta interdisciplinaridade, além de trabalhar manobras específicas para determinadas funções, que dependem das escolhas feitas por cada paciente. Na escolha da função, o terapeuta em parceria com o paciente, deve estabelecer os objetivos e as metas do tratamento, dentro da realidade de suas deficiências e potencialidades, e relacionadas com suas atividades funcionais.

Assim, com esta pesquisa foi possível perceber que o trabalho interdisciplinar, que teve como principais abordagens terapêuticas o Conceito

Bobath e o Treino Orientado à Tarefa, pode otimizar o atendimento dos pacientes atendidos na “Sala de Independência Funcional”, através de suas metodologias, onde levou em consideração o desejo de cada paciente, e tendo como recurso o ambiente preparado do apartamento funcional, comprovados através dos resultados encontrados nas avaliações e reavaliações feitas com os instrumentos avaliativos utilizados.

Com isso, comprovamos que o Projeto “Sala de Independência Funcional”, na forma como foi construído, é capaz de abreviar o tempo do processo de recuperação funcional para o paciente pós AVE, através de intervenções inter e transdisciplinar como propôs as Diretrizes do Ministério da Saúde, propiciando uma melhora na funcionalidade, e conseqüentemente, melhora na independência, autonomia, maior qualidade de vida e inclusão social.

3.3.2 Variáveis do Estudo

No contexto em que os pacientes estão inseridos, alguns fatores interferiram sobremaneira no tempo de permanência do paciente em tratamento, antecipação da alta de tratamento, ou até mesmo na aplicabilidade dos protocolos avaliativos.

- Protocolos Avaliativos:

Quanto a Avaliação Cognitiva Montreal (MoCA), observou-se após aplicação do instrumento em diversos pacientes da instituição, que alguns itens do teste se mostraram muito além das capacidades intelectuais dos pacientes, não podendo ainda ser aplicado em pacientes com afasia, e nos pacientes cujo hemisfério comprometido encontra-se no mesmo lado de sua dominância de lateralidade, o que dificultou na sua aplicabilidade e conclusão dos resultados avaliativos, no Projeto da “Sala de independência Funcional”.

- Comorbidades:

Outro fator significativo são as comorbidades, que demonstram ter um impacto no processo de reabilitação dos pacientes, causando alta antecipada no tratamento por intercorrências graves, ou influenciando de forma negativa nos resultados das avaliações por apresentarem grande instabilidade clínica. Durante este estudo 1 (um) paciente necessitou de alta do tratamento por intercorrência médica.

- Fatores Emocionais:

Os aspectos emocionais acabam por interferir de maneira importante no estado geral do paciente e na sua motivação a respeito das avaliações e evoluções de seu tratamento.

Durante o período do projeto, tivemos 01 (um) paciente que sofreu mudanças bruscas em seu cotidiano, saindo da moradia própria para uma Instituição de Longa Permanência, que de alguma forma interferiu no seu processo de reabilitação.

- Outros Fatores:

Durante o estudo 2 (dois) pacientes obtiveram alta do tratamento por objetivos alcançados em 03 de abril de 2017, já que as limitações pós AVE eram de menor vulto.

Vários outros fatores influenciaram como idade, aceitação do paciente quanto as limitações pós Acidente Vascular Encefálico, tempo de lesão, entre outros no processo de reabilitação.

CONCLUSÃO

O acidente vascular encefálico traz impactos significativos, porque não dizer, muitas vezes traumáticos, na qualidade de vida dos pacientes, que num dado momento perdem sua independência e autonomia, passando a depender dos cuidados de terceiros até mesmo para as tarefas simples do seu dia-a-dia, em função das limitações físicas e cognitivas, que podem trazer desajustes familiares causados pela dependência física, psicológica e financeira, podendo levar o paciente a um isolamento social.

Com isso a Reabilitação Neurofuncional surge trazendo novas perspectivas na vida deste paciente acometido pelo AVE, que vê no tratamento uma chance de recuperar suas funções motoras, e com isso sua autonomia e independência, podendo até em muitos casos voltar a vida laboral.

O projeto “Sala de Independência Funcional” propôs o resgate desta autonomia e independência, através do trabalho interdisciplinar da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, utilizando os manuseios do Conceito *Bobath* associados ao Treino Orientado à Tarefa, num ambiente totalmente preparado para a reabilitação de seus pacientes, proporcionando a estes pacientes, ao final do projeto, uma maior qualidade de vida.

Este estudo permitiu observar e quantificar os resultados positivos obtidos na reabilitação dos pacientes pós Acidente Vascular Encefálico, em tratamento na “Sala de Independência Funcional”, através dos resultados encontrados nas avaliações e reavaliações, com a ajuda da Medida de Independência Funcional (MIF) e da Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*.

Assim, com esta pesquisa foi possível perceber que o trabalho interdisciplinar, que teve como principais abordagens terapêuticas o Conceito *Bobath* e o Treino Orientado à Tarefa, pode otimizar o processo de Reabilitação Neurofuncional, considerando o desejo de cada paciente atendido na “Sala de Independência Funcional”.

Com isso comprovamos que o Projeto “Sala de Independência Funcional”, na forma como foi construído, é capaz de abreviar o tempo do processo de recuperação funcional para o paciente pós AVE, através de intervenções inter e

transdisciplinar como propôs as Diretrizes do Ministério da Saúde, ressaltando a importância do atendimento interdisciplinar não somente da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, mas dos demais profissionais como o Psicólogo e o Fonoaudiólogo, propiciando uma melhora na funcionalidade, e conseqüentemente, melhora na independência, autonomia, maior qualidade de vida e inclusão social.

REFERÊNCIAS

BERNAL, A. Derrame Manual do Recomeço. São Paulo: Editora Manole, 2008.

BENVEGNU, A. B et al. Avaliação da Medida de Independência Funcional de Indivíduos com Sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Revista Ciência & Saúde. Porto Alegre, vol. 1, nº 2, p. 71-77, 2008.

CACHO, E. W. A, et al. Avaliação da Recuperação Motora de Pacientes Hemiplégicos Através do Protocolo de Desempenho Físico Fugl-Meyer. Revista Neurociências V. 12 n. 2 – Junho, 2004.

CARR, J.; SHEPHERD R. Reabilitação Neurológica: Otimizando o Desempenho Motor. Barueri, 2008.

CRUZ, D. M. C da. Terapia Ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2012.

DELBONE, M. C. C; MALENGO, P. C. M; SCHMIDT, E. P. R. Relação entre os Aspectos das Alterações Funcionais e seu Impacto na Qualidade de Vida das Pessoas com Sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Revista O Mundo da Saúde, 34 (2): 165-175, São Paulo, 2010.

DUTRA, M. C; CABRAL, A. L. L; CARVALHO, G. A. Tradução para o Português e Validação do Teste *Timed Up and Go*. Revista Interfaces, Saúde, Humanas e Tecnologia, Vol. 3 (9), pp. 81-88, Ceará, 2016.

FORTES, C. C. Interdisciplinaridade: Origem, Conceito e Valor. Revista Acadêmica SENAC. UFSM, 2009.

FREITAS, S; SIMÕES, M; MARTINS, C; VILAR, M; SANTANA, I. Estudos de Adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a População Portuguesa. Avaliação Psicológica. 2010, 9(3), pp. 345-357.

GOUVEIA, P. A. R. Introdução à Reabilitação Neurológica em Adultos. Artes Médicas, p. 73-95. São Paulo, 2006.

KARUKA, A. H., SILVA, J. A. M. G., NAVEGA, M. T. Análise da Concordância entre Instrumentos de Avaliação do Equilíbrio Corporal em Idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, Vol. 15, n. 6, p. 460-6, São Carlos, 2011.

LEIS, H. C. Sobre o Conceito de Interdisciplinaridade. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*. Florianópolis, 2005.

MARCO, M. A. D. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: Um Projeto de Educação Permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Vol. 30, nº 1. Rio de Janeiro, 2006.

MENDES, J. M. R, et al. Saúde e Interdisciplinaridade: Mundo Vasto Mundo. *Revista Ciência e Saúde*. V. 1, n. 1, p. 24-32. Porto Alegre, 2008.

MERTENS, R. S. K; FUMANGA, M; TOFFANO, C. B; SIQUEIRA, F. Como Elaborar Projetos de Pesquisa – Linguagem e Método. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Acidente Vascular Cerebral (AVC). Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. Brasília, 2013.

MORLIN, A. C. G., DELATTRE, A. M., CACHO, E. W. A., OBERG, T. D., OLIVEIRA, R. Concordância e Tradução para o Português do Teste de Habilidade Motora do Membro Superior – THMMS. *Revista Neurociências*, São Paulo, 2006.

MÜLLER, W. I. M. Curso Básico para Avaliação e Tratamento do Paciente Neurológico Adulto – Conceito Neuroevolutivo Bobath. Apostila I, Petrópolis, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Promovendo Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral. Porto Alegre: Artmed Editora, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, 2004.

PINNO, C et al. Acidente Vascular Encefálico: Desafio para os Gestores na Rede de Atenção à Saúde. Rev de Enferm UFSM, 2014. 4(4): 667-677.

RIBERTO et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica, 2004.

RIBERTO et al. Reprodutibilidade da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica, 2001.

RUARO A. J. et al. Panorama e Perfil da Utilização da CIF no Brasil – Uma Década de História. Revista Brasileira de Fisioterapia. São Carlos, 2012.

SARMENTO A. L. R., BERTOLUCCI, P. H. F., WAJMAN, J. R. Montreal Cognitive Assessment (MOCA). Versão Experimental Brasileira. UNIFESP. São Paulo, 2007.

SEBASTIANI, R. W. MAIA, E. M. C. Contribuições da Psicologia da Saúde Hospitalar na Atenção ao Paciente Cirúrgico. Acta Cirúrgica Brasileira, Vol. 20, suppl. 1. São Paulo, 2005.

SILVA et al. Projeto Sala de Independência Funcional. Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), 2016.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico. Ver. Latino-Am Enfermagem, 11 (4):525-31. São Paulo, 2003.

WOELLNER S. S. et al. Testes de Equilíbrio em Pacientes Hemiparéticos por AVC. Neurociências, Vol. 11, n. 1, 2015.

Anexo 01: Ficha de Triagem (1/3)



SIF - SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL
TRIAGEM - GERAL

DATA DA AVALIAÇÃO: ___ / ___ / ___ AVALIADOR: _____

Prontuário: _____

I - DADOS INICIAIS:

Nome: _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ___ / ___ / ___ (_____)

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (___) _____ Naturalidade: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

Dominância: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Diagnóstico Terapêutico: _____

Prognóstico: _____

Tempo de lesão: _____

II - QUEIXA PRINCIPAL:

III - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Anexo 01: Ficha de Triagem (2/3)

IV- HISTÓRIA DE PATOLOGIAS PREGRESSAS:

() HAS () Cardiopatias () Diabetes

() Cirurgias – Quais: _____

() Outros – Quais: _____

V- MEDICAMENTOS:

Autonomia/Gerenciamento das medicações: (__) SIM (__) NÃO

OBS: _____

VI- HISTÓRICO FAMILIAR / REDE DE SUPORTE:

Mora Sozinho? (__) SIM (__) NÃO

Pessoa para Contato: _____

Grau de Parentesco: _____ Tel.: () _____

OBS: _____

VII- HISTÓRICO SOCIAL:

() Tabagista () Etilista () Outros _____

Frequência: _____

Anexo 01: Ficha de Triagem (3/3)

VIII – MOBILIDADE E DEAMBULAÇÃO:

XI – AVALIAÇÕES:

. MoCA – Score: _____

. MIF (Se necessário): _____

. TUG – Tempo: _____

OBS: _____

XII – ELEGÍVEL PARA A SIF:

() SIM () NÃO

Horário Atendimento na SIF: _____

Outros setores de Atendimento: _____

Anexo 02: Avaliação Cognitiva Montreal – MoCA (1/1)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Versão Experimental BrasileiraNome: _____
Escolaridade: _____
Sexo: _____Data de nascimento: / /
Data de avaliação: / /
Idade: _____

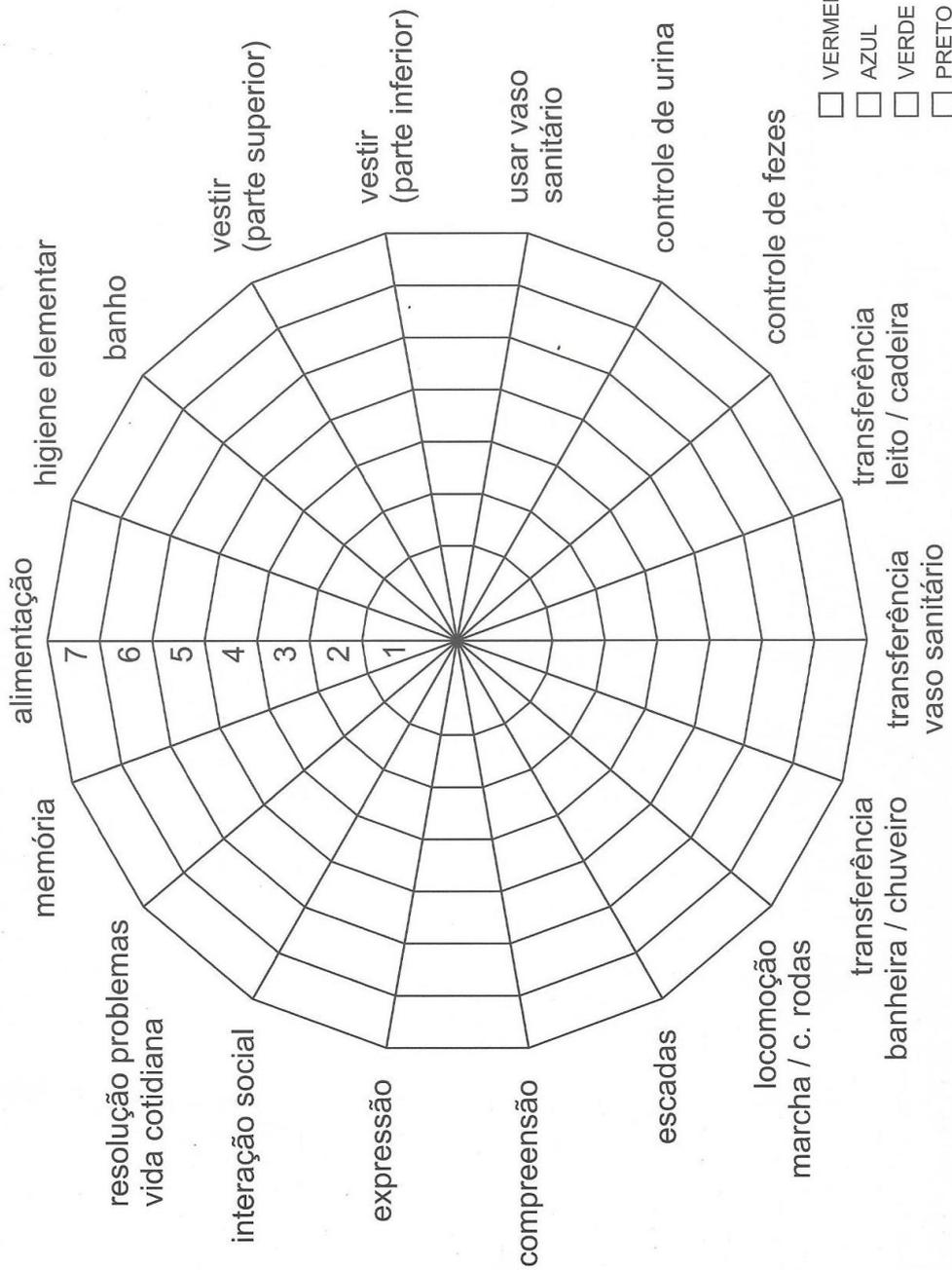
VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)		Pontos			
				<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Ponteiros		___/5			
NOMEAÇÃO								___/3	
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras, o sujeito de repeti-la, faça duas tentativas. Evocar após 5 minutos.	<input type="checkbox"/> Rosto <input type="checkbox"/> Veludo <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Margarida <input type="checkbox"/> Vermelho	1ª tentativa: _____ 2ª tentativa: _____		Sem Pontuação				
ATENÇÃO	Leia a sequência de números (1 número por segundo).	O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta <input type="checkbox"/> 7 4 2				___/2			
Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				___/1			
Subtração de 7 começando pelo 100		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto		___/3			
LINGUAGEM	Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje.	<input type="checkbox"/>		O gato sempre se esconde embaixo do sofá quando o cachorro está na sala.		<input type="checkbox"/>		___/2	
Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto).		<input type="checkbox"/> _____ (H ≥ 11 palavras)				___/1			
ABSTRAÇÃO	Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta	<input type="checkbox"/> trem - bicicleta		<input type="checkbox"/> relógio - régua		___/2			
EVOCAÇÃO TARDIA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	<input type="checkbox"/> Rosto	<input type="checkbox"/> Veludo	<input type="checkbox"/> Igreja	<input type="checkbox"/> Margarida	<input type="checkbox"/> Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS		___/5
OPCIONAL	Pista de categoria Pista de múltipla escolha								
ORIENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> Dia do mês <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Dia da semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Cidade						___/6		
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)						TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade		___/30	

Anexo 03: Medida de Independência Funcional - MIF (Frente)

Associação Fluminense de Reabilitação		MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)		N. Prontuário:
				D. Nasc.:
Nome:		Diagnóstico:		
Data da lesão:		Terapeuta:		
Médico:		COMENTÁRIOS		
		1ª Avaliação		
		Data: ____/____/____	____ª aval. ou 1º ret	____ª aval. ou Alta
		____ª aval. Admissão	____ meses	____ª aval. ou Alta
		____/____/____	____/____/____	____/____/____
Cuidados Pessoais				
1. Alimentação				
2. Cuidados cr a aparência (Hig. elementalr)				
3. Banho				
4. Vestir parte superior do corpo				
5. Vestir parte inferior do corpo				
6. Asseio				
Controle de Esfincteres				
7. Esfincter vesical				
8. Esfincter anal				
Mobilidade / Transferências				
9. Cama, cadeira, cadeira de rodas				
10. Vaso Sanitário				
11. Banheiro / Chuveiro				
Locomoção				
12. Caminhar / Cadeira de rodas		C	C	C
		cr	cr	cr
13. Escadas				
Comunicação				
14. Compreensão		a	a	a
		v	v	v
		v	v	v
		n	n	n
15. Expressão				
Cognição Social				
16. Interação Social				
17. Solução de Problemas				
18. Memória				
Total Medida de Independência Funcional				
		%	%	%
Total				
		%	%	%
Assinatura /Carimbo				

Anexo 03: Medida de Independência Funcional - MIF (Verso)

 Associação Fluminense de Reabilitação	Nome: _____		N. Protutário: _____	
	MIF Gráfico		Terapeuta: _____	
Setor: _____		_____		



VERMELHO - 1ª Avaliação - ___ / ___ / ___
 AZUL - 2ª Avaliação - ___ / ___ / ___
 VERDE - 3ª Avaliação - ___ / ___ / ___
 PRETO - 4ª Avaliação - ___ / ___ / ___

DATA

Anexo 04: Teste de Habilidade Motora do Membro Superior – THMMS (1/1)



Associação Fluminense de
Reabilitação

Teste de Habilidade Motora do Membro Superior (THMMS)

Prontuário: _____

Avaliação Reavaliação Data: ___/___/___

Paciente: _____ Idade: _____

Atividades bilaterais: tempo limite de 2 minutos, demais tarefas têm tempo limite de 1 minuto

Fonte: Adaptado de Kopp B, Kunkel A, Fior H, et al. The Arm Motor Ability Test: Reliability, Validity and Sensibility to Change of an Instrument for Assessing Disabilities in Activities of Daily Living. Arch Phys Med Rehab 1997; 78: 615-20.

(a) habilidade funcional – (capacidade de executar uma meta)	(b) qualidade do movimento – (quão bem o movimento da tarefa foi executado)
0 = não tem; 1 = muito pouco; 2 = pouco; 3 = moderado; 4 = quase normal; 5 = normal.	0 = não tem; 1 = muito pobre; 2 = pobre; 3 = moderado; 4 = quase normal; 5 = normal.

- () () 1. Cortar "carne" Pegar garfo e faca, cortar carne elevar o garfo até a boca
- () () 2. Comer sanduíche Pegar sanduíche; Levar até a boca.
- () () 3. Comer com colher Pegar colher; Pegar sopa com a colher; Colher até a boca.
- () () 4. Beber em caneca Segurar no cabo da caneca; Caneca até a boca;
- () () 5. Pentear o cabelo Pegar o pente; Pentear o cabelo.
- () () 6. Abriu a jarra Segurar a tampa da jarra; Apertar e abrir a jarra
- () () 7. Dar nó em cadarço Dar nó em cadarço;
- () () 8. Usar o telefone Levar o receptor do telefone; à orelha; Digitar um número de Telefone.
- () () 9. Secar água derramada Secar a água em até seis movimentos; Torcer o pano.
- () () 10. Colocar o casaco Braço afetado na manga, colocar o casaco, pelo ombro afetado; Abotoar dois botões.
- () () 11. Colocar a camiseta Braços nas mangas da camiseta; Cabeça pela gola; Colocar e ajeitar a camiseta.
- () () 12. Estender o braço Estender o braço afetado e pegar; um objeto pequeno.
- () () 13. Acender a luz/abrir a porta Acender a luz pelo interruptor; Agarrar a maçaneta, rodar, abrir a porta em até seis movimentos. Fechar a porta

Observação: _____

Conclusão: _____

Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath (1/7)



SIF- SALA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL
AVALIAÇÃO FUNCIONAL - CONCEITO BOBATH - GERAL

DATA DA AVALIAÇÃO: ___ / ___ / ___ AVALIADOR: _____

Prontuário: _____

Nome: _____

DOMÍNIOS RELACIONADOS À SAÚDE

1. Estrutura e Função do Corpo:

- Componentes observados e relatados:

(Faz uso de fraldas, Cirurgias realizadas, Estado de saúde, Estado da pele, Dificuldade de deglutição, Afasia, Disartria)

- Sistema Neuronal:

. Padrão Postural predominante (somente observação): _____

. Tônus Muscular:

Em Repouso: _____

Durante a Ação: _____

Passivo: _____

- Força Neuronal (Se executa o movimento):

. MMSS: _____

. MMII: _____

- Resistência (Endurance):

. MMSS: _____

. MMII: _____

Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath (2/7)

- Fatores Espaciais e Temporais:

- . Velocidade: _____
- . Sequência e Tempo: _____
- . Habilidade para Isolar o Mov: _____
- . Coordenação: _____
- . Eficiência: _____

- Sistema Sensorial:

- . Visual: _____
- . Auditivo: _____
- . Vestibular: _____
- . Proprioceptivo: _____
- . Tátil: _____
- . Olfato: _____

- Sistema Muscular:

- . Cabeça (Controle, assimetria): _____

. MMSS:

- Cintura escapular: _____
- Escápulas: _____
- Ombro: _____
- Cotovelos: _____
- Punhos: _____
- Mãos: _____

- . Tronco (Avaliar na postura mais alta): _____
-

. MMII:

- Cintura Pélvica: _____
- Quadril: _____
- Joelho: _____
- Tornozelo: _____
- Pé: _____

Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath (3/7)

- Testes Relevantes :

. TUG: _____

. Andar entre 2 linhas: _____

. Teste do Alcance: _____

. Contraturas e Deformidades: _____

. Atrofias - Hipotrofias: _____

. Goniometria (Quando necessário): _____

. Teste de Força Muscular:

	MMSS	MMII
Proximal		
Medial		
Distal		
Extremidade		

- Sistema Cardiovascular:

. Problemas Estruturais: _____

. Resistência e Condicionamento: _____

- Sistema Respiratório:

. Problemas Estruturais: _____

. Distúrbios Respiratórios: _____

- Sistema Gastrointestinal:

. Problemas Estruturais: _____

. Refluxo: _____

Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath (4/7)

2. Estrutura e Função do Corpo**- Deitado:**

- . Consegue passar de Sentado para Deitado: _____
- . Rola de Supino para Prono pela Esquerda: _____
- . Rola de Supino para Prono pela Direita: _____
- . Rola de Prono para Supino pela Esquerda: _____
- . Rola de Prono para Supino pela Direita: _____
- . Inicia o Rolar pelos MMSS: _____
- . Inicia o Rolar pelos MMII: _____

- Sentado:

- . Consegue passar de Deitado para Sentado: _____
- . Controle de Cabeça: _____
- . Mantém a postura Sentado: _____
- . Manuseia objetos na postura Sentado: _____
- . Alcance: _____

- De Pé e Marcha:

- . Postura Em Pé:
- Utiliza algum apoio externo: _____
- Quanto tempo consegue manter (Observar Alinhamento Postural): _____
- _____
- _____

- . Deslocamento:
- Utiliza algum apoio externo: _____
- Descrever o Movimento: _____
- _____
- _____

Quanto consegue se Deslocar:

() 5 passos (+- 1,5 m) () 10 passos (+- 3,0 m) () 20 passos (+- 6,0 m)

. Se conseguir ir ao Chão e se Levantar:

- Consegue passar para ajoelhado: _____
- Passa para Semi-Ajoelhado: _____

Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath (5/7)

Precisa utilizar algum apoio para fazer a passagem: _____

Consegue manter a Posição: _____

Escada – Sobe 2 degraus ou mais: _____

Precisa de algum apoio: _____

3. Diagnóstico Cinesiológico Funcional:

(Ex.: Hemiplegia Direita e ombro luxado)

4. Participação e Contexto Ambiental

() Independente () Assistência Mínima () Assistência Moderada

() Assistência Máxima () Total Assistência

. Nas horas vagas gosta de se ocupar com o quê?

. Tipo de Moradia:

() Casa térrea () Sobrado () Apartamento

() Outro: _____

. Meio de Transporte:

() Carro () Ônibus () Outro: _____

- Auto Cuidado

. Alimentação (comer e beber nas refeições regulares):

Usa alguma adaptação: _____

Cortar carne, abrir recipiente ou servir comida das travessas:

Tipo de comida: _____

Tipo de talher que utiliza: _____

Tipo de copo que utiliza: _____

Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath (6/7)

. Higiene Pessoal (escovar os dentes, pentear-se e limpar o nariz):

Usa alguma adaptação: _____

. Lavar as partes do corpo (tomar banho, lavar as mãos e rosto, incluindo a secagem):

Usa alguma adaptação: _____

. Vestir parte Superior do corpo:

Usa alguma adaptação: _____

. Vestir parte Inferior do corpo:

Usa alguma adaptação: _____

Incluir retirada de Órteses: _____

. Uso do Banheiro (lidar com as roupas, vaso sanitário e higiene):

Usa alguma adaptação: _____

. Controle Urinário:

Usa alguma adaptação: _____

. Controle Intestinal:

Usa alguma adaptação: _____

- Mobilidade

. Transferência no Banheiro (Subir e descer do vaso sanitário, da cadeira de rodas):

Usa alguma adaptação: _____

. Transferências no carro / Ônibus (Entrar e sair, subir e descer do banco, manejo do cinto de segurança, abrir e fechar a porta):

Anexo 05: Avaliação Funcional do Conceito Bobath (7/7)

Usa alguma adaptação: _____

. Mobilidade na Cama (Subir e descer, mudanças de postura):

Usa alguma adaptação: _____

. Transferência no Chuveiro (Entrar e sair, abrir a torneira, pegar o sabonete e shampoo):

Usa alguma adaptação: _____

. Locomoção em Ambiente Interno (+- 10,0 m)

Usa alguma adaptação: _____

Como se locomove (descrever as dificuldades): _____

5. Função Social

. Compreensão Funcional (Entendimento de Instruções):

. Expressão Funcional (Fornece informações sobre suas próprias atividades e desejos):

. Resolução de Problemas:

6. Intervenção Terapêutica:

Anexo 06: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (1/2)

**AFR - ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO
NEPP - NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E PROJETOS****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nº prontuário:

Eu, _____

RG _____, concordo em participar voluntariamente da pesquisa intitulada *Análise da Funcionalidade dos Pacientes Pós Acidente Vascular Encefálico em Tratamento na “Sala de Independência Funcional”*, realizada na Associação Fluminense de Reabilitação, sob a orientação técnica de João Paulo Marins Muniz, orientação metodológica de Cláudia Pitanga e da Bolsista Angelina M^a dos S. Oeby.

Objetivo Geral: Descrever e analisar os resultados da funcionalidade na execução do Projeto da “Sala de Independência Funcional” com Pacientes Pós Acidente Vascular Encefálico, através da metodologia do Conceito *Bobath* associado ao Treino Orientado à Tarefa.

Justificativa: A abordagem utilizada para a reabilitação destes pacientes permite uma melhora na qualidade de vida dos mesmos, especialmente no que diz respeito à Funcionalidade, utilizando da interdisciplinaridade concomitante da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, através dos Manuseios do Conceito *Bobath* associados ao Treino Orientado à Tarefa.

Metodologia: Estudo Descritivo Intervencionista, com abordagem Quantitativa para os resultados encontrados, contemplando uma primeira etapa composta pela descrição do Projeto da “Sala de Independência Funcional”, e estudo bibliográfico sobre os temas abordados, e uma segunda etapa com um estudo intervencionista, com a finalidade de aplicar e analisar a evolução terapêutica, quanto à funcionalidade, dos pacientes Pós Acidente Vascular Encefálico, atendidos

Anexo 06: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (2/2)

na “Sala de Independência Funcional”, através dos manuseios do Conceito *Bobath* associados ao Treino Orientado à Tarefa, com a apresentação dos resultados encontrados nas avaliações e reavaliações através dos protocolos da MIF (Medida de Independência Funcional) e da Avaliação Neurofuncional do Conceito *Bobath*.

Fui esclarecido (a) que o uso de informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas institucionais destinadas ao Trabalho de Conclusão do **Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional**.

Eu entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados e recebi uma cópia deste formulário de consentimento. A minha participação será realizada nos dias e horários estipulados para o tratamento. E as técnicas eventualmente descritas na metodologia serão sempre em benefício do melhor desenvolvimento do Programa de tratamento e sem riscos ou ônus para o paciente/funcionário.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de dados de prontuário e de fotografias e registros escritos.

Fui ainda informado (a) que tenho o direito de, agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa, como também poderei me retirar dessa Pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Niterói, _____ de _____ de 20__

Assinatura do participante ou responsável _____

Assinatura do pesquisador (a) _____

Assinatura do orientador técnico (a) _____

Assinatura do orientador metodológico (a) _____