

REGINA APARECIDA ROSSETTO GUZZO

**ANÁLISE COMPARATIVA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL VERBAL E VIVENCIADA EM PACIENTES COM
HEMIPLEGIA POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.

Orientador:

Prof. Dr. Rubens José Gagliardi

Co-orientador:

Prof. Dr. Sergio Lianza

SÃO PAULO

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

REGINA APARECIDA ROSSETTO GUZZO

**ANÁLISE COMPARATIVA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA
FUNCIONAL VERBAL E VIVENCIADA EM PACIENTES COM
HEMIPLEGIA POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde.

SÃO PAULO

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Guzzo, Regina Aparecida Rossetto

Análise comparativa da medida de independência funcional verbal e vivenciada em pacientes com hemiplegia por acidente vascular cerebral./ Regina Aparecida Rossetto Guzzo. São Paulo, 2008.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Rubens Gagliardi

Co-Orientador: Sergio Lianza

1. Acidente cerebrovascular/terapia
2. Hemiplegia/reabilitação
3. Avaliação de desempenho
4. Atividades cotidianas
5. Atividade motora
6. Terapia ocupacional

BC-FCMSCSP/07-08

DEDICATÓRIA

A Deus,

Aos meus queridos pais, Arnaldo e Iracema,
Pela grande dedicação, torcida e amor, minha gratidão, admiração e amor.

Ao meu marido Fernando,
Pelo carinho, paciência, cumplicidade, meu amor.

Ao meu filho Daniel,
Por sua existência, minha vida.

“...o raciocínio clínico na Terapia Ocupacional é direcionado não para o mundo biológico da doença, mas ao mundo humano dos motivos, valores e crenças

– um mundo de significados”.

Mattingly (1991)

AGRADECIMENTOS

À Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, na pessoa do DD. Provedor Dr. Domingos Quirino Ferreira Neto, pela oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, na pessoa do DD. Diretor Prof. Dr. Ernani Geraldo Rolim, pela oportunidade desta Pós-Graduação, pelo incentivo e apoio.

Ao Prof. Dr. Rubens José Gagliardi, meu orientador e amigo, pela amizade, paciência, confiança e valiosa orientação.

Ao Prof. Dr. Sergio Lianza, co-orientador, pelos conselhos e sugestões, não só na execução deste trabalho, mas também no meu desenvolvimento profissional.

Ao Prof. Dr. Valdir Golin, Diretor do Departamento de Medicina, pelo incentivo e confiança.

À minha Banca de Qualificação Prof. Dr. Roberto Saad Junior, Prof. Dr. Wilson Luiz Sanvito, Prof. Dr. José Carlos Esteves Veiga e Prof. Dr. Luiz Antonio Miorin.

Ao Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, na pessoa do DD. Diretor Prof. Dr. Cláudio Gomes, pela oportunidade de realizar este trabalho e por conduzir de forma exemplar o tratamento reabilitatório dos pacientes com seqüelas por Acidente Vascular Cerebral.

Aos pacientes, que motivaram esta pesquisa, razão de toda busca para este trabalho, pelo estímulo para a sua concretização.

À CAPES pelo apoio financeiro.

À Prof^a. Ting Hui Ching, pela colaboração indispensável na análise estatística deste trabalho.

Ao Setor de Terapia Ocupacional da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, minha escola, meu objetivo profissional.

À Secretaria do Curso de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Sra. Celina Casagrande Federico, Sra. Mirtes Dias de Souza, Sra. Rita de Cássia Santos de Oliveira, pelo apoio e paciência, tão importantes para a conclusão de cada etapa do curso.

À equipe da Biblioteca Central da Santa Casa de São Paulo, pela qualidade e eficiência nos serviços prestados.

À minha família, em especial meus irmãos Rosana Rossetto Bussab, José Arnaldo Rossetto Junior e Carla Cristina Rossetto Baganha, minhas cunhadas Sabine Albertz Rossetto, Maria Gisele Rezende, Eleonora Koga Sertório e Denise Torras, meus cunhados Eduardo Bussab, Fabio Tondi Guzzo, Gil Baganha, Klaus Pufleb e Ralph Pufleb, minhas afilhadas Mariana e Victória e meus queridos Pedro, Bruno, Nicolas e Victor, por acreditarem e respeitarem meus ideais.

Aos meus sogros Irmgard Anna Pufleb e Wagner Moré Guzzo por incentivarem este desafio.

Às queridas tias Irene, Inês, Dalva, Edmeia e para minha doce Laís, pelo apoio.

Para meus amigos Danielle dos Santos Cutrim Garros, Jussara Rocha Batista, Rodrigo Augusto Cavalheiro e Francine Altheman pelo inestimável companheirismo e incentivo, sempre presentes na confecção deste trabalho.

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
DCV	Doença Cérebro Vascular
EUA	Estados Unidos da América
Fig.	Figura
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MIF	Medida de Independência Funcional
PVC	Poli Cloreto de Vinila
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SAME	Serviço de Arquivos Médicos e Estatística
Tab.	Tabela
TOAS	Terapia Ocupacional Abrangente e Sintético

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. REVISÃO DE LITERATURA.....	4
2. OBJETIVO.....	21
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	22
4. RESULTADOS	43
5. DISCUSSÃO	48
6. CONCLUSÃO.....	53
7. ANEXOS	54
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
RESUMO.....	77
ABSTRACT	78

1. INTRODUÇÃO

“A Organização Mundial da Saúde define o Acidente Vascular Cerebral (AVC) como uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, com sintomas e sinais correspondentes ao comprometimento de áreas focais do cérebro”¹.

O déficit neurológico, transitório ou definitivo, por dano cerebral secundário à lesão vascular, é denominado acidente vascular cerebral, podendo se apresentar de formas variadas, ter diferentes manifestações clínicas e etiologias diversas^{2,3}.

“A maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades residuais significativas, o que faz do AVC a primeira causa de incapacitação funcional do mundo ocidental”⁴.

A Terapia Ocupacional tem como objetivos diferenciados dirigir a participação do ser humano, promovendo sua adaptação, restaurando, reforçando e facilitando a aprendizagem de habilidades essenciais para a vida diária^{5,6}.

Atividades da Vida Diária compreendem desde as atividades fundamentais para a sobrevivência ou atividades pessoais (comer, manter-se aquecido, evitar perigos, manter a higiene pessoal), às atividades que exigem as habilidades sociais básicas (cozinhar, fazer compras e realizar trabalhos domésticos).

A avaliação funcional permite o acompanhamento da evolução do paciente em seu processo de reabilitação, visando um refinamento das intervenções terapêuticas e a verificação da velocidade de ganhos até que se estabeleça uma redução da aquisição de melhoras^{7,8}.

A Medida de Independência Funcional-MIF teve origem na década de 1980, e foi desenvolvida pelo Departamento de Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado de New York, em Buffalo^{9, 10, 11, 12, 13} (Anexo 1: Tab.1).

O projeto foi patrocinado por órgãos públicos: o Instituto Nacional de Pesquisa para deficientes e o Departamento de Educação do Governo Federal dos Estados Unidos, e por entidades médicas: o Congresso Americano de Medicina de Reabilitação e Academia Americana de Medicina e Reabilitação^{9, 10}.

A MIF foi desenvolvida para avaliar pessoas sob o processo de reabilitação e traduzida para a língua portuguesa no Brasil em 2000^{11, 12}.

A MIF não é um instrumento auto-aplicado, portanto é necessário que avaliadores estejam devidamente treinados e habilitados para sua aplicação^{11, 12}. Seu objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária¹¹. Avalia as áreas de alimentação, higiene, cuidados com a aparência, transferências, locomoção, comunicação e cognição social, que inclui memória, integração social e resolução de problemas^{12, 14}.

Em Terapia Ocupacional é fundamental que ao se avaliar o desempenho ocupacional do paciente, o terapeuta observe tanto o processo quanto os resultados, os padrões preferidos de movimento, sua estabilidade ou instabilidade, a flexibilidade e a habilidade no aprendizado de novas estratégias para compreender os comportamentos motores utilizados, e assim compensar e alcançar os objetivos funcionais¹⁴.

A avaliação e o tratamento devem estar intimamente relacionados, assim como o tratamento deve ser planejado e continuado com bases em avaliações freqüentes e cuidadosas ¹⁵.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi necessário organizar um protocolo de tratamento, denominado Terapia Ocupacional Abrangente e Sintética (TOAS), para que efetivamente se pudesse treinar este paciente na melhora de seu desempenho ocupacional. Foi desenvolvido também um manual/cartilha para que todos os pacientes da amostra seguissem as mesmas fases ao realizar as atividades de vida diária e pudessem treinar em seu próprio domicílio (Anexo 2).

O terapeuta ao avaliar seu paciente deve mapear o desempenho ocupacional, através da análise da atividade realizada, corrigir o desempenho, orientar o familiar cuidador, documentar os resultados e assim optar pelo melhor método de intervenção para aquele paciente ^{7, 8}.

Este trabalho compara os resultados obtidos da aplicação do instrumento de avaliação funcional MIF verbal/entrevista, validada no Brasil em 2000, com os resultados da MIF vivenciada em laboratório de AVD, uma prática que vem sendo realizada desde o ano 2003 no setor de Terapia Ocupacional do Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

“O Acidente Vascular Cerebral é mundialmente conceituado como uma emergência médica, pois a destruição neuronal é rapidamente progressiva e o tratamento é tempo dependente ¹⁶. Após a instalação da isquemia ocorre uma cascata de fenômenos bioquímicos que em poucas horas levam à destruição do tecido cerebral. Os tratamentos atualmente propostos devem ser iniciados dentro desta curta janela terapêutica e por esse motivo os serviços de emergência têm se adaptado a essa nova realidade e vêm contribuindo para um melhor prognóstico destes doentes ¹⁶. Com este limite de tempo, tornou-se fundamental o reconhecimento precoce pelo paciente ou seus familiares da instalação do déficit neurológico e o transporte do doente para um hospital de nível terciário para a investigação e tratamentos ¹⁶.

Os AVC são classicamente divididos, de acordo com as características anátomo-patológicas em Isquêmicos (AVCI): causados por doença vascular primária, trombose ou embolia e Hemorrágicos (AVCH): divididos em hemorragias subaracnóideas e hemorragias intraparenquimatosas^{16,17}. Aproximadamente 75% dos AVC são isquêmicos e 25% hemorrágicos ¹⁷.

O AVC tem um impacto muito alto, tanto do ponto de vista pessoal, como familiar e social. É a principal causa de morte em nosso país ^{18, 19}, tem alta prevalência e alta morbidade e é também causa de seqüelas não traumáticas em adultos ¹⁸. Após sofrer um AVC, dentro de um período de um ano, aproximadamente 31% dos doentes evoluem para óbito, 28% para déficit neurológico grave, 11% para invalidez moderada, 11% para transitória e apenas 17% evoluem sem seqüelas ²⁰.

1.1.1. Epidemiologia e Etiologia

O AVC é uma doença comum e cosmopolita, considerado um problema nacional de saúde, seu risco aumenta após os 50 anos de idade e sua incidência anual nos Estados Unidos é maior do que a união das incidências anuais da doença de Parkinson, epilepsia, esclerose múltipla, demência e esclerose lateral amiotrófica^{18, 21}.

Está em terceiro lugar como causa de morte, perdendo para a doença cardíaca e o câncer^{18, 21}.

A American Heart Association publicou em 2004 estatísticas para o AVC que demonstraram a gravidade deste problema. Em média, a cada 53 segundos um cidadão dos EUA sofre um AVC e a cada 3,3 minutos uma pessoa morre de AVC. A cada ano, 600.000 pessoas sofrem um AVC novo ou recorrente, e destas, aproximadamente 500.000 são os primeiros episódios e 100.000 são recorrentes. Existem cerca de 4.400.000 sobreviventes de AVC hoje, nos Estados Unidos, sendo a incidência 19% mais alta em homens²¹.

As doenças do aparelho circulatório acarretam taxas de mortalidade proporcional de 32,3%, e constituem as principais causas de óbito no Brasil. Este grupo é liderado pela doença cerebrovascular (DCV), que é responsável por um terço das mortes¹⁹.

A incidência do AVC aumenta com a idade, e é mais freqüente em homens e na etnia africana².

Corroborando com estes dados, estatísticas americanas demonstram que vinte e oito por cento das pessoas que sofreram um AVC têm menos de 65 anos, e para

pessoas com mais de 55 anos, a incidência de AVC aumenta mais que o dobro para cada década sucessiva²¹.

Em 2000, aproximadamente dois milhões de pessoas foram afetadas e tiveram a sua capacidade laborativa e social significativamente reduzida devido às seqüelas neurológicas de acidentes vasculares cerebrais. Importante parcela dessas pessoas estava com idade entre 25 e 46 anos²², corroborando o alto impacto que o AVC tem no indivíduo e na sociedade, pois o AVC a cada ano, atinge uma população cada vez mais jovem.

A hipertensão arterial é inquestionavelmente o principal fator de risco para as doenças cérebro vasculares¹⁷. Dos acidentes vasculares cerebrais, 60 a 80% são devidos à hipertensão arterial²³.

Os cinco maiores riscos para o AVC, segundo um estudo realizado na Suécia em 2003 são: a hipertensão, o fumo, a diabetes mellitus, a fibrilação atrial e a inatividade física, porém outros fatores de risco também importantes devem ser citados as dislipidemias, hiperhomocisteinemia, alcoolismo excessivo, malformações vasculares, cardiopatias, uso de drogas ilícitas^{16, 17, 24}.

1.1.2. Seqüelas Motoras decorrentes do AVC, que interferem no Desempenho Ocupacional.

Quando o fluxo sangüíneo é restaurado à área isquêmica antes que os neurônios fiquem permanentemente danificados, os sinais e sintomas clínicos são transitórios. A

interrupção prolongada do fluxo sangüíneo, entretanto, leva a uma lesão isquêmica irreversível (infarto) e déficits neurológicos persistentes ².

Aproximadamente 70% dos pacientes sobrevivem ao AVC, e a prevalência de incapacidades relacionadas a essa enfermidade é alta, pois esses pacientes se deparam com vários danos funcionais e ocupacionais, sendo os mais comuns as hemiparesias ou hemiplegias, incoordenação motora, desequilíbrio, espasticidade, déficits sensitivos, apraxia, afasia e perdas perceptivas e/ou cognitivas⁷.

A incapacidade funcional pode ser definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade ²⁵. Já a capacidade funcional se refere à potencialidade para desempenhar as atividades de vida diária ou para realizar determinado ato sem necessidade de ajuda ²⁶.

“Uma análise detalhada da incapacidade é indispensável, a fim de estabelecer corretamente o tratamento, as finalidades e os objetivos individuais” ²⁷

O prognóstico depende então da localização, do tamanho e tipo da lesão, além do fator idade e da história de saúde prévia do paciente ^{8, 10, 17}.

1.1.2.1 Hemiplegia e espasticidade

A hemiplegia é a principal manifestação de uma lesão destrutiva do córtex motor e é caracterizada por perda de força do lado contralateral do corpo em relação à lesão cerebral, acarretando comprometimento da movimentação voluntária ²⁸.

Nos casos de evolução para hemiplegia, normalmente o quadro é acompanhado de espasticidade, que além de favorecer o aparecimento de deformidades, muitas vezes dificulta ou até impede a função²⁹.

A espasticidade é um dos distúrbios motores mais freqüentes e incapacitantes observados nos indivíduos com lesão do sistema nervoso central, que compromete o neurônio motor superior ao longo da via córtico-retículo bulbo-espinhal³⁰.

A espasticidade, como parte da síndrome do neurônio motor superior, associa-se freqüentemente à presença de fraqueza muscular, hiperreflexia profunda e presença de reflexos cutâneo-musculares patológicos, como o sinal de Babinski e Hoffmann^{31, 32}.

O quadro clínico da espasticidade é caracterizado pelo aumento do tônus muscular e exacerbação dos reflexos tendinosos profundos. A hipertonia muscular se manifesta por aumento da resistência do músculo ao estiramento, sinal do canivete, com predomínio de sua distribuição na musculatura antigravitacional^{33, 34}.

O paciente com espasticidade apresenta uma condição que interfere na função motora, provocando quadros dolorosos, perda da amplitude de movimento e deformidades, interferindo na realização das atividades de vida diária e na qualidade de vida do indivíduo³⁵.

É um distúrbio sensório-motor que pode comprometer a capacidade funcional do paciente, seu conforto e a sua auto imagem³⁶.

A espasticidade é uma manifestação clínica de fácil reconhecimento, porém de difícil quantificação. No Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de

Misericórdia de São Paulo, gradua-se a espasticidade em quatro níveis, estabelecidos na “Escala Santa Casa de Espasticidade”⁹ (Anexo 3: Tab. 2).

Em todos, exceto em casos mais leves de hemiplegia, os movimentos seletivos e discriminativos são perdidos, esta perda de movimentos delicados e individualizados mostra-se mais claramente no braço e na mão. O paciente não pode mover seu cotovelo, punho ou dedos seletivamente. A ausência de movimentos isolados afeta também a perna¹⁴.

1.1.3. Terapia Ocupacional e o Desempenho Ocupacional

Os cientistas do comportamento motor têm focalizado tradicionalmente as pesquisas de aprendizado motor em indivíduos “normais”, enquanto a Terapia Ocupacional tem focalizado a restauração ou reabilitação de desempenhos ocupacionais em pacientes, porém as condutas de tratamento de neuroreabilitação da Terapia Ocupacional baseiam-se nas suposições implícitas e explícitas sobre o controle motor e aprendizado do indivíduo normal^{13, 37}.

A plasticidade do nosso sistema nervoso central é o ponto culminante da nossa existência e desenvolvimento e de todo processo de aprendizagem; o trabalho prático da reabilitação também depende das precondições de estimulação, inibição e facilitação. Quanto maior a capacidade residual de aprendizagem do paciente, isto é, a plasticidade do seu sistema nervoso central, mais bem sucedida será sua reabilitação³⁸.

“O modo como o paciente é ajudado e ensinado a vestir-se, tomar banho, barbear-se ou lavar-se, poderá fazer diferença, em termos de quão brevemente ele

adquirirá independência nas atividades do dia-a-dia. As atividades devem ser realizadas de tal modo que o paciente será gradualmente capaz, ele próprio de assumir mais e mais seqüências, à medida que comece a participar ativamente, e não mais tenha que aprender um procedimento completamente novo”³⁹.

Os pacientes ou clientes de Terapia Ocupacional dispõem a maior parte de seu tempo de tratamento com o aprendizado⁶.

Nas duas últimas décadas estas suposições foram contestadas pela pesquisa de controle e aprendizado motor. Esta pesquisa levou a um deslocamento dos modelos de reflexo e hierárquico para o aprendizado motor, no sentido de conceituações mais complexas da programação e aprendizado motores^{40, 41}. Este deslocamento do conhecimento possui implicação no modo como os terapeutas ocupacionais ensinam aos clientes novas seqüências de movimentos, por exemplo, como se levantar da cama após um acidente vascular cerebral⁶.

No Setor de Terapia Ocupacional da Santa Casa de São Paulo, quantificamos a Função Manual dos pacientes com hemiplegia espástica, através do Teste de Destreza Manual da Caixa e Blocos^{14, 42, 43, 44} (Anexo 4: Fig.1), que quantifica a habilidade e destreza manual. Esta avaliação vem complementar os dados colhidos na MIF, e através do resultado das duas avaliações se estabelecerá a necessidade da troca de dominância ou não, para a melhora do desempenho ocupacional do paciente⁷.

A prática de treinamento de habilidades adquiridas aumenta a sinaptogênese e índices relacionados com a neuroplasticidade em regiões cerebrais intactas ou danificadas por injúrias neurológicas em animais experimentais. Ratos treinados para

realizarem movimentos acrobáticos ou buscarem pequenos alimentos em compartimentos estreitos apresentam um aumento da plasticidade dendrítica e sinaptogênese, e a partir desses estudos concluiu-se que a prática do aprendizado de habilidades motoras em ambientes complexos pode ser essencial para o aumento de formações sinápticas, promovendo alterações também em eventos comportamentais e estruturais após injúrias cerebrais ^{6, 45} .

A Terapia Ocupacional, ao maximizar a independência funcional e autonomia ocupacional, utiliza a tecnologia assistiva, incluindo o uso de adaptações e órteses, a estimulação cognitiva e a integração sensorial ^{7, 8}(Anexos 5 e 6: Fig. 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9).

A tecnologia assistiva é definida como: qualquer item, peça de equipamento ou sistema de produtos, adquiridos comercialmente e modificados ou feitos sob medida, com o objetivo de aumentar, manter ou melhorar as habilidades funcionais do indivíduo com limitações funcionais ^{46, 47, 48, 49} .

1.1.4. Avaliações Funcionais, exames, índices e escalas de AVD

A Terapia Ocupacional, assim como as outras profissões relacionadas à saúde e à reabilitação, está saindo do estágio de basear-se em medidas de avaliação desenvolvidas para uso específico em instituições, que dão pouca atenção às propriedades psicométricas⁵⁰ .

A mudança ocorreu na última década, e vem refletindo na abordagem das questões de mensuração relacionadas à conceitualização e operacionalização de

termos utilizados, assim como à padronização de procedimentos de avaliação, visando a confiabilidade e validação dos testes, medidas e das avaliações atualmente utilizadas.

O termo AVD foi elaborado por Deaver para referir-se a uma ampla gama de padrões de comportamento considerados necessários para satisfazer os requisitos da vida diária ⁵¹.

Existem numerosos exames padronizados para a avaliação das Atividades de Vida Diária que podem ser aplicados nos pacientes que sofreram um AVC ⁵².

A seguir, alguns dos índices disponíveis e seus princípios de aplicação:

1.1.4.1. Índice das AVD segundo Barthel

Trata-se de um método muito conhecido e freqüentemente usado, embora não inclua a mobilidade no leito e as tarefas domésticas e de cozinha. Cada item é dividido em graus, mas existem números diferentes de graus para cada item, assim como notas máximas diferentes, isto é, 0-1, 0-2 e 0-3. Os profissionais da saúde usam freqüentemente apenas a nota final ^{52, 53, 54}.

1.1.4.2. Exames das AVD de Rivermead

Trata-se de um exame de classificação que mede as atividades domésticas e os cuidados com a própria pessoa. A classificação de cada item é dependente apenas de ajuda verbal, ou independente, razão pela qual não revela diferenças quanto ao grau de ajuda que o paciente necessita ^{52, 55, 56}.

1.1.4.3. Escalas das AVD de 10 pontos, escalas de Nottigham

Trata-se de um exame graduado que abrange 10 pontos, relacionados sobretudo com os cuidados com o próprio corpo. Cada item é classificado como dependente ou independente, razão pela qual não revela as diferenças quanto ao grau de dependência ou ao grau de ajuda necessária ^{52, 57}.

1.1.4.4. Índice de AVD de Northwick Park

Este índice mede as atividades relativas aos cuidados com a própria pessoa. Cada item é classificado como dependente, parcialmente dependente ou independente; porém não revela as modificações do grau de dependência, nem o grau de ajuda que o paciente necessita ^{52, 58}.

1.1.4.5. Índice australiano de AVD

Trata-se de uma modificação do índice AVD de Northwick Park, onde a classificação dos resultados é semelhante, exceto que cada item é dividido em graus de um a três, em vez de dependente, parcialmente dependente ou independente. Tal como os outros métodos já mencionados, possui um esquema de classificação que é insuficiente para revelar as alterações e acompanhar os progressos na prática ^{52, 59}.

1.1.4.6. Índice de AVD modificado segundo Sheikh et al

Este índice se baseia na modificação do índice AVD de Northwick Park; a classificação dos resultados e as limitações do método são as mesmas do índice australiano das AVD ^{52, 60}.

1.1.4.7. Índice de AVD de Katz

Este índice é formado por apenas seis itens; a classificação baseia-se no número de itens que o paciente é capaz de executar de forma independente, mas como os outros índices acima, ele não revela as alterações em relação ao grau de dependência e não informa o grau de assistência que o paciente necessita ^{52, 61}.

1.1.4.8. A Medida de Independência Funcional (MIF)

A Medida de Independência Funcional é utilizada por muitos profissionais, principalmente na área de reabilitação. Sua abordagem é verbal, onde o paciente deve responder as questões relacionadas às suas atividades de vida diária, e quando o mesmo encontra-se impossibilitado, fica a cargo do seu familiar cuidador as respostas ao protocolo de avaliação. É um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada, foi desenvolvida na América do Norte na década de 1980 ^{8, 9, 10, 11, 12, 14, 29, 52, 53, 64}.

A MIF tem por objetivo avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária ^{63, 64}. É considerada a melhor medida para avaliar a incapacidade funcional no momento, com melhor confiabilidade, validade e sensibilidade às mudanças. A exigência de treinamento do aplicador é maior todavia, uma vez treinado, o profissional dispõe de um instrumento que vem sendo utilizado internacionalmente e é tido como medida padronizada para avaliação e acompanhamento dos resultados de programas de reabilitação, especialmente de pacientes internados⁶³.

O terapeuta ocupacional ao avaliar um paciente tem como referência a tríade **Pessoa-Tarefa-Ambiente**, pois o indivíduo com déficit nos componentes de desempenho, não consegue interagir com o ambiente para realizar a tarefa^{7,8}.

1.1.5. As Atividades de Vida Diária no Processo de Reabilitação do paciente com Hemiplegia Espástica por AVC.

As atividades de vida diária e prática são consideradas como sendo um dos aspectos exclusivos e de responsabilidade do terapeuta ocupacional, enfatizando que o Terapeuta Ocupacional é o profissional da Reabilitação responsável pela ampliação da independência do paciente em suas atividades de vida diária básicas e instrumentais, por objetivar a independência dos indivíduos, estimulando e motivando ao retorno familiar, social e profissional. As atividades cotidianas executadas pelo indivíduo em sua rotina diária, visando a sua manutenção e a sua sobrevivência são divididas em Atividades de Vida Diária Básicas (ABVD), que são: a alimentação, vestuário, higiene, autocuidados, e as Atividades da Vida Diária Instrumentais ou Prática (AIVD) são as que envolvem a interação do indivíduo com os utensílios do dia-a-dia e profissional⁶⁴.

A AVD é descrita como tarefas de automanutenção, incluindo 15 domínios: arrumar-se, higiene oral, lavar-se ou banhar-se, higiene no toalete, cuidados com objetos pessoais, vestir-se, comer e dar alimento, medicamento rotineiro, manutenção da saúde, socialização, comunicação social, mobilidade funcional, resolução de problemas e expressão sexual⁵⁰.

As AVD consistem nas tarefas de auto-cuidado, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se, e se baseiam no índice de Katz⁶¹.

As AIVD indicam tarefas mais adaptativas ou necessárias para a vida independente na comunidade como, por exemplo, fazer compras, telefonar, utilizar o transporte coletivo, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição, cuidar do próprio dinheiro enfim, são tarefas consideradas mais difíceis e elaboradas que as AVD⁶⁵.

Outra classificação denomina como ABVD as atividades de autocuidado, e de AIVD as atividades mais complexas relacionadas à automanutenção como: fazer compras, cuidar da casa, administrar finanças pessoais, cuidar de dependentes, cuidar de animais domésticos; em atividades educativas: as atividades relacionadas com a formação acadêmica e processos de aprendizagem; em atividades de trabalho: as relacionadas com funções produtivas remuneradas ou de trabalho voluntário; em atividades de lazer e brincar: as relacionadas com a diversão e entretenimento. Inclui também a participação social, atividades relacionadas com padrões de comportamentos específicos de papéis desempenhados no meio familiar e comunitário. Em conjunto estas atividades podem ser chamadas de Atividades de Vida Diária ou Atividades Funcionais, pois visam o desempenho ocupacional humano, em toda sua dimensão⁶⁵.

Durante o tratamento é fundamental que o paciente se conscientize da sua perda sensorial, para tanto, faz-se necessário que o terapeuta incentive o uso do membro acometido pelo AVC na execução das tarefas funcionais. O treinamento sistemático é capaz de proporcionar ganhos significativos, mesmo após alguns anos do AVC⁵².

1.1.6. A Medida de Independência Funcional MIF, no processo de reabilitação do paciente com hemiplegia espástica por AVC.

A MIF (Anexo 1: Tab.1) é a avaliação mais ampla em uso na reabilitação, sendo de incontestável valor para o terapeuta ocupacional nas hemiplegias. É a avaliação que nos parece adequada para mensurar os resultados funcionais e ocupacionais obtidos no processo reabilitatório desta clientela ^{7, 8, 10, 62, 63, 67}.

A Medida de Independência Funcional é um instrumento de avaliação da incapacidade do paciente com restrições funcionais de origem variada ¹¹. Seu objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária¹¹.

A MIF é constituída de dezoito itens, cada item tem uma pontuação máxima de sete (07) independência completa, e uma cotação mínima de um (01) dependência total.

A cotação do resultado mais elevada é de 126 (independência completa) e a mais baixa é de 18 (dependência com ajuda total)^{7, 8, 10, 11, 62, 63, 67}.

A Atividade de Vida Diária é a área de desempenho ocupacional privilegiada pela MIF, avaliando auto-cuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestuário, uso do vaso sanitário), controle de esfínteres (controle da urina e de fezes), mobilidade (transferências), locomoção (marcha/cadeira de rodas e escadas), comunicação (compreensão e expressão), cognição social (interação social, resolução de problemas, memória)^{7, 8, 10, 11, 62, 63, 67}.

Os aspectos verificados na avaliação estão descritos a seguir, destacando o enfoque a ser dado:

a - Alimentação - utilização dos utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir a refeição já devidamente preparada.

b - Higiene pessoal - cuidados de apresentação e aparência - escovar os dentes, pentear os cabelos, lavar as mãos e o rosto e fazer barba ou maquiagem.

c – Banho ou limpeza do corpo - lavar, enxaguar e secar o corpo, desde o pescoço até os pés (com exclusão das costas), seja em banho de imersão, chuveiro ou no leito com uma bacia e esponja ou luva de banho, efetuando estas tarefas em segurança.

d - Vestir a metade superior do corpo - colocar e tirar roupa da cintura para cima, assim como colocar ou retirar uma prótese ou órtese da parte superior do corpo, se for o caso.

e - Vestir a metade inferior do corpo - Vestir-se e despir-se da cintura para baixo, bem como colocar ou retirar prótese ou órtese, se for o caso.

f - Utilização do vaso sanitário – realizar a higiene perineal e o despir e vestir a roupa antes e depois da utilização do vaso sanitário ou da comadre.

g - Controle da urina - controle completo e intencional da diurese e a utilização dos equipamentos ou dos meios necessários ao controle vesical.

h - Controle das fezes - controle intencional e completo da defecação, e utilização de equipamentos ou meios necessários à defecação.

i - Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas - todos os aspectos de uma transferência de e para o leito, a cadeira, ou a cadeira de rodas; ou então a passagem para a posição em pé, se a marcha é o modo típico de locomoção, e vice-versa.

j - Transferência: vaso sanitário – passar para o vaso sanitário e vice-versa.

k - Transferência: banheira ou chuveiro - entrar e sair da banheira e/ou do box do chuveiro.

l - Locomoção - andar a partir da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas, uma vez sentado, num piso plano.

m - Locomoção: escadas - subir e descer 12 a 14 degraus (um lance de escadas), em ambiente interior.

n - Compreensão - compreensão de uma comunicação visual ou auditiva, isto é, de uma informação lingüística falada, escrita, ou gestual.

o - Expressão - a expressão clara da linguagem verbal e não verbal, isto é, a expressão da informação lingüística verbal ou gráfica (usando a escrita ou um outro sistema de comunicação) com sentido e gramática apropriada e exata.

p - Interação social - os desempenhos (as técnicas e os meios) para acompanhar e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais, isto representa a maneira como a pessoa lida com as suas próprias necessidades e em simultâneo com as dos outros.

q - Resolução dos problemas da vida cotidiana - a tomada de decisões seguras, adaptadas ao momento acerca das tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento, a auto-correção das tarefas e atividades para resolução desses problemas.

r - memória - capacidade para recordação e lembrança durante a vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual.

A evidência de memória inclui reconhecimento de pessoas vistas com frequência, lembrança de rotinas diárias e execução de tarefas sem necessidade de ser lembrado. Um déficit de memória dificulta a aprendizagem, bem como a realização das tarefas.

A MIF pode ser dividida em motora, constituída dos treze primeiros itens da avaliação, e MIF cognitiva, que abrange os cinco últimos itens¹¹.

A MIF cognitiva é um dos diferenciais deste instrumento de avaliação funcional, pois as atividades nela incluídas costumam ser avaliadas em testes neuropsicológicos¹¹.

Em Terapia Ocupacional, é fundamental se avaliar o desempenho ocupacional. Para tanto, o terapeuta deve observar o resultado durante o processo, isto é, os padrões preferidos de movimento, a estabilidade ou instabilidade, a flexibilidade na utilização de outros padrões, e a habilidade no aprendizado de novas estratégias, para compreender os comportamentos motores utilizados para compensar e alcançar os objetivos funcionais^{14, 67}.

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi comparar os resultados das seis aplicações da Medida de Independência Funcional (MIF), três da forma verbal/entrevista com as três aplicações da MIF vivenciada, em três momentos: no início, meio (após dez sessões) e ao final do tratamento de vinte sessões terapêuticas ocupacionais.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. Casuística

A casuística (Anexo7:Tab.3) composta por 82 pacientes, 52 (63,4%) eram do sexo masculino e 30 (36,6%) do sexo feminino (Tab.4), com diagnóstico de hemiplegia espástica devido ao AVC em seguimento no Setor de Terapia Ocupacional do Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no período de janeiro a dezembro de 2005.

A idade média foi 56 anos, variando de 19 a 82 anos (Fig.10),. Da amostra, 50 pacientes (61%) tinham a cor branca, 29 (35,4%) a cor preta e 03 (3,7%) a cor amarela (Tab.5). Eram casados ou possuíam união estável 46 pacientes (56%), os pacientes solteiros, divorciados ou viúvos (44%) todos residiam com seus familiares e apenas sete pacientes (8,5%) não possuíam o familiar cuidador que os acompanhavam ao hospital para efetuarem o tratamento.

Tabela 4 – Distribuição dos 82 pacientes portadores de hemiplegia espástica, segundo sexo.

Sexo	Nº	(%)
Masculino	52	64,0
Feminino	30	36,0
TOTAL	82	100,0

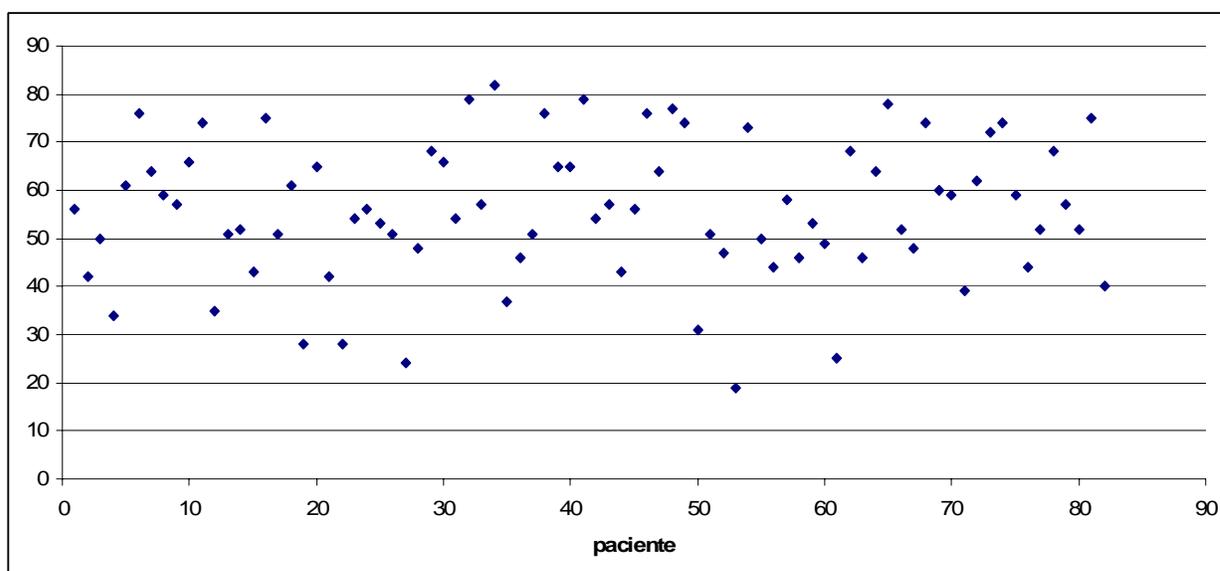
Fonte: SAME Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2005).

Tabela 5 – Distribuição dos 82 pacientes portadores de hemiplegia espástica, segundo a cor.

Cor	Nº	(%)
Branca	50	61,0
Preta	29	35,4
Amarela	03	3,7

Fonte: SAME Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2005).

Figura 10 – Distribuição dos 82 pacientes portadores de hemiplegia espástica segundo idade em anos.



Fonte: SAME Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2005).

Apresentaram hemiplegia espástica direita 42 pacientes (51%) e esquerda 40 pacientes (49%) (Tab.nº.4), sendo que 77 pacientes (94%) eram destros (dominância direita), antes do episódio do AVC.

Tabela 6 – Distribuição dos 82 pacientes portadores de hemiplegia espástica segundo o lado acometido.

Lado	Nº	(%)
Direito	42	51,0
Esquerdo	40	49,0

Fonte: SAME Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2005).

Trocaram a dominância 43 pacientes (52%). Na amostra, o maior tempo entre o AVC e a primeira avaliação MIF foi de 145 meses, e o menor de sete dias. Apresentaram afasia de expressão 26 pacientes (32%), e apresentaram labilidade emocional 14 pacientes (17%). Eram hipertensos 55 pacientes (67%), e 18 pacientes (22%) tinham diabetes mellitus.

Estes pacientes foram encaminhados após avaliação médica ao setor para avaliação funcional e seguimento do protocolo de tratamento Terapia Ocupacional Abrangente e Sintético (TOAS).

Todos os pacientes encaminhados foram admitidos e avaliados pelo terapeuta ocupacional que utilizou o instrumento de mensuração Medida de Independência Funcional (Anexo 1: Tab.1), da forma verbal/entrevista e da forma vivenciada em laboratório de AVD.

Os critérios de inclusão utilizados foram pacientes com o diagnóstico de hemiplegia espástica por etiologia de Acidente Vascular Cerebral, atendidos no Serviço de Reabilitação no período de janeiro a dezembro de 2005 e de exclusão os pacientes que por algum motivo específico não puderam seguir o acompanhamento proposto para o estudo (Anexo 7: Tab.3).

3.2. Método

O estudo prospectivo com pacientes em seguimento ambulatorial no Setor de Terapia Ocupacional. A MIF verbal foi aplicada com o paciente sentado frente ao terapeuta ocupacional, acompanhado de um familiar cuidador. Fizemos esta solicitação para que um cuidador eleito pelo paciente e/ou família, ouvisse as respostas verbais da entrevista para posteriormente também acompanhar a segunda fase da Avaliação denominada MIF vivenciada no Laboratório de AVD.

O Laboratório de AVD é constituído de um quarto, cozinha e banheiro adaptado anexos ao setor de Terapia Ocupacional, onde o paciente após estar devidamente esclarecido, vivenciou os itens: a, b, c, d, e, f, i, j, k e l, do questionário de avaliação Medida de Independência Funcional. O item “m” foi vivenciado na escada que liga o andar térreo do Centro de Reabilitação ao primeiro andar, onde está localizado o setor

de Terapia Ocupacional. A escada utilizada não foi adequada, pois possui apenas corrimão unilateral, ou seja, do lado esquerdo para subir e direito para descer.

Os pacientes da amostra foram avaliados por seis vezes, três vezes da forma verbal/entrevista e três vezes da forma vivenciada durante os cinco meses de tratamento, no início, após dez sessões e no final do protocolo TOAS de vinte sessões, todas as sessões de avaliação funcional seguiram o mesmo padrão ou seja a MIF era primeiro aplicada da forma verbal/entrevista para em seguida no mesmo dia ser aplicada da forma vivenciada em laboratório de AVD.

Todos os pacientes seguiram a mesma cartilha (Anexo nº. 03), e o terapeuta ocupacional repetia constantemente as etapas a serem seguidas; o apoio verbal da terapeuta foi considerado importante pelo grupo.

No item “a” – alimentação (Fig.11), o paciente deveria forrar a mesa com a toalha, pegar um alimento na geladeira, levar até a mesa, pegar os utensílios no armário, servir-se e alimentar-se. Quando o paciente não conseguiu completar a etapa, o terapeuta completou, porém deixando claro que o mesmo deveria treinar em seu domicílio, pois seria repetido o treino do item “a” na próxima sessão. O familiar cuidador participante era devidamente orientado e envolvido na sessão, assim comprometia-se a acompanhar o treino em casa. As sessões de treino foram divididas em alimentos líquidos e alimentos sólidos. As adaptações, quando necessárias foram realizadas em sessão extra, porém todos os pacientes destros com o diagnóstico de hemiplegia direita fizeram uso do cortador de pizza afiado para cortar alimentos sólidos com a mão esquerda (Anexo 6: Fig. 4).

Figura 11 – MIF vivenciada no item “a” - Alimentação.

Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

No item “b” - higiene pessoal (Fig.12), o paciente deveria abrir a porta do banheiro, ligar o interruptor da luz, dirigir-se à pia, abrir a torneira, lavar as duas mãos com sabonete líquido, enxaguar as duas mãos e enxugar com o papel toalha. Posteriormente abrir o armário, pegar pasta e escova de dentes, escovar os dentes ou a prótese dentária, e por último o paciente pegou no armário o pente e penteou seus cabelos. Quando o paciente não conseguiu completar a etapa, o terapeuta completou, e as orientações dadas no item “a” foram repetidas para o item “b”.

Figura 12 – MIF vivenciada no item “b” - Higiene Pessoal.

Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

No item “c” – banho (Fig. 13), o paciente deveria abrir a porta do banheiro, ligar o interruptor da luz, dirigir-se à pia, sentar-se na cadeira, despir-se, porém todos foram orientados a permanecerem com suas roupas íntimas (homens com cuecas ou calção e mulheres com calcinha e sutiã). Os pacientes receberam sabonete e esponja, mas não era necessário lavar-se na primeira sessão de avaliação, os pacientes precisavam apenas simular o banho, posteriormente no decorrer do protocolo TOAS o paciente realmente banhou-se. Quando o paciente não conseguiu completar a etapa, o terapeuta completou, e as orientações dadas no item “a” foram repetidas para o item “c”. Todos os pacientes foram orientados a colocar antiderrapante no piso do banheiro (Anexo 6: Fig. 8).

Figura 13 – MIF vivenciada no item “c” – Banho.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional. (Rossetto, 2005)

No item “d” - vestir a metade superior do corpo (Fig. 14), o paciente deveria abrir a porta do laboratório de AVD, sentar-se na cadeira ou cama, se necessário, e despir a roupa da parte superior do corpo (camisa, blusa, camiseta). As mulheres foram

orientadas a permanecerem com suas roupas íntimas (sutiã); imediatamente após completarem a tarefa, foi solicitado vestir a roupa. Os pacientes foram orientados a despirem e vestirem primeiro o lado hemiplégico. Quando o paciente não conseguiu completar a etapa, o terapeuta completou, e as orientações dadas no item “a” foram repetidas para o item “d”. As mulheres foram orientadas a costurar o feixe do sutiã, para poder vestir pela cabeça. Todos os pacientes quando necessário, utilizaram o abotoador (Anexo 6: Fig. 6).

Figura 14 – MIF vivenciada no item “d” – Vestir a metade superior do corpo.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

No item “e” – vestir a metade inferior do corpo (Fig. 15), o paciente deveria abrir a porta do laboratório de AVD, sentar-se na cadeira ou cama, se necessário e despir a roupa da parte inferior do corpo (calça, saia, bermuda). Os pacientes foram orientados a permanecerem com suas roupas íntimas (calção ou cuecas para os homens e calcinha para as mulheres); imediatamente após completarem a tarefa, foi solicitado vestir a roupa; posteriormente solicitamos descalçar o sapato ou sandália e calçar. Os

pacientes foram orientados a descalçarem e calçarem primeiro o lado hemiplégico. Quando o paciente não conseguiu completar a etapa, o terapeuta completou, e as orientações dadas no item “a” foram repetidas para o item “e”.

Figura 15 – MIF vivenciada no item “e” – Vestir a metade inferior do corpo.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

No item “f” - Utilização do vaso sanitário (Fig. 16), o paciente deveria abrir a porta do banheiro, ligar o interruptor da luz, dirigir se ao vaso sanitário e sentar-se, pegar um pedaço de papel higiênico, simular a limpeza perineal, jogar o papel utilizado no lixo, levantar-se, acionar o botão da descarga, dirigir-se à pia, abrir a torneira, lavar as duas mãos com sabonete líquido, enxaguar as duas mãos e enxugar com o papel toalha. Quando o paciente não conseguiu completar a etapa, o terapeuta completou, e as orientações dadas no item “a” foram repetidas para o item “f”.

Figura 16 – MIF vivenciada no item “f” – Utilização do vaso sanitário.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

Nos itens “i”, “j”, “k” – Transferências (Fig. 17 e 18), o paciente que fazia uso de cadeira de rodas, foi ensinado à transferir-se para a cadeira normal, o familiar cuidador participou efetivamente quando se fez necessário, posteriormente foi solicitado ao paciente sentado em cadeira normal passar para outra cadeira normal; os pacientes de cadeira de rodas também realizaram a transferência para o vaso sanitário e cama. Quando o paciente não conseguiu completar a etapa, o terapeuta o ajudou a completar, e as orientações dadas no item “a” foram repetidas para os itens “i”, “j”, “k”. Os pacientes que necessitaram de cadeira de rodas, foram orientados à adquirir a cadeira ergonomicamente correta (Anexo 6: Fig.7).

Figura 17 – MIF vivenciada nos itens “i”, “j”, “k” – Transferências.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

Figura 18 – MIF vivenciada nos itens “i”, “j”, “k” – Transferências, orientação ao familiar cuidador.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

No item “l” – Locomoção (Fig. 19), foi observado como o paciente chegou ao setor de Terapia Ocupacional: realizando marcha ou utilizando uma cadeira de rodas, com ou sem bengala; quando se fez necessário o uso da bengala ou adequação da mesma, solicitamos a presença da fisioterapeuta do serviço de Reabilitação, que realizou a devida adequação ergonômica.

Figura 19 – MIF vivenciada nos item “l” – Locomoção.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

No item “m” - Subir e descer escadas - 15 degraus (Fig. 20), quando o paciente deambulava, solicitamos ao mesmo nos acompanhar até a escada que liga o andar térreo ao primeiro andar, e juntos descemos e subimos a escada. A todos os pacientes orientamos a utilizar o corrimão; o familiar cuidador participou quando necessário e aprendeu como e onde apoiar o paciente.

Figura 20 – MIF vivenciada no item “m” – Locomoção: escadas.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

Os pacientes foram separados em catorze grupos de cinco e dois de seis pacientes, para seguirem o Protocolo Terapia Ocupacional Abrangente e Sintético. Os grupos eram constituídos independentes de idade, sexo e grau de incapacidade funcional.

Todos os pacientes avaliados pela MIF verbal e MIF vivenciada durante o desenvolvimento do Protocolo TOAS concordaram em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo nº.8), foram devidamente esclarecidos quanto à utilização dos resultados ou escore final das seis Medidas de Independência Funcional aplicadas (verbal e vivenciada) no trabalho de pesquisa e que suas identidades seriam mantidas em sigilo.

3.2.1. Protocolo Terapia Ocupacional Abrangente e Sintético TOAS.

O protocolo Terapia Ocupacional Abrangente e Sintético – TOAS foi organizado para o paciente do Centro de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Atenção Terciária), que é atendido por uma equipe multiprofissional composta por médicos (neurologista, angiologista, fisiatra, ortopedista) fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente de saúde.

O protocolo de Terapia Ocupacional foi organizado com a intenção de se treinar o paciente para melhorar seu desempenho ocupacional e assim visualizar seu retorno à sociedade ou atividades laborativas de maneira realista porém, com otimismo.

O TOAS foi desenvolvido no período de cinco meses ou vinte sessões terapêuticas ocupacionais, com a duração de uma hora semanal, e é constituído de cinco fases:

1ª Fase – Nesta fase, que teve dez minutos de duração, os pacientes realizaram uma seqüência de atividades dirigidas ou cinesioatividade, visando o aquecimento dos membros superiores na posição sentada, com apoio plantar funcional de membros inferiores (Fig. 21), frente à mesa utilizando-se de toalhas dobradas e bastões de madeira (Fig. 22 e 23). Foram desenvolvidos movimentos circulares de grande amplitude, nos sentidos horário e anti-horário, realizados com o membro acometido pelo AVC (hemiplégico) sobre uma toalha dobrada, sob o membro não acometido e ambos deslizando sobre a superfície plana da mesa (Fig. 22).

Figura 21 - 1ª Fase do TOAS, Apoio Plantar Funcional. Na foto a paciente usa órtese suropodálica acoplada à bota ortopédica.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

Figuras 22 e 23 - 1ª Fase do TOAS – Aquecimento: Esfregação com a toalha na mesa, nos sentidos horário e anti- horário e extensão de cotovelos com bastão.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

O terapeuta ocupacional participou realizando e dirigindo verbalmente todos os movimentos e/ou atividades. Após a “esfregação” da toalha na mesa, foram realizados movimentos com membros superiores bilateralmente, aproximando-se as palmas das mãos e entrelaçando os dedos e assim desenvolvendo de forma bilateral a seqüência de movimentos para punhos, cotovelos e cintura escapular. Para finalizar esta fase os

pacientes pegaram um bastão (60 centímetros de comprimento e com o diâmetro de 3,5 centímetros confeccionado com tubo de P.V.C.) para realizar o movimento de extensão de cotovelos, mostrando sua maior amplitude, a prensão pôde ser centralizada com a mão hemiplégica sob a mão não acometida pelo Acidente Vascular Cerebral (Fig. 23).

A primeira fase do TOAS teve como objetivo específico melhorar a simetria corporal, a noção de esquema corporal e coordenação motora.

2ª Fase – Esta fase também com a duração de dez minutos de atividades/ cinesioatividade dirigida, onde são realizadas atividades com membros superiores bilateralmente, aproximando-se as palmas das mãos e entrelaçando os dedos ao redor do bastão e assim é desenvolvida a seqüência de movimentos para punhos, cotovelos e cintura escapular na posição ortostática, frente à mesa elevada (100 centímetros de altura). As atividades foram desenvolvidas pelo paciente utilizando-se como recurso os equipamentos terapêuticos ocupacionais, denominados escada terapêutica de madeira com seis degraus e bastão de madeira (65 centímetros de altura e bastão de 80 centímetros de comprimento), arcos de duas alturas e argolas (40 centímetros e 60 centímetros de altura respectivamente, os dois arcos foram confeccionados com tubo de plástico flexível, com dez argolas de plástico rígido medindo oito (08) centímetros de diâmetro, cada argola). As argolas foram transportadas da direita para a esquerda e vice-versa, nas duas alturas, quando necessário a prensão se deu através do entrelaçamento dos dedos ao redor de cada argola (Fig. 24).

Após na posição sentada o paciente realizou uma seqüência de atividades visando um trabalho específico de coordenação motora fina com e sem resistência (Fig.25).

Figura 24 - 2ª Fase do TOAS, Cinesioatividade em ortostatismo.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

Figura 25 - 2ª Fase do TOAS, Cinesioatividade em posição sentada.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

A segunda fase teve como objetivo específico aumentar a amplitude de movimento, melhorar a coordenação motora, viso motora, coordenação espacial, coordenação motora fina com e sem resistência, visando a melhor qualidade do desempenho ocupacional do membro superior hemiplégico.

3ª Fase – Por um período de cinco minutos, cada paciente individualmente foi estimulado verbalmente a realizar ativamente o movimento de extensão de punho e dedos bilateralmente por dez repetições. Utilizamos para a realização da atividade um espelho com pedestal (30 por 40 centímetros), espelhado de apenas um lado, sobre a mesa frente ao paciente sentado, com apoio plantar funcional, o paciente deveria enxergar apenas o membro superior não comprometido pelo AVC no espelho. (Fig.26) Nesta fase se pretendeu, através da visualização do membro superior não comprometido pelo AVC, no espelho, melhorar o desempenho ocupacional do membro superior hemiplégico.

Figura 26 - 3ª Fase do TOAS, Os pacientes realizam a extensão de punho e dedos por dez vezes, bilateralmente.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

4ª Fase – Esta fase teve vinte minutos de duração. Os pacientes realizaram cinesioatividade ou atividade dirigida associada à estimulação elétrica funcional (FES) (Fig. 27), objetivando o condicionamento muscular, a redução da espasticidade, a reorganização do ato motor, assim como a diminuição ou término da negligência do membro superior hemiplégico. Neste estudo, durante a aplicação desta técnica, o

paciente visualizou a contração motora, extensão de punho e dedos, e realizou a atividade no momento de repouso. O apoio verbal do terapeuta durante a sessão foi relevante.

Figura 27 - 4ª Fase do TOAS, Cinesioatividade associada à técnica FES.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

5ª Fase – Nesta fase que contemplou os últimos de quinze minutos da sessão, os pacientes realizaram o treino de atividades de vida diária básicas e instrumentais, no laboratório de AVD (Fig. 28).

O objetivo específico desta fase foi atingir o melhor desempenho ocupacional para cada item do questionário da MIF. Desenvolvemos para este fim uma cartilha (Anexo 2), para facilitar ao paciente dar a continuidade do treino em seu domicílio, como tarefa de casa, supervisionado pelo familiar cuidador.

Figura 28 - 5ª Fase do TOAS, Treino de AVD em Laboratório de AVD.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional.(Rossetto, 2005)

Os treinos de atividades de vida diária foram realizados em grupo, porém cada paciente vivenciou individualmente as atividades solicitadas pela terapeuta ocupacional para cada sessão.

As órteses, adaptações e acessórios para posicionamento funcional e conforto do paciente, foram confeccionadas e seriadas no Laboratório de Órteses do setor, em sessões terapêuticas ocupacionais extras (Anexos:5 e 6).

Foram também realizadas as orientações familiares para que se pudessem tirar eventuais dúvidas quanto à reprodução do protocolo de tratamento TOAS pelo paciente em casa, e este foi orientado a realizá-la por duas vezes, todos os dias da semana.

3.2.4. Análise Estatística

Para as variáveis qualitativas apresentamos frequência absoluta e frequência relativa.

Para as variáveis quantitativas apresentamos média, desvio padrão e o diagrama de Boxplot.

Para avaliar se existe uma diferença estatística quanto a aplicação da MIF verbal com a MIF vivenciada em Laboratório de AVD, utilizamos os teste t-pareado e Wilcoxon, adotando o nível de significância de 5%.

Os softwares utilizados para análise foram EPIINFO v3.3 e SPSS for windows v13.0.

3.2.5. Comitê de Ética e Pesquisa

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – CEP – ISCMSP, projeto nº **381/04** (Anexo 9).

4. RESULTADOS

Apresentamos a distribuição da amostra, através do Diagrama de Boxplot, quanto aos resultados das aplicações da Medida de Independência Funcional verbal e vivenciada no momento inicial do tratamento, após 10 sessões e no momento final, após as 20 sessões terapêuticas ocupacionais. É significativa a diferença dos desenhos, o que efetiva a diferença nos resultados da MIF aplicada da forma verbal, tradicionalmente usada pelos profissionais da saúde e reabilitação, e a MIF vivenciada aplicada no laboratório de AVD, pelo terapeuta ocupacional (Fig. 29).

Figura 29 – Diagrama de Boxplot das seis aplicações da Medida de Independência Funcional: três da MIF verbal e três da MIF vivenciada, para a amostra de 82 pacientes.

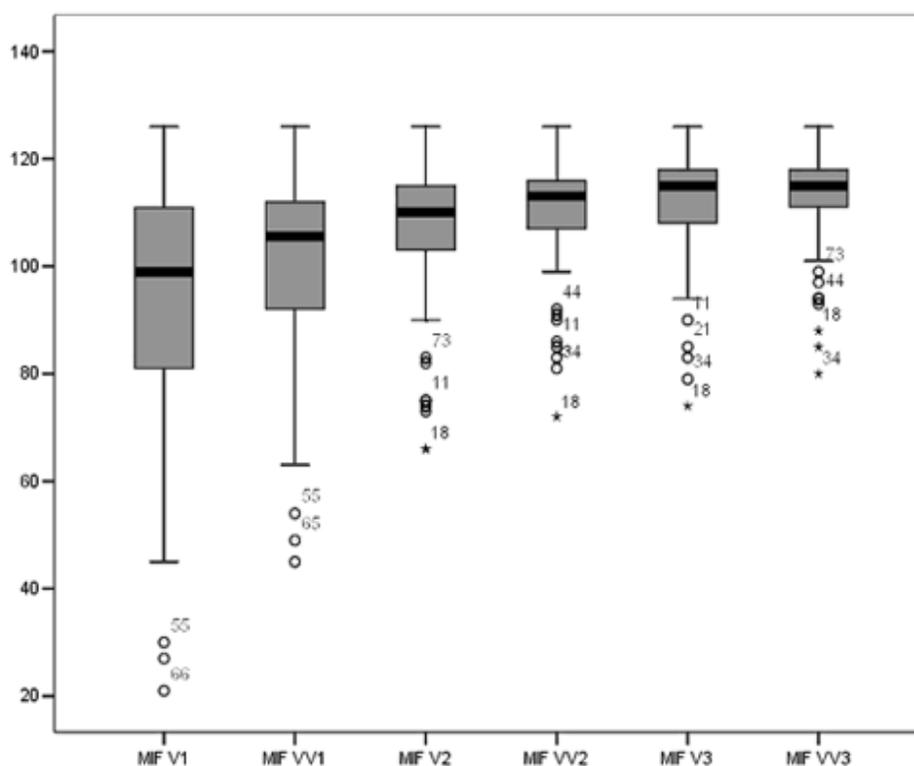


Tabela 7 – Média e Desvio Padrão, da MIF Verbal e MIF Vivenciada, nos três momentos de aplicação e o resultado da comparação (p) entre as MIF através dos testes t – pareado e Wilcoxon.

Tempo	MIF	N	Média	Desvio Padrão	Nível descritivo (p)	
					T-pareado	Wilcoxon
1ª Aplicação	Verbal 1	82	92,46	24,1	0,000	0,000
	Vivenciada 1		100,99	16,9		
2ª Aplicação	Verbal 2	82	106,49	13,5	0,000	0,000
	Vivenciada 2		110,12	10,4		
3ª Aplicação	Verbal 3	82	111,84	10,3	0,002	0,002
	Vivenciada 3		112,84	8,9		

Na tabela 7, apresentamos a média e o desvio padrão da Medida de Independência Funcional Verbal e Vivenciada nos três momentos de aplicação na Amostra (1ª aplicação: v1 média=92,46 e dp=24,1; vv1 média=100,99 e dp=16,9; 2ª aplicação: v2 média=106,49 e dp=13,5 ; vv2 média=110,12 e dp=10,4; 3ª aplicação v3 média=111,84 e dp=10,3; vv3 média=112,84 e dp=8,9) e o resultado da comparação entre MIF verbal e vivenciada em cada momento de aplicação através dos testes t- pareado e Wilcoxon. Pelo nível descritivo(p) verificamos a hipótese de igualdade entre MIF verbal e MIF vivenciada (quando p for menor que 0,05 rejeita-se a hipótese de que MIF verbal é igual à MIF vivenciada). Observa-se nos três momentos de aplicação que a hipótese nula foi rejeitada, ou seja, MIF verbal é diferente de MIF vivenciada ($p < 0,05$).

A tabela mostra uma crescente evolução do paciente ao longo do tempo (tratamento), quantificado tanto pela MIF verbal como na MIF vivenciada.

Tabela 8 – Média e Desvio Padrão, da MIF motora Verbal e MIF motora Vivenciada, nos três momentos de aplicação e o resultado da comparação (p) entre as MIF através dos testes t – pareado e Wilcoxon.

Tempo	MIF Motora	N	Média	Desvio Padrão	Nível descritivo (p)	
					T–pareado	Wilcoxon
1ª Aplicação	Verbal 1	82	64,54	19,6	0,000	0,000
	Vivenciada 1		72,84	12,8		
2ª Aplicação	Verbal 2	82	76,66	11,3	0,000	0,000
	Vivenciada 2		80,07	8,7		
3ª Aplicação	Verbal 3	82	80,87	9,0	0,006	0,006
	Vivenciada 3		81,63	8,2		

Na tabela 8, analisamos a distribuição da amostra quanto à evolução dos pacientes e os resultados na 1ª, 2ª e 3ª aplicações do instrumento de mensuração Medida de Independência Funcional - MIF Motora verbal e vivenciada (1ª aplicação: mv1 média=64,54 e dp=19,6; mvv1 média=72,84 e dp=12,8; 2ª aplicação: mv2 média=76,66 e dp= 11,3; mvv2 média=80,07 e dp=9,0; 3ª aplicação: mv3 média=80,87 e dp=9,0 – mvv3 média=81,63 e dp=8,2) e o resultado da comparação entre MIF verbal e vivenciada em cada momento de aplicação através dos testes t-pareado e Wilcoxon. Pelo nível descritivo(p) verificamos a hipótese de igualdade entre MIF verbal e MIF

vivenciada (quando p for menor que 0,05 rejeita-se a hipótese de que MIF verbal é igual à MIF vivenciada). Observa-se nos três momentos de aplicação que a hipótese nula foi rejeitada, ou seja MIF verbal é diferente de MIF vivenciada ($p < 0,05$).

A tabela também mostra uma crescente evolução do paciente, quantificado tanto pela MIF motora verbal como na MIF motora vivenciada.

Tabela 9 – Média e Desvio Padrão, da MIF cognitiva, nos três momentos de aplicação e o resultado da comparação entre as MIF cognitiva verbal e vivenciada, nível descritivo (p), através dos testes t – pareado e Wilcoxon.

Tempo	MIF Cognitiva	N	Média	Desvio Padrão	Nível descritivo (p)* T-pareado	Wilcoxon
1ª Aplicação	Verbal 1	82	28,71	6,0	0,026	0,026
	Vivenciada 1		28,98	5,8		
2ª Aplicação	Verbal 2	82	30,90	4,5	0,002	0,002
	Vivenciada 2		31,51	4,8		
3ª Aplicação	Verbal 3	82	31,93	3,4	0,010	0,010
	Vivenciada 3		32,15	3,5		

Na tabela 9, analisamos a distribuição da amostra quanto à evolução dos pacientes e os resultados na 1ª, 2ª e 3ª aplicações do instrumento de mensuração Medida de Independência Funcional - MIF Cognitiva verbal e vivenciada (1ª aplicação: cv1 média=28,71 e dp=6,0; cvv1 média=28,98 e dp=5,8; 2ª aplicação: cv2 média=30,90 e dp=4,5; cvv2 m=31,51 e dp=4,8; 3ª aplicação: cv3 média=31,93 e dp=3,4; cvv3

m=32,15 e dp=3,5) e o resultado da comparação entre MIF verbal e vivenciada em cada momento de aplicação através dos testes t-pareado e Wilcoxon. Pelo nível descritivo(p) verificamos a hipótese de igualdade entre MIF verbal e MIF vivenciada (quando p for menor que 0,05 rejeita-se a hipótese de que MIF verbal é igual à MIF vivenciada). Observa-se nos três momentos de aplicação que a hipótese nula foi rejeitada, ou seja, MIF verbal é diferente de MIF vivenciada ($p < 0,05$).

A tabela também mostra uma crescente evolução do paciente, quantificado tanto pela MIF cognitiva verbal como na MIF cognitiva vivenciada.

5. DISCUSSÃO

Os parâmetros para descrever ou mensurar o desempenho da tarefa na AVD e no controle domiciliar são independência, segurança e qualidade. Os terapeutas ocupacionais devem avaliá-los independentemente da tarefa específica ou das tarefas a serem avaliadas, eles são essenciais para o desempenho competente da tarefa⁵⁰.

O desempenho da tarefa que não é independente indica a necessidade de assistência por meio de aparelhos, adaptações e/ou familiares cuidadores.

O desempenho da tarefa que é independente mas inseguro por colocar o paciente em risco indica a necessidade de familiar cuidador para supervisão constante do paciente.

O desempenho da tarefa que é independente, mas limitado ou inadequado em qualidade dos movimentos, restringe a participação adequada do paciente, podendo colocá-lo em risco. O paciente deve ser alertado e estar em programa de reabilitação.

Os déficits na independência da tarefa, segurança e qualidade indicam a necessidade de intervenções de Terapia Ocupacional.

O Laboratório de Atividade de Vida Diária (AVD) é o local onde o paciente irá treinar, e realizar suas atividades rotineiras básicas, reorganizando e aprimorando seu desempenho ocupacional e adequando-se à sua condição atual, com segurança e sem riscos de queda. É fundamental que seja um ambiente simples, limpo, arejado, iluminado, seguro, porém aconchegante e acolhedor.

O Laboratório de AVD do setor de Terapia Ocupacional da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo é constituído de um quarto, uma pequena cozinha e um banheiro adaptado, com piso antiderrapante e barras de apoio e sustentação ao

redor do vaso sanitário, não possui chuveiro, o que nos fez adaptar um banho de bacia para efetuarmos o treino.

O terapeuta, ao avaliar seu paciente, deve mapear o desempenho ocupacional, através da análise da atividade realizada, corrigir o desempenho do paciente, orientar o familiar cuidador, documentar os resultados e assim optar pelo melhor método de intervenção para aquele paciente.

A avaliação em Terapia Ocupacional deve ser vista como o diagnóstico do desempenho ocupacional do paciente. Para tanto deve somar instrumentos de mensuração funcional que possibilitem esse objetivo terapêutico.

A MIF vivenciada mostra claramente o desempenho do paciente ao realizar a atividade de vida diária básica ou instrumental e ao ser aplicado em Laboratório de AVD ou no próprio domicílio do paciente. Deve ser considerada como o início do tratamento de reabilitação, pois o terapeuta corrigindo o desempenho ocupacional apresentado, dá início ao treino das atividades de vida diária.

Ao aplicar a MIF vivenciada, é possível identificar e avaliar a qualidade dos movimentos empregados para a realização das AVD, mostrar aos pacientes formas diferentes de se realizar as atividades cotidianas, e fazê-los se adequar à nova e atual realidade.

O terapeuta ocupacional ao realizar a vivência de AVD com o paciente, torna-se um agente facilitador para que o mesmo atinja a maior independência possível, principalmente ao apoiar verbalmente cada fase da execução da atividade ou tarefa ministrada.

Na primeira aplicação da MIF vivenciada, tanto paciente como familiar cuidador demonstraram surpresa ao verificarem a diferença nas respostas e conseqüentemente no resultado final à maior ao comparar os resultados obtidos na aplicação da MIF verbal, ficando evidente para ambos o potencial funcional residual para o desempenho ocupacional.

A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos pacientes que sofreram um episódio de AVC, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de manter-se em comunidade, desfrutando de sua independência até as idades mais avançadas.

Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem para realizar suas AVD, mais severa é a sua incapacidade funcional.

Foi possível visualizar, através da pontuação da MIF motora vivenciada, o lado mais comprometido pelo AVC, principalmente a assimetria corporal, mesmo nos pacientes com comprometimento do hemicorpo esquerdo, que na MIF motora verbal apresentaram o melhor escore no desempenho ocupacional das AVD, justificado pela influência do hemicorpo dominante.

A troca de dominância, durante o tratamento, ocorreu em 52% dos pacientes da amostra, demonstrando que o paciente deseja e almeja realizar suas atividades cotidianas, mesmo que para isso seja necessário treinar e habilitar o membro não dominante, que normalmente tem um desempenho ocupacional menor.

Os pacientes com hemiplegia ou hemiparesia esquerda apresentaram comprometimento cognitivo na forma de negligência visual, tátil ou motora à esquerda,

como também dificuldade em perceber a própria incapacidade, já que continuavam realizando as AVD com o membro superior dominante. Apenas uma paciente com dominância esquerda não se incluiu neste resultado.

Os pacientes com hemiplegia direita, apresentaram maior comprometimento cognitivo, com resultados praticamente iguais, tanto na MIF verbal como na MIF vivenciada.

Os pacientes com hemiplegia direita foram mais difíceis de serem avaliados tanto na forma verbal da MIF como na vivenciada, deixando evidente as limitações cognitivas, inclusive na comunicação, memória, assim como na forma vivenciada certa dificuldade em seguir as instruções e treinamentos para a realização das AVD.

Os achados deste estudo mostram que a Medida de Independência Funcional vivenciada proporciona com maior realismo, ao paciente e ao familiar cuidador, um mapa da capacidade funcional e ocupacional residual, e serve como estímulo para o comparecimento às terapias.

A Medida de Independência Funcional vivenciada acrescenta dados importantes que somam às avaliações já existentes e validadas para o paciente neurológico em tratamento reabilitatório.

A MIF, ao ser aplicada verbalmente por profissional habilitado e treinado, demora cerca de 20 minutos, em contrapartida a MIF vivenciada leva aproximadamente 60 minutos. É uma diferença considerável, quando se trata de atender uma grande demanda de pacientes.

Há uma evidente diferença quantitativa, à maior ou à menor, quando comparamos a MIF aplicada verbalmente com a aplicada da forma vivenciada, principalmente na primeira avaliação, ou seja, no início do tratamento reabilitatório, esta diferença diminui gradativamente nas segunda e terceira aplicações da MIF sucessivamente, porém é relevante a diferença significativa entre as duas formas de aplicação da avaliação funcional.

Os achados deste estudo mostraram que a MIF Vivenciada é um instrumento de mensuração de dados mais reais, que proporciona ao terapeuta ocupacional e à equipe de reabilitação um mapa da capacidade funcional para o desempenho ocupacional do paciente após o Acidente Vascular Cerebral.

ANEXO 1

Tabela 1. Protocolo de Avaliação - Medida de Independência Funcional MIF.

Medida de Independência Funcional												
Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)						Sem Ajuda					
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo \geq 75%) 3 Ajuda (indivíduo \geq 50%) 2 Ajuda máxima (indivíduo \geq 25%) 1 Ajuda total (indivíduo \geq 0%)						Ajuda					
Data			Admissão			Alta			Seguimento			
Auto-Cuidados												
A. Alimentação												
B. Higiene pessoal												
C. Banho (lavar o corpo)												
D. Vestir metade superior												
E. Vestir metade inferior												
F. Utilização do vaso sanitário												
Controle de Esfíncteres												
G. Controle da diurese												
H. Controle da defecação												
Mobilidade												
Transferências												
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas												
J. Vaso sanitário												
K. Banheira, chuveiro												
Locomoção												
L. Marcha / Cadeira de rodas			M			M			M			
			C			C			C			
M. Escadas												
Comunicação												
N. Compreensão			a			a			a			
			v			v			v			
O. Expressão			v			v			v			
			n			n			n			
Cognição Social												
P. Interação social												
Q. Resolução de problemas												
R. Memória												
Total												

Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não for possível de ser testado, marque 1

ANEXO 2

Cartilha de AVD para o paciente com hemiplegia espástica por AVC.

A vida após um acidente vascular cerebral se modifica, os movimentos e gestos tão simples e banais já não são os mesmos, as tarefas mais simples do dia-a-dia já não podem ser realizadas sem ajuda, e em razão desta condição tanto paciente quanto familiar cuidador sofrem com a falta de conhecimento de como lidar com as novas dificuldades.

Até que ponto deixar o paciente realizar ou fazer por ele? O que vai estar prejudicando no fazer por ele no dia-a-dia?

O retorno para casa de uma pessoa que teve um acidente vascular cerebral é difícil tanto para o doente, como para seus familiares.

A sensação é de estar recebendo uma nova pessoa, como se fosse a primeira criança na casa. Então surgem dúvidas. Como dar banho? Como alimentar? Como vestir?

Esta cartilha tem o objetivo de tornar tanto paciente quanto cuidador, seguros em casa durante a realização das atividades de vida diária, promovendo a independência do paciente, conseqüentemente, evitando problemas como a perda de autonomia, assim como prevenir sobrecarga de tarefas para o familiar cuidador.

O Terapeuta Ocupacional é o profissional da Reabilitação responsável pela ampliação da independência do paciente em suas atividades da vida diária básicas e instrumentais. Para tanto, ele atua desde o momento de internação até o ambulatório.

São divididas em: Atividades da Vida Diária Básicas: alimentação, vestuário, higiene, auto-cuidados. Atividades da Vida Diária Instrumentais ou Prática: são as atividades que envolvem a interação do indivíduo com os utensílios do dia-a-dia e profissional.

Os recursos da tecnologia assistiva são selecionados e/ou confeccionados de modo ímpar, ou seja, cada paciente apresenta a sua constituição anatômica e a sua incapacidade, portanto, necessita de uma abordagem individual, então as órteses serão confeccionadas e seriadas em outro horário de Terapia Ocupacional.

Orientações para pacientes dependentes de ajuda média, mínima e supervisão

Alimentação

O paciente deve forrar a mesa com a toalha de mesa, pegar um alimento na geladeira, no armário, na fruteira, levar até a mesa, pegar os utensílios no armário (prato, copo, talheres) servir-se e alimentar-se. Quando o paciente não conseguir completar a tarefa, o familiar cuidador completará, porém deverá continuar treinando.

Higiene Pessoal

O paciente deve abrir a porta do banheiro, ligar o interruptor da luz, dirigir-se à pia, abrir a torneira e: a) lavar as duas mãos com sabonete bastão ou líquido, enxaguar as duas mãos, lavar o rosto e enxugar com a toalha; b) abrir o armário, pegar pasta e

escova de dentes, escovar dentes ou a prótese dentária; se necessário utilize uma escovinha de unhas (nova) para lavar a prótese. c) olhar no espelho, pentear os cabelos, passar batom; d) passar o desodorante; e) os homens devem pegar os aparatos para fazer a barba: pincel, espuma e raspador, raspe sua barba com delicadeza com a mão não comprometida pelo AVC, se não conseguir chegar até o final da tarefa, peça ao familiar cuidador para terminar.

Banho

O paciente deve abrir a porta do banheiro, ligar o interruptor da luz, dirigir-se à pia, sentar-se na cadeira de plástico, despir-se, se alcançar, ligar o chuveiro ou chuveirinho, pegar o sabonete e ensaboar-se. Quando necessário, peça ao familiar cuidador para ensaboar o que faltou ensaboar, mas primeiro tente, após enxaguar-se, desligue o chuveiro ou chuveirinho, pegue a toalha e enxugue-se; se necessário peça ao familiar cuidador para enxugar onde o senhor (a) não alcança.

Vestir a parte superior do corpo

O paciente deve sentar-se na cadeira ou cama, despir a roupa da parte superior do corpo: camisa, blusa, camiseta, para depois vestir a roupa novamente. Todos devem despir e vestir primeiro o lado hemiplégico (Aproveitar a hora do banho).

Vestir a parte inferior do corpo

a) O paciente deve sentar-se na cadeira ou cama, despir a roupa da parte inferior do corpo: calça, saia, bermuda, meias (aproveite a hora do banho) e depois vestir a roupa novamente. Todos devem despir e vestir primeiro o lado hemiplégico. b) Descalçar o sapato ou sandália e calçar. Todos devem descalçar e calçar primeiro o pé hemiplégico.

Vaso sanitário

O paciente deve abrir a porta do banheiro, ligar o interruptor da luz, dirigir-se ao vaso sanitário e sentar-se; após sua utilização, pegar um pedaço de papel higiênico e realizar a limpeza perineal como foi explicado pela T.O., jogar o papel utilizado no lixo, levantar-se, acionar o botão da descarga, dirigir-se à pia, abrir a torneira, lavar as duas mãos com sabonete líquido, enxaguar as duas mãos e enxugar com a toalha.

Transferências

O paciente que faz uso de cadeira de rodas deve transferir-se: a) para a cadeira normal, na hora das refeições; o familiar cuidador deve ficar perto, porém o paciente realizará a transferência. b) para o vaso sanitário - o familiar cuidador deve ficar perto, porém o paciente realizará a transferência.

Escadas

O paciente tem escada em casa e já está andando: a) com a ajuda do familiar cuidador e segurando no corrimão, suba três degraus e desça; b) com a ajuda do familiar cuidador e segurando no corrimão, suba cinco degraus e desça; c) com a ajuda do familiar cuidador e segurando no corrimão, suba oito degraus e desça; d) com a ajuda do familiar cuidador e segurando no corrimão, suba dez degraus e desça; e) com a ajuda do familiar cuidador e segurando no corrimão, suba quinze degraus e desça;

obs: para efetuar esse treino, sua escada já deverá possuir o antiderrapante colado no degrau, como orientado na Terapia Ocupacional.

Tarefas para casa

Participe em algumas atividades domésticas como:

Fase 01

- a) Dobrar os panos de prato e toalhas de rosto;
- b) Fazer bolinhos de meia;
- c) Dobrar calcinhas e cuecas;
- d) Tire o pó dos móveis (mesas, cadeiras, cômodas);
- e) Auxiliar escolhendo a salada – folhas; feijão; arroz.

Fase 02

- a) Auxiliar escolhendo a salada – folhas; feijão; arroz;
- b) Dobrar todas as roupas recolhidas do varal, fechando o zíper e abotoando os botões.

Participe das conversas, contando as notícias que ouviu no rádio ou noticiário da TV, conte o capítulo da novela para quem não conseguiu assistir, leia o jornal e conte as manchetes, mantenha-se informado, para poder informar a sua família.

Exercícios

a) com a massa de modelar: amasse, faça uma bola, amasse, faça uma cobra, amasse novamente e repita; b) com grãos de feijão e arroz: mexa e remexa dentro da bacia, colocando a mão entre os grãos, pegue um pouco de grãos com a mão direita, aperte, devolva na bacia; repita com a mão esquerda; c) com a toalha de rosto: sente diante da mesa da cozinha, dobre a toalha em quatro partes, e com as mãos uma sobre a outra, passe sobre a mesa nos sentidos horário e anti-horário, torça a toalha cinco vezes, enrole a toalha como se fosse um rocambole, repita cinco vezes; d) com papel (folhas de revistas velhas): arranque 10 folhas, amasse com a mão direita, desamasse e rasgue em tirinhas; repita com a mão esquerda toda a seqüência.

ANEXO 3

TABELA 2. Escala Santa Casa de Espasticidade. (Lianza, 2007)

Grau	Classificação
0	ausência de espasticidade.
1	o aumento do tônus é percebido ao exame, porém não interfere na função.
2	a espasticidade percebida ao exame interfere na função.
3	a espasticidade impede o desempenho da função.

Fonte: SAME Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (2005).

ANEXO 4

Teste de Destreza Manual da Caixa e Blocos, utilizado durante o Protocolo TOAS, para medir e quantificar a evolução da capacidade ocupacional manual, trata-se de instrumento validado no Brasil ^{42, 43, 44}.

É um teste constituído de uma caixa de madeira dividida ao meio e 150 blocos de madeira adaptados em formato cilíndrico para os pacientes com hemiplegia; a medição é realizada bilateralmente, para efeito de comparação ^{42, 43, 44}.

Figura 1. Teste de Destreza Manual da Caixa e Blocos.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

ANEXO 5**Órtese de posicionamento de punho e dedos.**

As órteses foram confeccionadas e seriadas no Laboratório de órteses, em sessões que não fizeram parte do protocolo TOAS.

O material utilizado é o termomoldável de baixa temperatura: uma mistura de borracha e plástico. Utilizamos velcro argola e gancho para fixar e cola superbonder.

A órtese teve um papel coadjuvante no tratamento, pois ao posicionar corretamente o membro hemiplégico espástico, evitou-se deformidades e o agravamento das já existentes. Os pacientes foram orientados a dormir com a órtese e utilizá-la durante uma hora com duas de descanso durante o dia.

Foram orientados a higienizar a órtese com bucha e sabão líquido (detergente) em água fria.

Figura 2 – Órtese utilizada pelos pacientes durante o protocolo de tratamento TOAS.

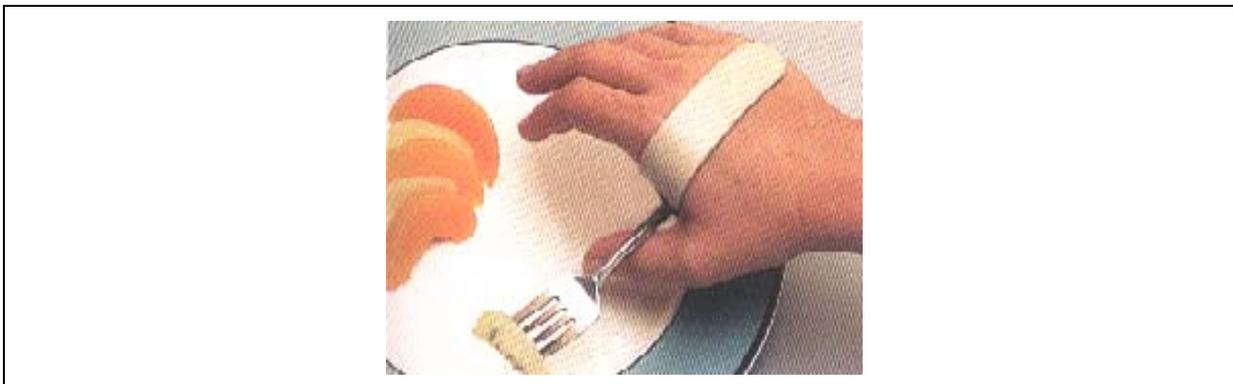


Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Danielle Garros. (2005)

ANEXO 6

Adaptações utilizadas pelos pacientes durante o protocolo TOAS.

Figura 3 – Adaptação para talheres



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

Figura 4 – Cortador de pizza, engrossado e afiado (utilizado como faca para cortar legumes, carnes...)



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

Figura 5 – Aparador (Adaptado para se cortar legumes,carnes, pães...)



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

Figura 6 – Abotoador



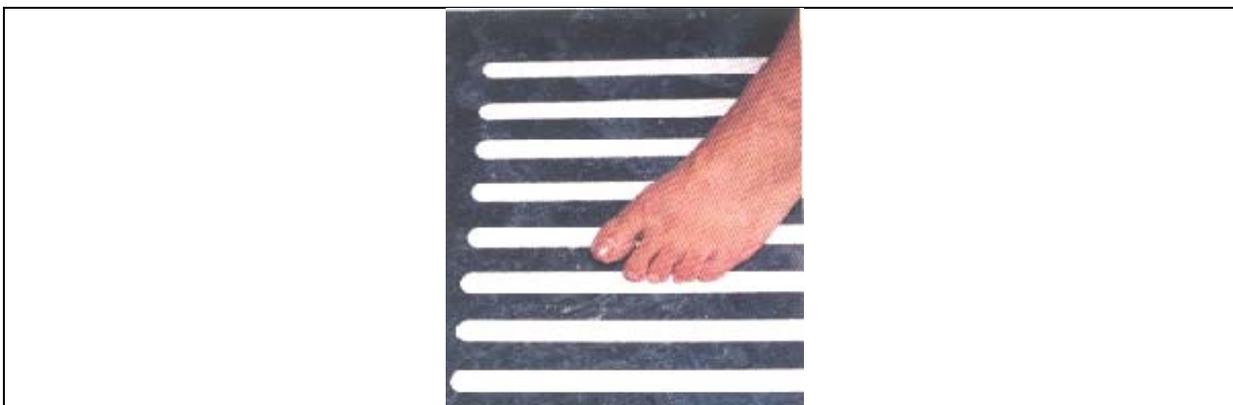
Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

Figura 7 – Cadeira de rodas , duplo x , com rodas de câmara, apoio de braços removíveis, indicada para os pacientes que necessitaram do equipamento para locomoção.



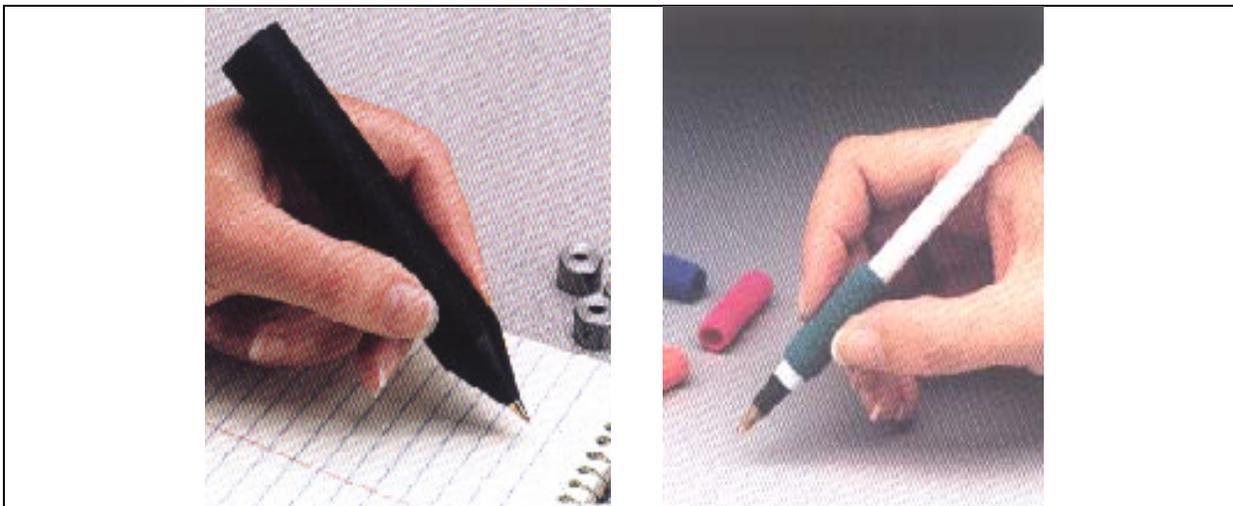
Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

Figura 8 – piso antiderrapante



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

Figura 9: (a e b) - engrossadores de canetas, material utilizado: borracha, EVA.



Fonte: Banco de dados da Terapia Ocupacional, por Regina Rossetto. (2005)

ANEXO 7

Tabela 3. Dados Demográficos da Amostra: 82 pacientes com hemiplegia por AVC, submetidos à Medida de Independência Funcional MIF verbal e vivenciada.

Nº	Sexo	Raça	Idade	Estado civil	Dominância	Local do déficit	Tempo / AVC meses
1	M	B	56	D	D	HE	11
2	M	B	42	C	D	HE	9
3	M	N	50	C	D	HE	3
4	M	N	34	C	D	HD	13
5	M	N	61	C	D	HD	27
6	M	B	76	C	D	HD	7
7	M	B	64	C	D	HE	0
8	M	B	59	V	D	HE	0
9	F	B	57	S	D	HD	0
10	F	B	66	V	D	HE	51
11	F	N	74	C	D	HE	12
12	F	B	35	S	D	HE	145
13	M	N	51	V	D	HD	120
14	M	N	52	D	D	HD	13
15	F	B	43	D	D	HE	1
16	F	N	75	V	D	HD	35
17	F	B	51	S	D	HD	24
18	F	B	61	D	E	HE	15
19	M	N	28	S	D	HE	50
20	F	N	65	V	D	HE	39
21	F	B	42	C	D	HE	2
22	F	B	28	S	D	HE	7
23	M	B	54	C	D	HE	1
24	M	N	56	C	D	HD	9
25	M	N	53	C	D	HD	0
26	M	B	51	S	E	HD	3
27	M	N	24	S	D	HD	2
28	M	N	48	C	D	HD	5
29	M	B	68	C	D	HD	12
30	M	B	66	C	D	HE	2
31	M	N	54	C	D	HD	3
32	F	B	79	V	D	HD	1
33	M	B	57	D	D	HD	20
34	F	B	82	V	D	HE	6
35	M	N	37	C	D	HE	1
36	M	B	46	C	D	HD	12
37	F	B	51	C	D	HE	12
38	F	B	76	S	D	HE	18
39	M	N	65	V	D	HE	1
40	M	B	65	C	D	HD	27

41	F	B	79	V	D	HD	1
42	M	B	54	C	D	HD	11
43	F	B	57	C	D	HD	84
44	M	N	43	V	D	HD	144
45	F	B	56	C	D	HD	36
46	M	B	76	C	E	HE	24
47	M	N	64	V	D	HE	48
48	F	N	77	V	D	HE	24
49	M	B	74	C	D	HE	1
50	F	B	31	D	D	HE	8
51	M	B	51	C	E	HE	8
52	F	B	47	S	D	HE	72
53	M	N	19	S	D	HE	2
54	F	N	73	V	D	HD	36
55	M	N	50	S	D	HE	4
56	M	B	44	C	D	HD	1
57	M	B	58	V	D	HE	2
58	F	B	46	D	D	HE	1
59	F	N	53	C	D	HD	108
60	M	B	49	C	D	HD	1
61	F	B	25	C	D	HD	24
62	M	B	68	C	D	HE	0
63	M	B	46	S	D	HD	0
64	M	B	64	D	D	HE	0
65	M	N	78	C	D	HD	0
66	M	A	52	C	D	HD	0
67	F	B	48	C	D	HD	47
68	M	N	74	C	D	HD	90
69	M	N	60	C	D	HD	8
70	M	B	59	C	D	HE	0
71	F	B	39	C	D	HE	4
72	F	B	62	C	D	HD	1
73	M	A	72	C	D	HD	23
74	M	B	74	C	D	HD	1
75	M	A	59	C	D	HE	0
76	M	N	44	C	D	HE	1
77	M	B	52	S	D	HD	4
78	M	B	68	C	D	HD	1
79	M	B	57	C	D	HD	2
80	F	N	52	C	E	HE	1
81	F	N	75	S	D	HE	1
82	M	B	40	C	D	HD	36

Nº: Número do paciente da amostra;

Sexo M: masculino; F: feminino;

Raça B: branco; N: negro; A: amarelo;

Estado Civil C: casado; S: solteiro; D: divorciado;

Dominância D: direita; E: esquerda;

Local do déficit: HD- hemiplegia direita; HE- hemiplegia esquerda;

* **Tempo do AVC,** antes do início do tratamento de T.O. em meses.

ANEXO 8

CONSENTIMENTO PÓS- ESCLARECIMENTO

Declaro que, após os convenientes esclarecimentos pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

São Paulo, 12 de dezembro de 2005.

_____,
portador do documento RG....., concordo em participar da PESQUISA
- **“Análise Quantitativa do Instrumento de mensuração Medida de
Independência Funcional M.I.F. em pacientes com hemiplegia espástica por
Acidente Vascular Cerebral.”**

Desenvolvida no setor de Terapia Ocupacional do Serviço de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Não oponho resistência á utilização dos dados obtidos a partir da minha história clinica e avaliação funcional realizada na Terapia Ocupacional, pois entendo que não serei prejudicado, desde que seja mantida a minha privacidade e o sigilo com tais informações.

Assinatura

Regina Aparecida Rossetto
CREFITO 3 – 1659 TO

ANEXO 9

Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – CEP – ISCMSP, projeto nº 381/04.



IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
 Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 Santa Cecília CEP 01277900 São Paulo –SP
 PABX (11) 32240122 Ramais: 5502/5710 – Fax- 3226.7041 E-mail: eticamed@sanfacasasp.org.br

São Paulo, 15 de dezembro de 2004.

Projeto nº 381/04
 Informe este número para identificar seu projeto no CEP

Ilmo.(a).Sr.(a).
Dr.(a). Regina Aparecida Rossetto
 Serviço de Reabilitação

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, reunido no dia **15/12/2004** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa **“Análise quantitativa do instrumento de mensuração medida de independência funcional M.I.F. em pacientes com hemiplegia espástica por Acidente Vascular Cerebral”** emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

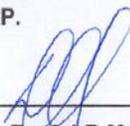
Aprovado inclusive o TCLE;

Com pendência modificações ou informação relevante a serem atendidas em 60 dias (enviar as alterações em duas cópias)b

Retirado, por não ser reapresentado no prazo determinado;

Não aprovado: e

Aprovado inclusive TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão), e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – MS -CONEP, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.



Prof. Dr. Daniel R. Muñoz
 Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
 ISCMSP

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. WHO - World Health Organization. The World Health Report. Geneve, WHO; 1997.
02. Greenberg DA, Aminoff MS, Simon RP. Neurologia Clínica. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Medicas; 1996.
03. Gagliardi RJ & Reimão R. Clínica Neurológica. São Paulo: Lemos; 1998.
04. André C. Demência vascular: dificuldades diagnósticas e tratamento. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v.56, n.3ª, 1998. Disponível em <http://www.scielo.br>
05. Trombly CA. Conceptual foundations for practice. In: Radomski MV, Trombly CA. Occupational therapy for physical dysfunction. 5ª th ed. USA: Lippincott Williams e Wilkins, 2002: 1-15.
06. Crepeau EB, Neistad ME. Terapia Ocupacional. Willard & Spackman 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
07. Rossetto RA, Garros DSC. Avaliação e tratamento da capacitação funcional. In: Greve JMD. Tratado de medicina de reabilitação. São Paulo: Roca, 2007: 1208-1211.
08. Lianza S, Pavan K, Rossetto R, Mekaru D, Wojciechowski. Avaliação da incapacidade. In: Lianza S. Medicina de reabilitação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. 2:10-25.
09. Lianza S. Medicina de reabilitação. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
10. Brito CMM. Anamnese do Paciente Incapacitado, Pg 128. In: Greve JMA. Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo: Roca; 2007.
11. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. Acta Fisiatrica 2004 (2) 72-76.
12. Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (adult film version 4.0) Buffalo: State University of New York, Buffalo/ U.B.Foundation Activities, 1993.
13. Granger CV, Hamilton BB, Keith RA, Zielesny M, Shervin FS. Advances in Functional assessment for rehabilitation. Topics: geriatric rehabilitation. Rockville. 1986.
14. Mathiowetz V, Bass-Haugen J. Avaliando Habilidades e Capacidades: O comportamento motor. In: Trombly CA, Radomski MV. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. 5ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2005. 5:137-58.

15. Bobath B. Hemiplegia no Adulto: Avaliação e tratamento. São Paulo: Manole,1978. 181p.
16. Galiardi RJ, Raffin CN, Fabio SRC e demais participantes do Consenso da SBDCV. Primeiro Consenso Brasileiro do Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral. Arq Neuropsiquiatr. 2001; 59: 972-80.
17. Gagliardi RJ. AVC – Acidente Vascular Cerebral: 50 FAQ “Frequently Asked Question”. EPM - Editora de Publicações Médicas, São Paulo, 2006.
18. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. Rev. Soc. Cardiol. São Paulo; 1999. 4:509-18.
19. Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de informações sobre mortalidade. TABNET. Indicadores e dados básicos. Disponível em:www.datasus.gov.br, 2005. (19 set 2007).
20. Fisher CM. Reducing risks of cerebral embolism. Geriatrics 1979. 34; 59-66.
21. Guillen G. Acidente vascular cerebral. *In*: Pedretti LW; Early MB. Terapia Ocupacional, capacidades práticas para as disfunções físicas. 5ª ed. São Paulo: Roca, 2004.
22. Brust JCM, Fahn S. Executive Control Mediates Memory's Association with Change in Instrumental Activities of Daily Living: The Freedom House Study aging: Normative data, factor structure, and clinical correlates. Current Neurology and Neuroscience Reports, Vol. 3. Journal Article, J Am Geriatr Soc, January; 2005.
23. Linacre JM, Heinemann AW, Wright BF, Granger CV, Hamilton BB. The Structure and Stability of The Functional Independence Measure. Arch Phys Med Rehabil. 1994; 75: 127-32.
24. Asplund K. Diabetes as a risk factor for stroke: a population perspective. ... Journal Article, J Clin Hypertens.Greenwich. May; 2005.
25. Yang Y, George LK. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. J Aging Health 2005; 17:263-92.
26. Farinati PTV. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. Arq. Geriatr Gerontol.1997; 1:1-9.
27. Eggers O. Terapia Ocupacional no tratamento da hemiplegia do adulto. São Paulo: Colina; 1982.pg 13.

28. De Jong RN. The neurologic examination. Michigan, Harper & Row, 1979.
29. Bang GSS. Análise do atendimento concentrado de espasticidade. Método de tratamento da espasticidade. São Paulo. BC-FCMCSP/46-2004
30. Barraquer-Bordas L. Neurologia Fundamental. 3ª ed. Barcelona;Toray: 1976.
31. Lance JW. Pyramidal and extrapyramidal disorders in Shahani DT: Eletromiograph in CNS Disorders: central EMG, Boston: Butterworth.1984.
32. Mayer N. Clinicophysilogic concepts of spasticity and motor dysfunction in adults,1997.
33. Barnes MP. Spasticity: A rehabilitation challenge in the elderly. Gerontology 2001;47(6):295-99.
34. Mayer N. Clinicophysilogic concepts of spasticity and motor dysfunction in adults with an upper motoneuron lesion. In: Spasticity: etiology, evaluation, management and role of botulinum toxin. We move. September. 2002.
35. Jozefczyk PB. The management of focal spasticity. Clin Neuropharmacol. 2002 May/June; 25(3):158-73.
36. Quagliato, EMAB. Tratamento Sistêmico da Espasticidade. In:Greve JMA. Tratado de Medicina de Reabilitação. São Paulo: Roca; 2007.
37. Schimidt RA. Motor control and learning principles for physical therapy. In: M. Lister (Ed.) Contemporary management of motor control problems. Alexandria,VA: American Phisical Therapy Association. 1991. 49-64.
38. Davies PM. Passos a seguir – Um manual para o tratamento da hemiplegia no adulto. São Paulo:Manole; 1996.
39. Davies PM. Recomeçando outra vez – Reabilitação precoce após lesão cerebral traumática ou lesão cerebral severa. São Paulo: Manole; 1997.
40. Schimidt RA.Motor control and learning.1988.Champaign:Human Kinetics Publishers.
41. Schimidt RA, Bjork RA. New conceptualizations of practice: Common principles in three paradigms suggest new concepts for training. 1992. Psychological Science. 3:207-17.

42. Mathiowetz V, Volland G, Kashman N, Weber K. Adult norms for the box and block test of manual dexterity. *Am J Occup Ther*, 1985; 39: 386-391.
43. Goodkin DE, Hertsgaad D, Seminary J. Upper extremity function in multiple sclerosis: improving assessment sensitivity with box-and-block and nine-hole peg tests. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 69:850-4.
44. Mendes MF, Tilbery CP, Balsimelli S, Moreira MC, Cruz AMB. Teste de destreza manual da caixa e blocos em indivíduos normais e em pacientes com esclerose múltipla. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2001.59 (4); 889-94.
45. Jones TA, Schallert T. Use-dependent growth of pyramidal neurons after neo-cortical damage. *J. Neurosci*. 1994. 14:2140-152.
46. American Occupational Therapy Association. Standards of practice for occupational therapy. *Amer. J. Occup. Ther.* 1983: 37:802-14.
47. Cook AM, Hussey SM. *Assistive Technologies: Principles and Practice*. St. Louis. Mosby. 1994.
48. Smith R. Technological approaches to performance enhancement. In: Christiansen C, Baum C. *Occupational Therapy, Overcoming Human Performance Deficits, Thoroughfare*. New Jersey. Slack. 1991.
49. Mello MAF. Tecnologia Assistiva. In: Greve JMA, AmatuZZi MM. *Medicina de Reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia*. São Paulo. Roca. 1999. 17:407-19.
50. Rogers JC, Holm MB. Avaliação das Áreas de Desempenho Ocupacional. In: Willard & Spackman *Terapia Ocupacional*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 15:167 – 201.
51. U.S. Department of Education. Annual report of the National council on the Handicapped. 1982.
52. Edmans J, Champion A, Hill L, Ridley M, Skelly F, Jackson T, Neale M. *Terapia Ocupacional e Derrame Cerebral*. São Paulo: Santos; 2004. 2: 37-38.
53. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*. 1965. February:61-3.
54. Collin C, Wade DT, Davis S, Home V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*. 1988. 10(2):61-3.

55. Whiting SE, Lincoln NB. An ADL assessment for stroke patients. *British Journal of Occupational Therapy*. 1980. 43(2):44-6.
56. Lincoln NB, Edmans JA. A re-validation of the Rivermead ADL scale for elderly patients with stroke. *Age and Ageing*. 1990. 19:19-24.
57. Ebrahim S, Noum FM, Barer D. Measuring disability after a stroke. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1985. 39: 86-9.
58. Benjamim J. The Northwick Park ADL Index. *British Journal of Occupational Therapy*. 1976; 39(12):301-6.
59. Spencer C, Clarck M, Smith DS. A modification of the Northwick Park ADL Index (the Australian ADL Index). *British Journal of Occupational Therapy*. 1986. 49(11):350-3.
60. Sheikh K, Smith DS, Mead TW, Goldenberg E, Brennan PJ, Kinsella G. Repeatability and validity of a modified ADL index of chronic disability. *International Rehabilitation Medicine*. 1979. 1(2):51-8.
61. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardised measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association* . 1963. 185:914-19.
62. Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiatrica* 2001;8:45-52.
63. Paula, JAM. Avaliação Funcional. In: Greve JMA. *Tratado de Medicina de Reabilitação*. São Paulo: Roca; 2007. 694-702.
64. Finger JAO. *Terapia Ocupacional*. São Paulo: Sarvier; 1986.
65. Cordeiro JJR. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS): Implicações para a Terapia Ocupacional. Recife: Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Anais, 2005.
66. Greve JMA, Amatuzzi, MM. *Medicina aplicada à ortopedia e traumatologia*. São Paulo: Roca; 1999.
67. Mathiowetz V, Haugen JB. Motor behavior research: Implications for therapeutic approaches to central nervous system dysfunction. *American Journal of Occupational Therapy*. 48:733-45.

Análise Comparativa da Medida de Independência Funcional verbal e vivenciada aplicado em pacientes com hemiplegia espástica por Acidente Vascular Cerebral. Autora: Regina Aparecida Rossetto Guzzo. Dissertação de Mestrado – 2008.

INTRODUÇÃO: A Medida de Independência Funcional é a avaliação da capacidade funcional mais usada em reabilitação nos últimos anos. **OBJETIVO:** Comparar os resultados da aplicação do instrumento de avaliação MIF verbal realizado usualmente pelos profissionais da área da saúde e reabilitação, com a MIF vivenciada em Laboratório de AVD seguida pelo terapeuta ocupacional. **CASUÍSTICA E MÉTODO:** Estudo prospectivo que constou de 82 pacientes com o diagnóstico de hemiplegia espástica por Acidente Vascular Cerebral, avaliados pela MIF verbal e vivenciada, por seis vezes, sendo que em cada sessão de avaliação de forma pareada era aplicada a MIF verbal e em seqüência realizava-se a MIF vivenciada. Esse procedimento se repetiu por três vezes: primeira sessão, décima (meio do tratamento) e na vigésima e última sessão. **RESULTADOS:** Há uma significativa diferença ao compararmos a MIF aplicada verbalmente com a aplicada da forma vivenciada, principalmente na primeira aplicação das avaliações; esta diferença diminui gradativamente nas segunda e terceira aplicações da MIF sucessivamente, porém com diferença significativa visualizada na média e o desvio padrão da MIF Verbal comparada à Vivenciada nos três momentos de aplicação na Amostra, através dos testes t-pareado e Wilcoxon. Pelo nível descritivo(p) verificamos a hipótese de igualdade entre MIF verbal e MIF vivenciada nos três momentos de aplicação e a hipótese nula foi rejeitada, ou seja, MIF verbal é diferente de MIF vivenciada ($p < 0,05$).

CONCLUSÃO: Os achados deste estudo mostraram que a Medida de Independência Funcional Vivenciada proporcionou o mapa real da capacidade funcional residual para o desempenho ocupacional, tornando-se um instrumento de avaliação relevante para o terapeuta ocupacional, facilitando todo o processo de Reabilitação do paciente após o AVC.

Unitermos: Medida de Independência Funcional; Hemiplegia Espástica; Acidente Vascular Cerebral; Desempenho Ocupacional; Terapia Ocupacional; Reabilitação.

ABSTRACT

Comparative analysis of the measuring instrument Functional Independence Measure as applied on patients with spastic hemiplegia due to cerebrovascular stroke.

Author Regina Aparecida Rossetto Guzzo; Master Degree Essay, 2008

FOREWORD: The Functional Independence Measure is the most frequently used evaluation in rehabilitation in the past few years. **AIM:** Compare the results of this evaluation method as it was applied spoken as an interview, a well known and used way by which this method is applied by Health Care Personnel, with the same method applied in a live form in an Activities of Daily Living's Lab, but this time observed and conducted by an Occupational Therapist. **POPULATION AND METHODS:** For this study there were 82 patients with spastic hemiplegia due to Cerebral Stroke. They were evaluated six times three spoken and three live forms. The evaluations were made one next to the other, first spoken and than live, three times for each patient in the first, tenth and twentieth sessions of the TOAS protocol. This protocol was developed for this trial. It consists of five sequences of kinesio activities repeated in 20 sessions. Also the patient received a brochure with the sequence in order to be able to repeat it at home as well. **RESULTS:** The final numbers of each FIM evaluation were first plotted in the Boxplott diagram and then were statistically analyzed. In all instances the live form proved to have statistic difference in comparison to the spoken form both in the T- paired and the Wilcoxon tests and even though that difference lessens with time, it remains with statistic significance. **CONCLUSION:** The live form of the FIM, although more difficult and time-consuming, was a better mirror of the patient reality, potential and development. This way the live form of the FIM has gained an outstanding status for the Occupational Therapist.

Key words: Functional Independence Measure, spastic hemiplegia, Cerebral stroke, occupational therapy, rehabilitation, occupational behavior.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)