

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**

**Programa de Mestrado Profissional em Medicina**

**Nicole Marques Favato**

Desenvolvimento de protocolos de registro de atendimento de reabilitação multiprofissional no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP para pacientes com sequelas de lesões encefálicas adquiridas

**Ribeirão Preto  
2021**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**

**Programa de Mestrado Profissional em Medicina**

**Nicole Marques Favato**

Desenvolvimento de protocolos de registro de atendimento de reabilitação multiprofissional no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP para pacientes com sequelas de lesões encefálicas adquiridas

**Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Riberto

**Ribeirão Preto  
2021**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta dissertação, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Vania Aparecida Marques Favato – CRB-8/3301

**F272d Favato, Nicole Marques**  
Desenvolvimento de protocolos de registro de atendimento de reabilitação multiprofissional no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP para pacientes com sequelas de lesões encefálicas adquiridas / Nicole Marques Favato. Ribeirão Preto, 2021.  
161 p. : il.

Dissertação de Mestrado – Universidade São Paulo (USP) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
Orientador: Dr. Marcelo Riberto

1. Medicina física. 2. Medicina de reabilitação. 3. Protocolos médicos. 4. Registros médicos. I. Título.

CDD 615.8

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nicole Marques Favato

Desenvolvimento de protocolos de registro de atendimento de reabilitação multiprofissional no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP para pacientes com sequelas de lesões encefálicas adquiridas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Aprovado em:

### Banca examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## EPÍGRAFE

“O sucesso consiste em ir de fracasso em fracasso sem perder o entusiasmo.”  
(Winston Churchill)

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Antônio Digmar (*in memoriam*) e Vânia, meus maiores e melhores orientadores na vida, por acreditarem em mim e se doarem para que eu pudesse realizar os meus sonhos.

À minha irmã Isis, pela amizade, pelo carinho e por sempre torcer pelas minhas conquistas.

Ao meu noivo Rafael, pela paciência e amor incondicional, e por sempre me incentivar a buscar o meu melhor.

A minha avó Tereza, pelo apoio e pelas palavras doces e positivas nos momentos de desânimo.

A minha sogra Maria Cláudia e ao meu sogro Octávio por me acolherem e me encorajarem nos desafios da vida.

As minhas amigas de infância e de faculdade que deixam minha vida mais leve e feliz.

Nada teria sentido sem vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por abençoar minha vida, iluminar meu caminho e me dar forças para seguir sempre em frente.

Ao meu orientador, Marcelo Riberto, pela oportunidade e confiança para a realização desse desafio, por todos os ensinamentos compartilhados e pelo exemplo de competência e dedicação ao trabalho e ao ensino.

Aos professores e coordenador do programa de pós-graduação do Mestrado Profissional em Medicina, à secretária Nathália F. Clé Oliveira, pela paciência, pelas orientações e atenção oferecida.

A equipe multiprofissional do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por me auxiliarem e orientarem na elaboração dos formulários.

A Carla Caldas e a Ana Paula Bertole que tanto contribuíram para a minha formação profissional.

Aos meus amigos Marcus, Juliano e Alex, pela convivência, pela amizade e por compartilharem os dias bons e ruins comigo durante essa jornada.

E a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## RESUMO

FAVATO, Nicole Marques. **Desenvolvimento de protocolos de registro de atendimento de reabilitação multiprofissional no Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP para pacientes com sequelas de lesões encefálicas adquiridas.** 2020. Dissertação (Mestrado profissional em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Reabilitação é o conjunto de intervenções clínicas voltadas à restauração do potencial funcional no decorrer de uma doença, ferimento ou dano, e tem como meta final a reintegração social do paciente. O Centro de Reabilitação do HCFMRP-USP foi criado em 2007, e visa prestar atendimento a pessoas com deficiência física incapacitante e que necessitam receber atendimentos em diferentes programas de reabilitação, permitindo-lhes a melhor funcionalidade possível, dentro do permitido pela incapacidade apresentada. O objetivo deste estudo é descrever o protocolo de registro de atendimento de reabilitação para a pessoa com lesões cerebrais adquiridas no Centro de Reabilitação do HCFMRP e desenvolver os formulários eletrônicos para o registro e a coleta de informações clínico-funcionais da equipe médica e multiprofissional. Metodologia: O estudo conta com as seguintes fases: levantamento da rotina assistencial atualizada do protocolo de atendimento de reabilitação da pessoa com LEA no CER, controle do preenchimento de formulários relacionados ao atendimento desta equipe e desenvolvimento de formulários eletrônicos médicos e multiprofissionais. O estudo conta com a colaboração da equipe multiprofissional do CER e do corpo médico do serviço de Fisiatria do HCFMRP-USP. Resultados: Observou-se um padrão de avaliações incompletas e de preenchimento irregular dos formulários médico e multiprofissionais nos anos de 2017, 2018 e 2019. Os dados clínicos referentes a estes anos e as principais escalas de avaliação multiprofissionais não foram preenchidos adequadamente, e impossibilitaram o acompanhamento da evolução dos pacientes, no início e final do programa de reabilitação. Discussão: Diante dessa realidade, neste estudo foram criados novos formulários de atendimento médico e multiprofissional, seguindo instrumentos de avaliação propostos pela equipe médica e multiprofissional no atendimento de reabilitação das LEA, que abrangem uma avaliação menos repetitiva para o paciente e mais focada por cada área de atuação, a fim de definir diagnósticos funcionais por área (profissional) e especificar condutas terapêuticas. Conclusão: Este estudo não permitiu somente o desenvolvimento de formulários, mas o início do estudo quantitativo do fluxo de pacientes do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Os formulários viabilizarão o compartilhamento de informações clínicas pela equipe multiprofissional de reabilitação para possibilitar o desenvolvimento futuro de inteligência artificial para a tomada de decisões em reabilitação.

**Palavras-chave:** Reabilitação, protocolo de atendimento de reabilitação, lesões cerebrais adquiridas, formulários eletrônicos.

## ABSTRACT

FAVATO, Nicole Marques. **Development of protocols for registering multidisciplinary rehabilitation care at the HCFMRP-USP Rehabilitation Center for patients with sequelae of acquired brain injuries.** 2020. Dissertation (Professional Master in Medicine) - Ribeirão Preto School of Medicine, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Rehabilitation is the set of clinical interventions aimed at restoring functional potential in the course of an illness, injury or damage, and the ultimate goal is the social reintegration of the patient. The HCFMRP-USP Rehabilitation Center was created in 2007, and aims to provide assistance to people with disabilities and who need to receive assistance in different rehabilitation programs, allowing them the best possible functionality, within the scope of the disability presented. The objective of this study is to describe the protocol for registering rehabilitation care for people with brain injuries acquired at the HCFMRP Rehabilitation Center and to develop electronic forms for the registration and collection of clinical and functional information of the medical and multiprofessional team. Method: The study has the following phases: survey of the updated care routine of the rehabilitation service protocol for people with LEA at CER, control of filling out forms related to the care of this team and development of electronic medical and multiprofessional forms. The study has the collaboration of the multiprofessional team of CER and the medical staff of the Physical Medicine and Rehabilitation service of HCFMRP-USP. Results: There was a pattern of incomplete assessments and irregular filling in of medical and multiprofessional forms in the years 2017, 2018 and 2019. The clinical data for these years and the main multiprofessional assessment scales were not filled in properly, and made it impossible to monitoring the evolution of patients at the beginning and end of the rehabilitation program. Discussion: In view of this reality, in this study new forms of medical and multiprofessional care were created, following assessment instruments proposed by the medical and multiprofessional team in the rehabilitation care of the LEA, which include a less repetitive assessment for the patient and more focused by each area of action, in order to define functional diagnoses by (professional) area and specify therapeutic approaches. Conclusion: This study not only allowed the development of forms, but the beginning of the quantitative study of the flow of patients at the Rehabilitation Center of Hospital das Clínicas in Ribeirão Preto. The forms will enable the sharing of clinical information by the multiprofessional rehabilitation team to enable the future development of artificial intelligence for decision-making in rehabilitation.

**Keywords:** Rehabilitation, rehabilitation care protocol, acquired brain injuries, electronic forms.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1-** Fluxo de encaminhamento e elegibilidade para o programa multiprofissional de reabilitação no CER..... 21
- Figura 2-** Fluxo interno do paciente no programa multiprofissional de reabilitação... 29
- Figura 3-** Representação esquemática do ciclo de reabilitação ..... 31

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Modelo de protocolo de atendimento multiprofissional em reabilitação para lesão medular.....	25
<b>Tabela 2-</b> Resumo das observações sobre levantamento de formulários para o atendimento multiprofissional de reabilitação.....	64
<b>Tabela 3-</b> Dados clínicos e demográficos LEA em 2017, 2018 e 2019.....	65
<b>Tabela 4-</b> Informações clínico-funcionais do serviço de fisioterapia.....	67
<b>Tabela 5-</b> Informações clínico-funcionais do serviço de terapia ocupacional.....	68
<b>Tabela 6-</b> Informações clínico-funcionais do serviço de enfermagem.....	69
<b>Tabela 7-</b> Informações clínico-funcionais do serviço de fonoaudiologia.....	70
<b>Tabela 8-</b> Informações clínico-funcionais do serviço de psicologia.....	70
<b>Tabela 9-</b> Tabela comparativa formulários de reabilitação – identificação.....	72
<b>Tabela 10-</b> Tabela comparativa formulários de reabilitação – caracterização da fase aguda e da lesão.....	73
<b>Tabela 11-</b> Tabela comparativa formulários de reabilitação – Antecedentes pessoais, hábitos e tratamentos em uso.....	74
<b>Tabela 12-</b> Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame físico geral e exame das funções mentais globais.....	75

**Tabela 13-** Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame neurológico nervos cranianos e sensibilidade..... 76

**Tabela 14-** Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame de motricidade apendicular tônus e reflexos..... 77

**Tabela 15-** Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame de motricidade apendicular força e amplitude de movimentos..... 78

**Tabela 16-** Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame de mobilidade funcional..... 79

## LISTA DE SIGLAS

AVC	Acidente vascular encefálico
CER	Centro de Reabilitação
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
LEA	Lesão encefálica adquirida
MIF	Medida de independência funcional
TCE	Traumatismo crânio encefálico

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
1.1 Reabilitação.....	18
1.1.1 Definição de reabilitação .....	18
1.1.2 O programa de reabilitação .....	22
1.1.3 O ciclo da reabilitação.....	30
1.2 Lesões encefálicas adquiridas estáveis .....	32
1.2.1 Acidente vascular cerebral .....	32
1.2.2 Traumatismo crânio encefálico .....	35
1.3 Formulários de registros médicos .....	38
1.4 JUSTIFICATIVA .....	41
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>42</b>
2.1 Objetivo principal.....	42
2.2 Objetivo secundário.....	42
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>43</b>
3.1 Levantamento da rotina assistencial de reabilitação às pessoas com LEA no CER e dos formulários existentes.....	43

3.2 Controle do preenchimento de formulários relacionados ao atendimento dessa equipe .....	43
3.3 Desenvolvimento de formulários eletrônicos médicos e multiprofissionais.....	44
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>46</b>
4.1 Resultados do levantamento da rotina assistencial de reabilitação às pessoas com LEA e dos formulários existentes.....	46
4.1.1 Da triagem à avaliação pela equipe multiprofissional.....	46
4.1.2 Das intervenções da equipe multiprofissionais até a Reunião de equipe.....;;	49
4.1.3 Das reuniões de equipe até a alta.....	62
4.2 Resultado do controle de preenchimento de formulários.....	65
4.3 Comparação de conteúdos de formulários médicos de outros serviços de reabilitação .....	71
4.4 Resultados do desenvolvimento de formulários de registro do atendimento médico e multiprofissional para LEA.....	79
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>81</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>101</b>

## APRESENTAÇÃO

Os registros de atendimento médico e multiprofissional desempenham importante papel para coleta de informações clínico - funcionais e de pesquisa. A cada dia hospitais e serviços que prestam atendimento à saúde passam a se interessar mais por prontuários estruturados que permitam coletar os dados necessários para acompanhamento da evolução dos pacientes e desenvolvimento de pesquisas.

Este estudo foi proposto no início do ano de 2019, durante meu terceiro ano de residência médica em Medicina Física e Reabilitação no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (CER HCFMRP), devido a realidade encontrada para o registro das informações clínicas dos pacientes. Atualmente, os formulários e instrumentos de avaliação apresentados pela equipe médica e multidisciplinar do CER HCFMRP não são incorporados ao sistema computacional, e os dados coletados durante o atendimento dos pacientes são registrados em campos livres no prontuário eletrônico, dando margem para a criatividade, mas também negligência das informações colhidas pelos profissionais responsáveis pelo atendimento. Especificamente no ambulatório FISC, que presta atendimento a pessoas com sequelas de lesões encefálicas adquiridas, os registros incompletos das informações colhidas, impedem o acompanhamento da evolução dos pacientes tanto pela equipe médica quanto pela equipe multidisciplinar.

No ano de 2018, tive a oportunidade de realizar um estágio internacional no Centro de Reabilitação do Alcoitão, em Portugal, e encontrei um serviço extremamente organizado em relação a coleta de dados dos pacientes. O serviço apresenta formulários estruturados de atendimentos médico e multidisciplinar, que são rigorosamente preenchidos pelos profissionais que realizam o atendimento.

Ao regressar para o CER HCFMRP, foi sugerido o desenvolvimento desse estudo, utilizando como base de comparação o formulário internacional do Alcoitão e formulários nacionais, como da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, AACD e Rede de Reabilitação Lucy Montoro.

Inicialmente foram levantados todos os formulários já existentes de cada serviço de reabilitação, e proposto a criação dos formulários não existentes, juntamente com os profissionais de cada equipe. Entretanto, vale ressaltar que durante o estudo,

iniciou-se a pandemia do COVID 19, que promoveu o isolamento social para o controle da disseminação do vírus, impactando em diversas áreas da sociedade, inclusive em universidades e instituições de ensino. Diante dessa nova realidade, houve a necessidade de implementar reuniões remotas com a equipe multidisciplinar em detrimento de encontros presenciais para a elaboração dos formulários e regerenciar o tempo para cumprimento dos prazos estabelecidos pelo programa de pós-graduação.

A proposta inicial do estudo também era testar a validação dos formulários e incorporá-los às telas do sistema do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, entretanto devido ao desenvolvimento do projeto Íris no HCFMRP, para modernização dos sistemas digitais e incorporação de novos recursos tecnológicos para o atendimento dos pacientes, nenhum formulário novo pode ser incluído no sistema computacional.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Reabilitação

#### 1.1.1 Definição de Reabilitação

Reabilitação pode ser definida como o conjunto de intervenções clínicas voltadas à restauração do máximo potencial funcional no decorrer de uma doença, ferimento ou da ocorrência de um dano (SHAW, 2004). Pode ser definida também, como uma estratégia para equalização de oportunidades e integração social de todas as pessoas com deficiência (WHO). Segundo a OMS (2011, p.100), a reabilitação abrange “medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”. É um processo global e dinâmico com o objetivo de recuperar a saúde física e psicológica da pessoa com deficiência, ou seja, com funções fisiológicas ou estruturas anatômicas prejudicadas por uma doença ou evento traumático. Tem como meta final a reintegração social do paciente (RIBEIRO; BARTER, 2010), mas não pode ser considerada uma estratégia isolada, e sim uma estratégia integrada ao tratamento do usuário (LAVIN *et al.*, 2005).

O acesso à reabilitação constitui um direito humano fundamental, que é apoiado pela Carta das Nações Unidas, e pela 58ª Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (2005). Desde 1998, a percepção de deficiências e o encaminhamento da pessoa com deficiência para os cuidados de reabilitação passaram a ser obrigação do médico.

A publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em maio de 2001, redefiniu conceitos cunhados ao longo do século XX:

- As ‘deficiências’ continuaram a ser entendidas como alterações do corpo, seja em sua estrutura ou na função fisiológica;
- A dificuldade para realização de atos e tarefas (anteriormente entendida como ‘incapacidade’) passou a ser chamada ‘limitação para atividades’;

- A dificuldade de uma pessoa para preencher o papel que lhe é esperado na sociedade de acordo com suas características pessoais, de sexo, idade, posição social, entre outros, passou a ser chamada 'restrição à participação', em contraposição ao termo 'invalidez.'

A presença de qualquer uma dessas conseqüências das doenças resulta em incapacidade. Assim, o conceito de incapacidade é “um termo que abrange deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação” (OMS, 2004). Por outro lado, “Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação”. Contudo, a experiência de uma pessoa com relação a funcionalidade e incapacidade não se restringe ao seu corpo e sua capacidade de realização de tarefas. O ambiente pode oferecer fatores moduladores da funcionalidade, seja facilitando a vida das pessoas com deficiências, com tecnologia assistiva, desenho arquitetônico universal ou atitudes pessoais favoráveis, ao passo que outros fatores como clima, barreiras físicas, preconceito e políticas desatualizadas atuam efetivamente dificultando a vida dessas mesmas pessoas.

Desta forma, a reabilitação não intervém sobre a incapacidade unicamente ao agir sobre o corpo da pessoa com deficiência. As intervenções terapêuticas aumentam a capacidade de realização de ações pelas pessoas, mas também é necessário um programa abrangente que preveja a mudança de valores pessoais e conceitos para que a própria pessoa não impeça sua evolução funcional. Além disso, são necessárias ações sobre o ambiente, como a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção ou outros itens de tecnologia assistiva, bem como a mudança de atitudes das pessoas e práticas institucionais para que o meio ambiente se torne acolhedor e ofereça condições para uma vivência sem iniquidades.

Na última década, a demanda por serviços de reabilitação cresceu e segundo Landry (2008), quatro fatores estão relacionados a este evento: crescimento da população idosa, aumento das doenças crônicas e complexidade das condições clínicas, avanço nos tratamentos e manejo de doenças e aumento da expectativa pública. Os serviços de reabilitação são serviços de suporte que proporcionam a gestão de doenças neuromusculares e musculoesqueléticos que alteram o estado funcional, e que realizam intervenções clínicas, psicossociais e funcionais (CHEN,

2009). O Centro de Reabilitação (CER) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) da Universidade de São Paulo (USP) enquadra-se neste contexto, apesar de ainda haver outros centros vocacionados para a reabilitação preferencial de pessoas com deficiências cognitivas, sensoriais, múltiplas e orgânicas.

O CER do HCFMRP foi criado em 2007, conta com equipes multiprofissionais em mais de 20 áreas específicas de reabilitação e oferece os serviços de Tecnologia de Cadeira de Rodas e de Oficina de Órteses e Próteses. Tem como missão prestar atendimento a pessoas portadoras de deficiência física (motora e sensório-motora) incapacitante e que necessitam receber atendimentos em diferentes programas de reabilitação, visando ao desenvolvimento de seu potencial remanescente, permitindo-lhe a melhor funcionalidade possível, dentro do permitido pela incapacidade apresentada. Tem como objetivo promover a humanização do atendimento ao usuário, reduzir o absenteísmo e facilitar o acesso a novos usuários, através da redução da fila e do tempo de espera para o atendimento (<http://www.hcrp.usp.br/cer/>).

Desde a sua fundação, o CER foi classificado como um serviço de excelência em reabilitação, em virtude de oferecer a intervenção de reabilitação por uma equipe multiprofissional e dispor de recursos tecnológicos diferenciados. Além disso, por estar fisicamente localizado no interior de um hospital geral, este serviço sempre dispôs de recursos de retaguarda para necessidades clínicas dos seus usuários de forma diferente de outros centros de reabilitação do Estado de São Paulo.

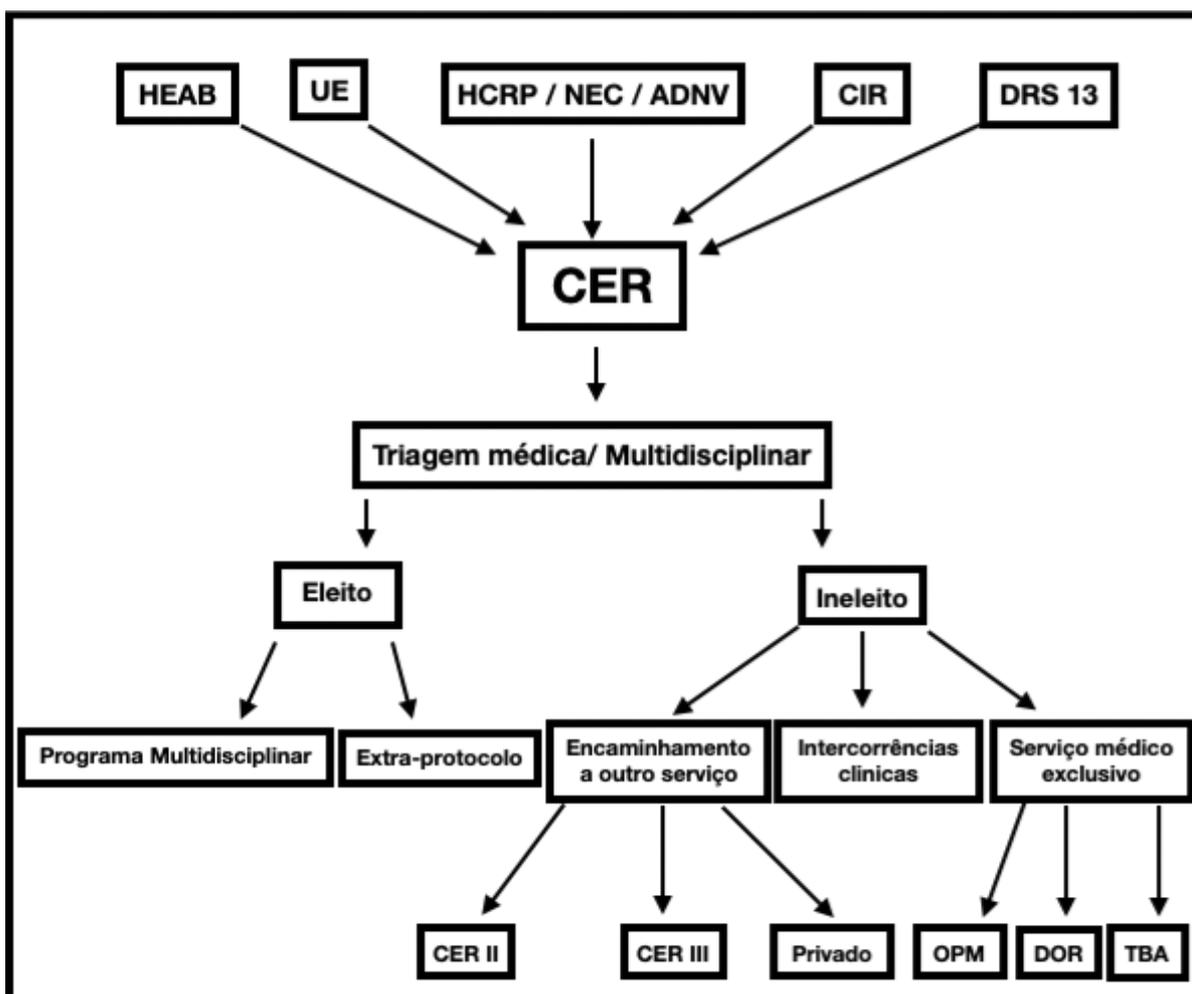


Figura 1 – Fluxo de encaminhamento e elegibilidade para o programa multiprofissional de reabilitação no CER (HEAB: Hospital Estadual de Américo Brasiliense, UE: Unidade de Emergências, NEC: Neurocirurgia, ADNV: Ambulatório de Doença Neurovascular CIR: Centro Integrado de Reabilitação, DRS-13: Departamento Regional de Saúde, 13)

A Figura 1 resume o fluxo pactuado de encaminhamentos dos pacientes com LEA (Lesão Encefálica Adquirida) para a reabilitação no CER do HCFMRP. Os pacientes que são atendidos na Unidade de Emergência (UE) do HCFMRP têm vagas garantidas para avaliação precoce após a alta no centro de reabilitação. Outro fluxo para esses mesmos pacientes é receber alta da UE e serem encaminhados para o Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB) para um programa de reabilitação em regime de internação por 2 ou 3 semanas, e também terão vagas garantidas para avaliação precoce após a alta no CER para dar continuidade ao programa de reabilitação. O Departamento Regional de Saúde 13, que coordena as ações de saúde na região de Ribeirão Preto reúne todos os pedidos de reabilitação dos municípios sob sua égide para encaminhá-los aos serviços de reabilitação credenciados na

região (além do CER-HCFMRP, também há serviços ligados às Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais na cidade de Ribeirão Preto e Jaboticabal, bem como um serviço ligado ao Centro Universitário Claretiano de Batatais). Os ambulatórios do HCFMRP que atendem os pacientes com trauma cranioencefálico (neurocirurgia) ou doenças neurovasculares, ou sejam as lesões estáveis do sistema nervoso central, também podem encaminhar seus pacientes para reabilitação no CER.

A Figura 1 também mostra que, a partir da avaliação de triagem multiprofissional dos pacientes no CER, o paciente pode seguir dois caminhos: eleição para programa de reabilitação multiprofissional que será discutido adiante, ou ineleição para o programa multiprofissional de reabilitação. A ineleição é definida para os pacientes que já completaram programas de reabilitação em outros serviços com perfil semelhante, ou cuja incapacidade é superior a 2 anos ou quando os objetivos de reabilitação do paciente estão fora do escopo do CER.

Mesmo ineleitos, muitos pacientes podem continuar em atendimento no CER. Quando o atendimento terapêutico é feito por apenas um terapeuta, entende-se que não se trata de um protocolo multiprofissional e a abordagem é chamada 'extra-protocolo', em geral com objetivos muito pontuais. Muitas vezes, o paciente passa a ser acompanhado exclusivamente pelo serviço médico para prescrição de órtese e meios auxiliares de locomoção, ou para a realização de bloqueios neuromusculares ou controle da dor e outras condições clínicas. Quando o paciente pode se beneficiar de um atendimento uniprofissional e há disponibilidade do mesmo na sua cidade, cabe à equipe de triagem encaminhá-lo para esses serviços em outros CER ou serviços particulares.

### **1.1.2 O programa de reabilitação**

Por ocasião do início das atividades assistenciais do CER, em 2007, a equipe já adquirira uma feição multiprofissional, com a presença dos serviços de fisioterapia e terapia ocupacional, que tinham suas participações de longa data junto aos ambulatórios das diversas clínicas do HCFMRP, especialmente as equipes de ortopedia e neurologia. Juntaram-se a esses profissionais psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogas e instalou-se um serviço de enfermagem de reabilitação. O

serviço médico especializado em reabilitação já estava presente desde o momento inicial das atividades clínicas. A equipe de técnicos atuando numa oficina de órteses e próteses equipada especialmente para essa finalidade só veio a ocorrer em 2009.

A princípio, a organização do trabalho de reabilitação no CER fundamentou-se na absorção inicial de pacientes pelo serviço de fisioterapia, pois o mesmo possuía maior número de profissionais, alunos de graduação e aprimorandos, o que lhe permitia maior penetração nas diversas clínicas especializadas do hospital. A partir da identificação de demandas não relacionadas a atuação fisioterapêutica, os pacientes eram encaminhados para outros serviços, numa atuação multiprofissional (pois eram vários profissionais com formações diferentes), porém sem integração entre os serviços ou sem caráter interprofissional.

Com a incorporação de um serviço de consultoria por profissionais de outros serviços de reabilitação, organizaram-se grupos terapêuticos especializados, por exemplo em necessidades de pacientes ortopédicos, ou neurológicos, ou crianças e idosos, contando com médicos e equipe multiprofissional subespecializada. A partir de então, começaram a ser delineados os protocolos de atendimento, nos quais estariam, por exemplo, os critérios de elegibilidade, adesão, intervenções e alta do paciente em reabilitação. As equipes passaram a reunir-se regularmente para discussão da evolução clínico-funcional, intercorrências e objetivos dos programas de reabilitação de cada paciente. Os desligamentos dos pacientes dos programas de reabilitação passaram a ser uma decisão compartilhada por toda equipe.

Em 2015, sob uma nova coordenação administrativa e técnica do CER, as equipes multiprofissionais foram instadas a formalizar seus protocolos de atendimento, que deveriam conter:

- os critérios de elegibilidade dos participantes do programa de reabilitação;
- quais profissionais participariam do programa multiprofissional de reabilitação;
- as medidas de avaliação usada inicialmente e sequencialmente por cada profissional da equipe;

- o número de atendimentos semanais por cada profissional para cada paciente;
- a duração do programa de reabilitação;
- a frequência de reuniões de equipe multiprofissional de reabilitação;
- os destinos do paciente após o encerramento das atividades de reabilitação no CER.

Assim, estabeleceu-se o programa multiprofissional de reabilitação, que é o conjunto pré-definido de ações de avaliação e intervenção terapêutica com objetivos explícitos em tempos e durações acertados, e define os profissionais que são necessários para os objetivos funcionais do paciente e negocia os desfechos com ele e sua família.

Tabela 1 – Modelo de protocolo de atendimento multiprofissional em reabilitação para lesão medular

Protocolo	TRM	Paciente com lesão há mais de 1 ano
Situação clínica	Paraplegia	Ciclo de palestra 1 x/sem semestral
Objetivo geral	Melhora da independência funcional de acordo com nível da lesão Prescrição de OPM se necessário	Grupos de orientação
Tempo	6 meses	

Serviços	TRM 1º		Interconsulta	Tratamento			Reavaliação 3 meses		
	Equipe	Elegibilidade/clínica		Demanda	Tipo de atendimento	Periodicidade	Equipe	Ação	Resultado final
Psicólogo	x	Entende gravidade da doença Disposto a tratar		x	Grupo de orientação Individual se necessário	1 x/sem 1 x/sem	x	Entende gravidade da doença Disposto a tratar Encaminhamento para esporte e orientação	Avaliação dos objetivos propostos Taxa de absenteísmo Índice de melhora Índice de resultados alcançados  Condução: Mudança de protocolo Encaminhamento para serviço secundário Encaminhamento para esporte e orientação profissional
Assistente social	x	Tem condições de transporte / financeira		x	Grupo de orientações	1 x/quintzena	x	Tem condições de transporte / financeira	
Fisiatra	x	Condições e estabilidade clínica Comorbidades que necessitam tratamento prévio Prescrição OPM se necessário Bloqueio químico se necessário					x	Condições e estabilidade clínica Comorbidades que necessitam tratamento prévio Bloqueio químico se necessário	
Fisioterapeuta	x	Estabelecer critérios (score) Avaliação de dermatômos e miótomos ASIA Amplitude de movimento Força muscular Tônus e trofismo muscular Demais detalhes da ficha		x	individual	2 x/semana	x	Estabelecer critérios (score) Avaliação de dermatômos e miótomos ASIA Amplitude de movimento Força muscular Tônus e trofismo muscular Demais detalhes da ficha	
TO	x	Aplica MIF		x	Individual	1 x/semana	x	Aplicar MIF	
Nutrição				x	Grupo de orientações	1,5 x/mês	x	Padrão nutricional Educação alimentar Recursos nutricionais	
Enfermagem	x	Conforme ficha		x	Individual Estabelecer critérios (score) Sondagem Intestino, pele, autocuidados Prevenção e manejo de úlceras por pressão	1,5 x/semana	x	Estabelecer critérios (score) Prevenção e manejo de úlceras por pressão	
Urologista			x						

Tipicamente, a equipe multiprofissional de reabilitação física em um centro de reabilitação é composta pelos profissionais relacionados a seguir e suas ações seguem os princípios gerais elencados, podendo haver particularidades que não foram mencionadas:

- Equipe médica:
  - Envolvida com o estabelecimento do diagnóstico nosológico da condição que causa a deficiência e de comorbidades que possam interferir sobre o programa de reabilitação e sobre a evolução funcional;
  - Verificação do prognóstico geral de reabilitação em virtude de o paciente já ter uma evolução prolongada, ter feito intervenções apropriadas previamente ou ter condições clínicas de incorporação de novas habilidades;
  - Garantia da estabilidade clínica que permita a assiduidade e adesão (física, cognitiva e emocional) às intervenções terapêuticas;
  - Prevenção de incapacidades secundárias ou complicações habituais, esperadas de acordo com a condição primária de incapacidade da pessoa;
  - Organização do programa de reabilitação conforme a idade, natureza da incapacidade e comorbidades;
  - Interlocação entre os interesses do paciente, institucionais e da equipe multiprofissional;
  - Acresce ainda a participação ativa na avaliação, identificação e intervenção na área do desenvolvimento motor da criança;
  - Indicação e execução de procedimentos médicos para prevenção e redução de deformidades, ou para o aumento da funcionalidade e controle da dor.
  
- Serviço de enfermagem de reabilitação:
  - Atendimento de intercorrências;
  - Controles de parâmetros vitais;
  - Orientação no controle e administração de medicamentos;
  - Controle das lesões de pele por pressão;
  - Orientações para adequação das eliminações fisiológicas;
  - Gerenciamento do uso de fraldas ou outros coletores de excreções;
  - Cuidados com ostomias;

- Intervenções em regime ambulatorial, recorrendo-se a um plano de tratamento individual ou em grupos terapêuticos.
- O serviço de fisioterapia:
  - Contribui para maximizar o potencial de movimento de membros superiores e inferiores;
  - Controle da dor musculoesquelética;
  - Prevenção de deformidades, fortalecimento muscular, adequação de tônus, estimulação sensorial;
  - Otimização das trocas posturais, transferências e locomoção, viabilizando a funcionalidade;
  - Intervenções em regime ambulatorial, recorrendo-se a um plano de tratamento individual ou em grupos terapêuticos.
- O serviço de terapia ocupacional:
  - Avalia e identifica os principais problemas de desempenho nas diferentes atividades de vida diária;
  - Intervenção terapêutica para as necessidades do paciente e sua família, de acordo com a idade do paciente e com o contexto em que está integrado (casa, instituição, jardim de infância, escola, trabalho);
  - Confecção de órteses para membros superiores;
  - Indicação e treino de uso de adaptações para as atividades de vida diária e prática;
  - Intervenções em regime ambulatorial, recorrendo-se a um plano de tratamento individual ou em grupos terapêuticos.
- O serviço de fonoaudiologia:
  - Avaliação da deglutição, com intervenções de reabilitação e adequação de ingesta alimentar de forma segura em atendimentos exclusivamente individuais;
  - Estimulação sensorial e motora orofaríngea para os pacientes gastrostomizados e traqueostomizados;

- Avaliação da comunicação, pela linguagem, compreensão e produção motora da fala, para desenvolver estratégias de reabilitação e compensação;
  - Indicação de recursos tecnológicos para aumento da comunicação;
  - Orientações para cuidadores e acompanhantes em grupo.
- O serviço de psicologia:
    - Atendimento individual do paciente ou familiar;
    - Adequação do tônus emocional e respostas à deficiência;
    - Identificação de conflitos de relacionamento dentro do núcleo de contatos do paciente ou com a equipe de reabilitação;
    - Identificação de transtornos neuropsicológicos;
    - Identificação de sinais de afecções psiquiátricas que podem interferir no aproveitamento do programa multiprofissional de reabilitação;
    - Orientações para cuidadores e acompanhantes em grupo.

A reunião de equipe multiprofissional de reabilitação é o momento em que os casos são discutidos para verificar o andamento dos ganhos funcionais, eventuais complicações e fatores que possam interferir na evolução do paciente e decidir sobre a continuidade ou finalização do atendimento. O propósito dessas reuniões é a construção de um pensamento homogêneo em torno dos objetivos pactuados com o paciente e sua família. A conscientização da importância de cada um dos funcionários neste processo, além do fortalecimento da atuação em equipe interdisciplinar, gera uma melhoria na qualidade do trabalho, que é centralizado nas necessidades dos pacientes, influenciando, inclusive, nas decisões técnico administrativas.

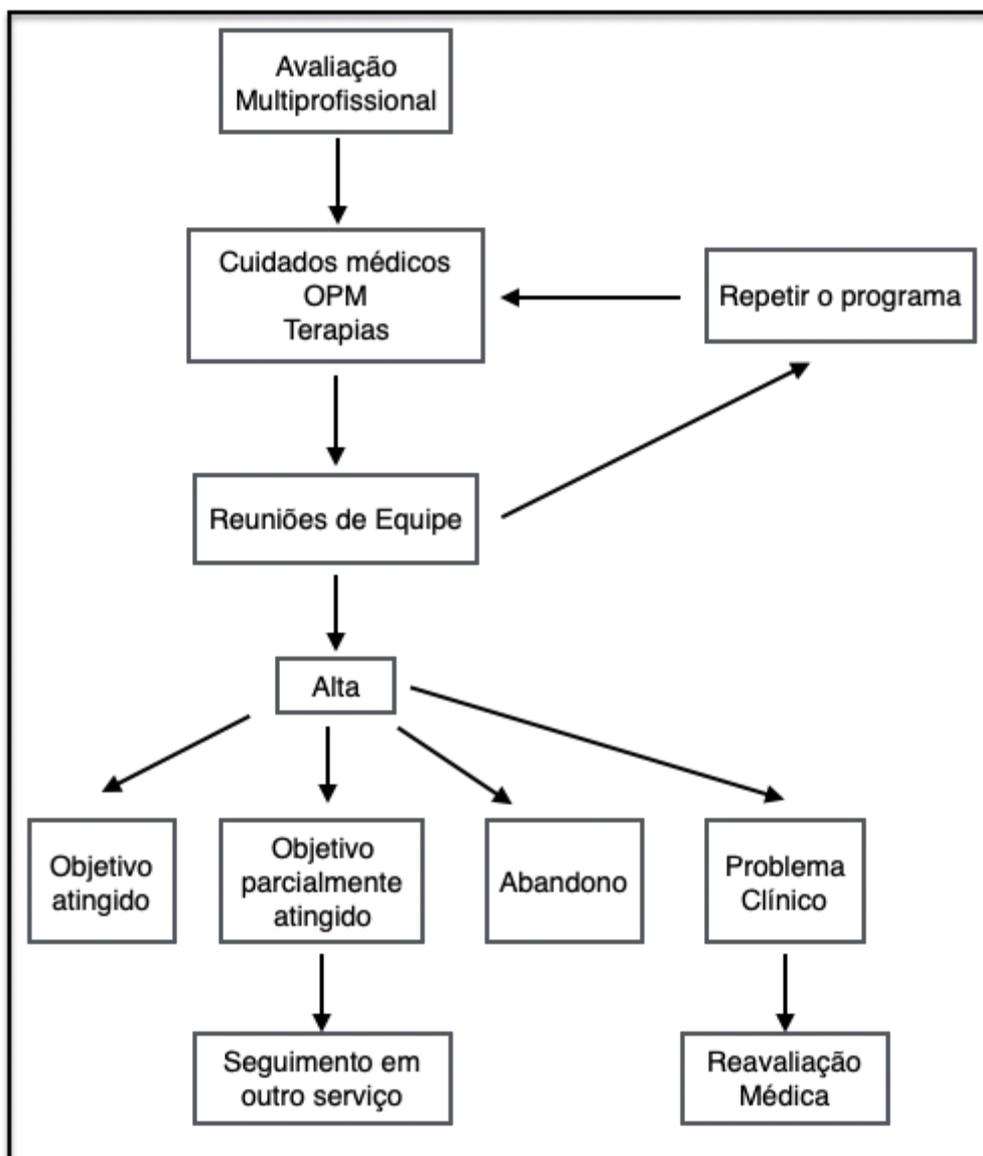


Figura 2 – Fluxo interno do paciente no programa multiprofissional de reabilitação

O principal desfecho em reabilitação que deve ser considerado é a alta com objetivos atingidos, que não significa necessariamente que o paciente está livre de problemas ou das incapacidades decorrentes da lesão ou doença inicial. A alta do programa de reabilitação refere-se a quanto o programa terapêutico singular aproximou o paciente do seu objetivo funcional realista. Desta forma, para um paciente com uma lesão medular estável que se tornou paraplégico e que está além do período esperado de melhora neurológica, não se espera a recuperação da força de membros inferiores e recuperação da marcha. Seu objetivo realista para reabilitação é deslocar-se de forma independente com cadeiras de rodas em ambiente comunitário, fazer as transferências, tornar-se independente para as atividades de

vida diária e prática, não apresentar complicações urinárias ou gastrointestinais, úlceras cutâneas por pressão e gerenciar adequadamente um eventual quadro de dor neuropática. Nesse sentido, a alta pode ser atingida quando:

- Objetivos terapêuticos funcionais são plenamente atingidos;
- Objetivos terapêuticos funcionais são parcialmente atingidos;
- Ocorre abandono (com a descrição dos seus motivos);
- Óbito;
- Interrupção das intervenções devido a instabilidade clínica;
- Ausência de ganhos funcionais cumulativos.

Noutros países, onde a reabilitação é realizada em caráter de internação institucional (enfermarias de reabilitação em hospitais gerais ou serviços específicos de reabilitação), ainda devem ser considerados os destinos de alta do paciente após a reabilitação:

- sua própria casa, com ou sem cuidados domiciliares;
- instituições de reabilitação de longa permanência;
- instituições de cuidados de longa permanência (leito de retaguarda).

### **1.1.3 O ciclo da reabilitação**

O processo de reabilitação nem sempre segue um trajeto linear e direto para os objetivos propostos inicialmente. Ao ser avaliado em suas primeiras consultas com a equipe multiprofissional de reabilitação no CER o paciente e sua família são questionados quanto aos objetivos finais de tratamento, ou seja, reinclusão no mercado de trabalho, participação na rotina doméstica, preparo para uma requalificação profissional ou para buscar atividades de lazer. Todavia, esses objetivos finais exigem que etapas intermediárias sejam completadas, por isso são definidos objetivos intermediários que podem ser pautados por metas quantitativas, por exemplo, obter a marcha para 5 metros sem auxílio de terceiros.

A Figura 3 apresenta uma esquematização do ciclo de reabilitação, que se inicia pela avaliação inicial e definição de objetivos de longo e curto prazo, bem como as metas desejadas. De forma geral, os objetivos de longo prazo referem-se a

conquistas funcionais para integração da pessoa com deficiência na comunidade ou na sua vida diária, podendo incluir os autocuidados, participação nos cuidados domésticos, na vida do lar e interação com cônjuge e filhos, ou em situações de melhor prognóstico, até a vida comunitária ou profissional. Por outro lado, as metas estão relacionadas a objetivos de curto prazo e são preferencialmente quantitativas, exemplificadas como velocidade de marcha, número de acertos em tarefas cognitivas, realização de tarefas simples ou complexas. Conforme a estratégia traçada, estabelece-se o plano terapêutico para as necessidades mais imediatas e factíveis, implementam-se as intervenções terapêuticas, farmacológicas, procedimentos médicos, modificações ambientais e comportamentais, seguidas de avaliações dos resultados, o que deve seguir as propostas das metas qualitativas e quantitativas iniciais. Ao final de um ciclo de intervenções, a reavaliação global permite a definição de novos objetivos e metas, em geral progressivamente mais complexas que as do ciclo anterior e todo o processo se repete quantas vezes isso for necessário até que se chegue o mais próximo possível dos objetivos finais do programa de reabilitação.

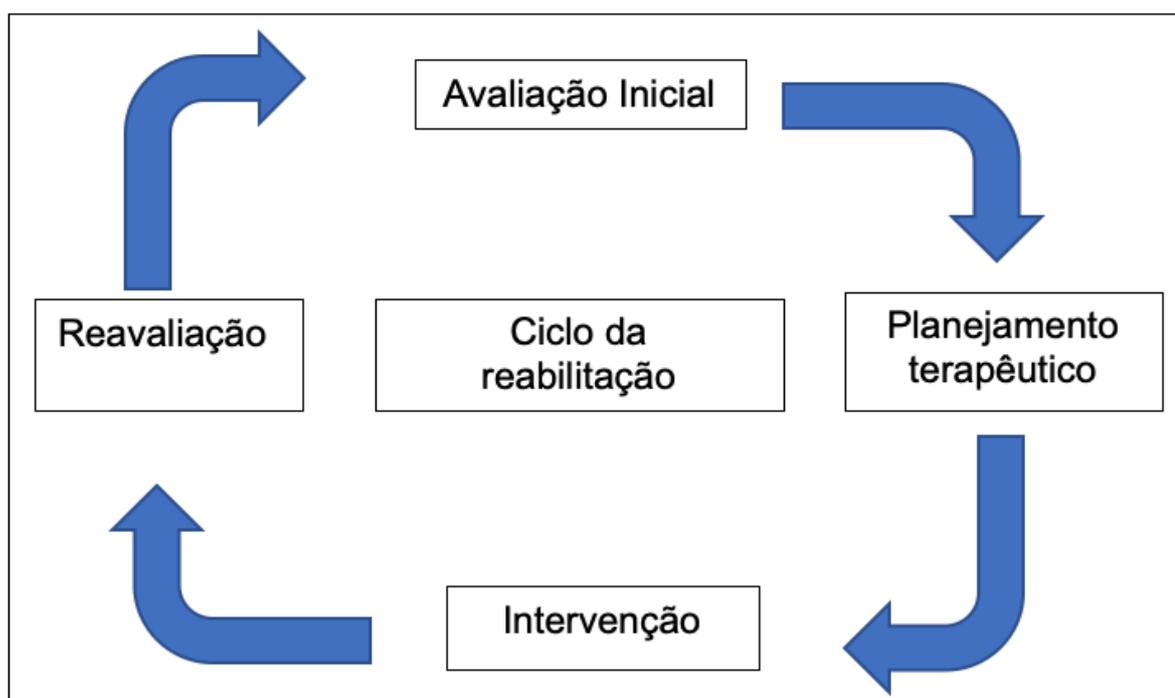


Figura 3 – Representação esquemática do ciclo da reabilitação (Rauch A, 2008).

## 1.2 Lesões encefálicas adquiridas estáveis

### 1.2.1 Acidente vascular cerebral

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e incapacidade funcional no mundo (FIGUEIREDO *et al.*, 2012), sendo definido pela Organização Mundial da Saúde como uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados ao comprometimento de áreas focais no cérebro (COSTA *et al.*, 2011).

É caracterizado pela diminuição ou completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral. Sua causa pode ser trombótica (AVC isquêmico) ou gerada pelo rompimento de um vaso do encéfalo, acarretando extravasamento de sangue no parênquima cerebral (AVC hemorrágico). Ambos provocam uma disfunção cerebral, porém os mecanismos de lesão são diferenciados. O primeiro ocasiona diminuição da perfusão sanguínea ao encéfalo, enquanto, no segundo, a lesão cerebral é oriunda do contato direto das estruturas sanguíneas com as células encefálicas (LIMA *et al.*, 2016).

Segundo Gagliard (2015), a detecção e o controle dos fatores de risco compõem um item fundamental no programa de prevenção do AVC. Pode-se dividir os fatores de risco em dois grandes grupos: não modificáveis e modificáveis.

Fatores de risco não modificáveis:

- Idade: o risco aumenta progressivamente com a idade, dobrando a cada década depois dos 55 anos de idade.
- Sexo: acomete ambos os sexos, sendo na média mais prevalente em homens, exceto na faixa etária dos 35 aos 44 anos e acima dos 85.
- Raça/etnia: negros têm maior risco de todos os tipos de AVC, comparativamente aos brancos, em especial na faixa de jovens negros, quanto ao risco de hemorragia cerebral e hemorragia subaracnóidea.
- Genética: história familiar positiva ocorre em aproximadamente 30% dos casos; causa cardioembólica é mais prevalente quanto à hereditariedade e as mulheres são mais sensíveis do que os homens quanto ao risco genético.

### Fatores de risco modificáveis:

- Hipertensão arterial: é o principal fator de risco para o AVC, tanto isquêmico como hemorrágico. O risco é alto, etiologicamente significativo, independente, contínuo, tem relação direta com a intensidade e ocorre em todas as populações, raças e etnias.
- Tabagismo: aumenta o risco de isquemia cerebral e hemorragia subaracnóidea, sendo ainda inconclusivos os dados quanto a eventual risco para a hemorragia cerebral. Estudos epidemiológicos mostram redução do risco de AVC com a cessação do tabagismo.
- Diabetes: é um fator independente para o AVC; mais do que dobra o risco de AVC isquêmico. O pré-diabetes e a resistência à insulina também estão associados ao AVC.
- Dislipidemias: muitos estudos têm comprovado que o colesterol total e a fração LDL elevados e a fração HDL reduzida são riscos para o AVC; quanto aos triglicérides, existe alguma controvérsia, mas a tendência também é de se enquadrar como fator de risco.
- Dieta: a redução da ingestão de sódio e o aumento da ingestão de potássio são recomendados (Classe 1; Nível de evidência A); o consumo de frutas, vegetais e alimentação pobre em gorduras também é recomendado (Classe 1; Nível de evidência A); a dieta do Mediterrâneo suplementada com castanhas pode ser considerada (Classe 2ª; Nível de evidência B).
- Atividade física: é recomendada, pois está relacionada com redução do risco de AVC (Classe 1; Nível de evidência B).
- Obesidade: existem fortes evidências de que o aumento do peso está associado ao aumento do risco de AVC, mas não é claro se a redução isolada do peso reduz o risco, pois normalmente nessa eventualidade, os outros principais fatores de risco são melhor controlados.
- Cardiopatias: importantes fatores de risco para o AVC, principalmente as arritmias, e dentre estas, tem maior destaque a fibrilação atrial (FA).
- Estenose carotídea assintomática: a estenose assintomática das artérias carótidas tem sido implicada por diferentes autores como fator

de risco para o AVC, porém a sua abordagem e se a melhor conduta seria intervencionista, clínica ou cirúrgica ainda são motivo de muita controvérsia.

- Alcoolismo: o alcoolismo pode ser um fator de risco para todos o tipo de AVC.
- Anemia falciforme: pode ser causa de AVC, principalmente na forma homozigota.
- Estados de hipercoagulabilidade: tanto as formas adquiridas como hereditárias, facilitam os fenômenos trombóticos, incluindo o AVC.
- Distúrbios do sono: o tratamento da apneia do sono reduz o risco de AVC, sendo efetivo para a prevenção primária (Classe 2b; Nível de evidência C).
- Hiperhomocisteinemia: Tem sido associada com risco para AVC, porém os resultados com a sua redução são ainda inconclusivos.

Os sobreviventes do AVC geralmente têm de enfrentar incapacidades residuais tais como paralisia dos músculos, rigidez das partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais (COSTA *et al.*, 2011). E segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral do Ministério da Saúde de 2013, recomenda-se que a reabilitação da pessoa com AVC aconteça de forma precoce e em toda a sua integralidade. O tratamento médico imediato, associado à reabilitação adequada, pode minimizar as incapacidades, evitar sequelas e proporcionar ao indivíduo o retorno o mais breve possível às suas atividades e participação na comunidade.

### 1.2.2 Traumatismo crânio encefálico

O traumatismo crânio encefálico (TCE) é uma das causas mais frequentes de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com impacto importante na qualidade de vida (BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015). É qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio, como fratura ou laceração do couro cabeludo, bem como o comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vasos, resultando em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional (MENON *et al.*, 2010).

As causas de TCE estão relacionadas dentro do grupo de patologias ocorridas por causas externas (MASCARENHAS *et al.*, 2010), sendo as principais: acidentes automobilísticos (50%), quedas (30%) e causas “violentas” (ferimentos por projétil de arma de fogo e armas brancas – 20%).

Os fatores que determinam as lesões causadas pelo TCE são vários, sendo as lesões cerebrais classificadas em primárias e secundárias (GOODMAN, 1999). Segundo as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico do Ministério da Saúde do Brasil de 2015, as lesões primárias são aquelas que ocorrem como resultado imediato e direto do trauma, como por exemplo uma lesão direta ao parênquima cerebral em um ferimento por arma branca. As lesões secundárias são aquelas que se iniciam após o momento da agressão e decorrem da interação de fatores intra e extra cerebrais, levando à morte de células que não foram afetadas no momento exato do acidente, mas que sofreram consequências posteriores.

Segundo as mesmas diretrizes, podemos caracterizar clinicamente as lesões no TCE em:

- **Lesões dos envoltórios cranianos**

- Escalpo: lesão cutânea que pode ser de grande amplitude e levar a sangramento importante, principalmente nas crianças.

- Fraturas cranianas: podem ser lineares, cominutivas (múltiplas), diastáticas (aumento de suturas), com afundamento e em depressão.

- **Lesões focais**

- Contusões cerebrais: são 45% das lesões traumáticas primárias e resultam de traumas sobre vasos pequenos ou diretamente sobre o parênquima cerebral, com extravasamento de sangue e edema na área afetada, com necrose e isquemia secundárias.

- Hematoma extradural agudo (HEDA): Coleção de sangue entre a dura-máter e a tábua óssea. Secundários a fraturas que levam a sangramentos arteriais. Apresentação clássica do caso: rápida perda de consciência, seguida por intervalo lúcido de minutos a horas, voltando a haver nova deterioração do nível de consciência, obnubilação, hemiparesia contralateral ao trauma, dilatação pupilar ipsilateral (decorrente da herniação uncal ipsilateral). Nota-se que a dilatação pupilar pode, às vezes, ser contralateral ao hematoma extradural constituindo o fenômeno de Kernohan.

- Hematoma subdural agudo: Coleção de sangue no espaço subdural, decorrente do rompimento de veias-ponte ou de vasos corticais. Em 50% dos casos há lesões associadas: edema cerebral, lesão axonal difusa (LAD) e contusões.

- Hematoma subdural crônico (HSDC): Causa mais frequente é o trauma de crânio por queda. Quadro clínico: sintomas e sinais neurológicos diversos, muitas vezes com progressão lenta.

- Hematoma intracerebral: Representa 20% dos hematomas intracranianos e são associados frequentemente a contusões lobares extensas. Causa primária: rotura de vasos intraparenquimatosos, principalmente nos lobos frontais e temporais.

- **Lesões difusas**

- Concussão: Forma mais branda de lesão difusa, devido à aceleração rotacional da cabeça sem que haja força significativa de contato. Quadro clínico clássico: perda de consciência transitória (< 6h) com retorno posterior ao estado de normalidade.

- Lesão axonal difusa (LAD): Resulta de aceleração rotacional e/ou angular mais importante da cabeça. Muitas vezes a ruptura dos axônios é acompanhada de ruptura de vasos sanguíneos adjacentes e estes pequenos pontos de sangramento podem ser vistos à TC, principalmente nas regiões subcorticais frontais, corpo caloso, núcleos da base, tálamo e mesencéfalo.

- Hemorragia meníngea traumática: Devido à ruptura de vasos superficiais no espaço subaracnóideo, após grande aceleração angular. Ocorre em 39% dos TCEs graves.

As lesões traumáticas cranioencefálicas causam alterações cognitivas, físicas e comportamentais, oneram o sistema de saúde e podem comprometer a qualidade de vida das vítimas e familiares. Além disso, mantém à margem do processo produtivo e social parte significativa da população. (VIEIRA *et al.*, 2013). O processo de cuidado e reabilitação após o TCE é geralmente longo e caracterizado por três fases, segundo as diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico de 2015:

- Reabilitação aguda no hospital no qual foi atendido logo após o trauma, com o objetivo de garantir a sobrevivência da pessoa e evitar maiores complicações;
- Reabilitação subaguda, ainda durante a internação, com o objetivo de reduzir os prejuízos do TCE, aumentar a independência física, cognitiva e psicossocial, compensar a deficiência e minimizar o sofrimento. No Brasil, a estrutura do sistema de reabilitação não contempla a internação, então esta fase se mistura com a seguinte;
- Reabilitação ambulatorial, na fase crônica, que além de dar continuidade aos objetivos estabelecidos na fase subaguda no contexto fora do hospital, tem como foco reintegrar a pessoa na comunidade e manter a qualidade de vida.

### 1.3 Formulários de registros médicos

Formulário é um documento padronizado e estruturado, segundo sua finalidade específica, com características e campos apropriados, que tem como objetivos receber, preservar e transmitir informações sobre fluxos de trabalho, desde sua origem até a conclusão.

Segundo Borgneth (2004), o conceito de equipe multiprofissional atuando em modelo interdisciplinar é bastante interessante ao sugerir a possibilidade de interpenetração do conhecimento para suprir as necessidades do paciente. A atuação centralizada nesta premissa aplica-se na possibilidade que uma necessidade do paciente pode ser atendida por mais de um setor. Toda equipe necessita de uma coordenação que, no caso da reabilitação, é feita por um médico fisiatra. O coordenador de equipe não tem que dominar as técnicas a serem aplicadas, isto faz parte da responsabilidade de cada profissional, mas é de sua responsabilidade promover a discussão com os dados oriundos das avaliações setoriais, garantir que cada membro entenda o que o colega de equipe pensa sobre o paciente com a finalidade de organizar o diagnóstico funcional e a estratégia de abordagem dos problemas.

Neste contexto, visando uma melhor comunicação entre a equipe multidisciplinar de reabilitação, vale ressaltar a importância dos formulários para compartilhamento de informações.

Segundo Cury (2010), com o crescimento e complexidade das organizações contemporâneas, os formulários foram adquirindo importância, por se tratar de um eficiente meio de transmissão de informações no ambiente organizacional. Contudo, apesar desse contexto, ainda há organizações que não dão a devida importância para os formulários. Como consequência, ocorrem custos operacionais desnecessários, aumento do quadro de pessoal, atividades inúteis, duplicidade de controle, método e processos de trabalho excessivamente complexos ou redundantes.

Por isso, processos organizacionais otimizados podem ser alcançados com a introdução de “métodos adequados de implantação, supressão e racionalização de formulários, reduzindo, assim, os custos operacionais e tornando mais simples os fluxos de trabalho e de manipulação de informações” (CURY, 2010).

D’Ascenção (2001), **aponta** diferentes tipos de formulários:

- **Formulários planos** –possuem campos desenhados e pré-impressos em papel padronizado. São, usualmente, estocados para preenchimento manual, ainda bastante difundidos, por razões diversas, como a praticidade de uso;
- **Formulários contínuos** –preenchidos por impressoras e, geralmente, em grande escala. Seu desenho obedece ao espaçamento de uma impressora, permitindo dimensionar os campos e tamanhos para dados e informações a serem dispostos; têm facilidade em atender às necessidades, em organizar um arquivo, assim como o acesso a dados arquivados;
- **Formulários eletrônicos** –elaborados por *softwares* aplicativos que, por meio de redes, estão à disposição de todos. Podem ser preenchidos, sem a utilização de papel.

Apesar da importância dos formulários, o CER não apresenta formulários para toda equipe multidisciplinar; somente a equipe de enfermagem apresenta um formulário estruturado, o que permite uma melhor coleta de informações em comparação com o restante da equipe multidisciplinar. O formato atual de registro clínico por campo aberto para o atendimento médico e das demais áreas de cuidados multidisciplinar prejudica a qualidade das informações coletadas. A falta de treinamento dos profissionais que realizam o atendimento, o *turnover* de funcionários (substituição de funcionários mais antigos por funcionários mais jovens), a insegurança para preenchimento dos questionários, o preenchimento de questionários feitos por alunos (que são inexperientes para o atendimento), falhas técnicas do sistema que dificultam o registro das informações, pacientes que não se enquadram no preenchimento dos questionários e omissão de informações pelos

pacientes (por não serem queixas ativas) são alguns dos motivos pelos quais muitos dados não são corretamente registrados.

O desenvolvimento dos formulários eletrônicos permitiu o direcionamento da atenção aos aspectos desejados da história clínica, exames e conduta do paciente; facilitou o acesso às informações e seu compartilhamento entre a equipe multidisciplinar, assim como o controle mais adequado da prática clínica e da experiência educacional, que também é objetivo do HCFMRP.

## 1.4 JUSTIFICATIVA

Desde a implantação do protocolo de atendimento de reabilitação das LEA no CER, não houve gerenciamento dos dados coletados. Parte da razão para isso é que os formulários e instrumentos de avaliação propostos não foram incorporados às telas de registro dos atendimentos no sistema HCFMRP, o que tornou a coleta sistemática dessas informações uma ação dependente da motivação e dedicação do profissional da equipe de reabilitação que precisaria consultar o protocolo e registrar essas informações nos campos livres do sistema computacional.

Desta forma, este estudo justifica-se pela necessidade de avaliação da adequação do preenchimento dos registros de atendimentos médicos, terapêuticos e de enfermagem de reabilitação no CER e a proposta de desenvolvimento de formulários eletrônicos para coleta sistematizada de informações clínicas e funcionais para serem compartilhadas pela equipe multiprofissional. Os formulários também deverão colher informações sobre as intervenções terapêuticas médicas e da equipe multiprofissional.

## **4 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo principal**

Descrever o protocolo de registro de atendimento de reabilitação para a pessoa com lesões cerebrais adquiridas no Centro de Reabilitação do HCFMRP.

### **2.2 Objetivo secundário**

Verificar a porcentagem de instrumentos de avaliação não preenchidos pela equipe multiprofissional.

Desenvolver os formulários eletrônicos para o registro e coleta de informações clínico-funcionais da equipe médica e multiprofissional, utilizando um estudo comparativo internacional.

## **5 MÉTODO**

Este estudo foi realizado com a colaboração da equipe multiprofissional do CER e do corpo médico do serviço de Medicina Física e Reabilitação do HCFMRP, sem a necessidade de utilização de horas dedicadas à assistência clínica. O estudo desenvolveu-se nas seguintes fases:

- Levantamento da rotina assistencial atualizada do protocolo de atendimento de reabilitação da pessoa com LEA no CER e dos formulários existentes;
- Controle do preenchimento de formulários relacionados ao atendimento dessa equipe;
- Desenvolvimento de formulários eletrônicos médicos e multiprofissionais.

### **3.1 Levantamento da rotina assistencial de reabilitação às pessoas com LEA no CER e dos formulários existentes**

O levantamento da rotina assistencial de reabilitação não exigiu entrevistas ou períodos de observação específicos, uma vez que já é parte da rotina de trabalho da aluna e do orientador desta dissertação. Todavia, houve o cuidado especial de registrar a existência ou não de formulários impressos ou eletrônicos para o registro das informações em cada momento do processo. A busca pelos instrumentos de avaliação selecionados por cada serviço fundamentou-se na documentação de estruturação dos protocolos de atendimento elaborada em 2015 (semelhante ao apresentado na Tabela 1).

### **3.2 Controle do preenchimento de formulários relacionados ao atendimento dessa equipe**

A verificação da adesão ao preenchimento dos instrumentos de avaliação propostos pela equipe médica e multiprofissional no atendimento de reabilitação das LEA foi feita pela digitação dos resultados dessas informações numa planilha eletrônica compartilhada pela equipe na plataforma Google Drive. Coube ao serviço

administrativo de recepção do CER incluir o nome de todos os pacientes encaminhados, por meio de pedido eletrônico de interconsulta, para a avaliação de triagem multiprofissional a fim de ser realizada a inclusão no programa de reabilitação.

Tendo esta relação dos nomes e registros dos pacientes referente aos anos 2017, 2018 e 2019, os profissionais revisaram suas anotações para reaver os dados funcionais relacionados a cada um dos instrumentos de avaliação elencados. Também foi verificada a conclusão do encerramento do programa de reabilitação, ou seja, se no momento de desligamento do programa de reabilitação os objetivos funcionais definidos inicialmente foram plenamente ou parcialmente atingidos, não atingidos, se houve interrupção do programa de reabilitação devido a abandono, óbitos ou licenças médicas.

### **3.3 Desenvolvimento de formulários eletrônicos médicos e multiprofissionais**

Considerando que o atendimento da pessoa que inicia o protocolo de reabilitação começa com a consulta médica, o passo inicial do desenvolvimento dos formulários fundamentou-se nesta entrevista e avaliação profissional. Foram feitos contatos com centros de reabilitação no Brasil e em Portugal a fim de estabelecer uma comparação com a prática de coleta de informações clínico-funcionais de centros experientes e de tradição reconhecida. Entre os serviços brasileiros de reabilitação estavam a Rede de Reabilitação Lucy Montoro (<http://redelucymontoro.org.br/>), a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) (<https://aacd.org.br/a-aacd>) e o Centro de Reabilitação da Irmandade da Santa Casa de São Paulo (<https://www.santacasasp.org.br/portal/site>). De Portugal, obtivemos a colaboração do Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (<http://cmra.pt/>), que é classificado como o melhor centro de reabilitação daquele país, em virtude do padrão administrativo, qualidade do corpo assistencial, produção acadêmica científica e formação de pessoal.

Os formulários de avaliação médica para pacientes com LEA de cada um desses serviços foram comparados quanto à existência ou não de campos para coleta de informações biodemográficas, serviços ou clínicas encaminhadora, clínica

pregressa e antecedentes, quadro de instalação da lesão encefálica e tratamento na fase aguda, cuidados de prevenção secundária, exames, medicamentos em uso. Sob o ponto de vista funcional, foram comparados quanto a avaliação das atividades de vida diária, mobilidade e locomoção, comunicação, disfagia, dor, controle esfinteriano, desempenho cognitivo e emocional. No quesito do exame físico, foram comparadas as formas de coleta de informação do exame neurológico, musculoesquelético e atividades funcionais de mobilidade.

Uma estrutura de registro de informações clínicas de avaliação, procedimentos, orientações e verificação de aprendizagem pelos pacientes e cuidadores foi estabelecida para o desenho dos formulários de toda a equipe envolvida na reabilitação destes pacientes, pressupondo o compartilhamento de informações, redução de redundância, garantia da coleta sistematizada de informações clínicas, funcionais e administrativas:

Os novos formulários de registro dos atendimentos realizados pela equipe médica e multiprofissional deveriam seguir com os seguintes princípios:

- Compartilhamento de informações por toda equipe;
- Coleta de informações em campos estruturados;
- Uso de questionários padronizados;
- Classificação e registro das intervenções terapêuticas;
- Classificação e registro de orientações;
- Controle da aprendizagem das orientações pelo paciente;
- Controle da aprendizagem das orientações pelos cuidadores e familiares;
- Registro de ajudas técnicas;
- Classificação e registro de destinos após a alta.

## **6 RESULTADOS**

### **4.1 Resultados do levantamento da rotina assistencial de reabilitação às pessoas com LEA e dos formulários existentes**

#### **4.1.1 Da triagem à avaliação pela equipe multiprofissional**

O levantamento da rotina assistencial da reabilitação das lesões encefálicas adquiridas começou com a identificação da origem dos encaminhamentos, que podem ser provenientes:

- Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto ou os outros Departamentos Regionais de Saúde (Franca, Barretos e Araraquara) com os quais há pactuação do HCFMRP e do CER;
- Unidade de AVC da Unidade de Emergência do HCFMRP, para os quais há vagas reservadas;
- Hospital Estadual de Américo Brasiliense (HEAB) conta com vagas reservadas também, para os pacientes oriundos do programa de reabilitação em regime de internação;
- Centro Integrado de Reabilitação (CIR), ligado ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP), que são pacientes em programa de reabilitação naquela instituição que precisam de procedimentos específicos como a dispensação de órteses, avaliação e tratamento de quadros que exijam a participação médica, como o espasticidade ou algumas condições dolorosas;
- Ambulatórios especializados do HCFMRP, particularmente a clínica de doenças neurovasculares ou a geriatria.

Não foi observado um controle sistemático da origem dos pacientes atendidos nesse ambulatório.

No ambulatório de reabilitação das lesões encefálicas adquiridas, durante a avaliação médica ocorre o levantamento inicial da história clínica, antecedentes,

tratamentos atuais e prévios, e exame físico de pacientes com AVC, TCE e pós-operatório neurocirúrgico ou sequelas neurológicas de anóxia cerebral. A confirmação diagnóstica pode exigir a solicitação de exames e tem por finalidade verificar o prognóstico funcional, por exemplo, quando um paciente é encaminhado com a hipótese de AVC, mas a avaliação tomográfica evidencia um tumor. A estabilidade clínica também deve ser confirmada nesta consulta, pois prepara o paciente para a demanda física da reabilitação. Assim a avaliação de condições mórbidas concorrentes e seu impacto sobre o processo de reabilitação pode ser conduzida, identificando a necessidade de acompanhamento por outros especialistas. Aspectos específicos da avaliação fisiátrica também podem ser verificados durante o exame neurológico e musculoesquelético, quanto a dor e espasticidade, ou a necessidade de intervenção farmacológica para o controle cognitivo e emocional necessários para participar do programa multidisciplinar e para a saúde mental e conforto de cuidadores e familiares.

Para isso, foram utilizados instrumentos de avaliação para objetivos específicos, como nível de consciência, transtornos cognitivos e emocionais, avaliação de força, coordenação e sensibilidade, avaliação funcional da marcha e transferências, avaliação da dor, nível de dependência para atividades de vida diária e necessidade de ortetização e meios auxiliares de locomoção. Os pacientes eleitos para o programa multidisciplinar ou eleitos para programas extra-protocolo foram encaminhados através do pedido de interconsultas do sistema HCFMRP para avaliação e triagem multiprofissional (assistente social, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, fonoaudiologia e psicologia). O seguimento médico do paciente realizou-se a cada 16 semanas, mas em alguns casos, devido a ocorrência de dor e necessidade de psicotrópicos foram agendados retornos com periodicidade menor. Os pacientes ineleitos receberam alta e foram encaminhados a outros serviços.

Para o registro das observações clínicas - anamnese e exame físico - os médicos deste ambulatório utilizam os formulários 'observação clínica geral médico' ou 'evolução clínica geral médico' disponíveis no sistema de prontuários eletrônicos do HCFMRP.

Não há padronização das condutas médicas - prescrições de medicamentos, profilaxia de novas lesões, dispensação de órteses ou meios de locomoção, indicação de procedimentos ou encaminhamentos para outras clínicas - por meio de um prontuário eletrônico.

Quando a demanda funcional e o prognóstico de reabilitação são compatíveis com o atendimento multiprofissional oferecido, o paciente é encaminhado para atendimento com assistente social. A entrevista socioeconômica avalia a situação previdenciária, bem como a disponibilidade de transporte e de acompanhantes dos pacientes, o que é fundamental para garantir a adesão ao programa terapêutico. Os pacientes são orientados sobre o funcionamento do protocolo de reabilitação e firmam um compromisso com as regras de participação (pontualidade, assiduidade, necessidade de informar restrições à participação entre outros), sobre atendimentos individuais ou em grupo e sobre os direitos das pessoas com deficiência.

No atendimento inicial do serviço de assistência social há a proposta de padronização de coleta de informações, mas isso não é feito de forma sistematizada ou com um formulário específico. As informações são registradas no prontuário eletrônico dos pacientes em formulários de campos abertos. Não há padronização das condutas, orientações ou verificação da sua compreensão pelo serviço social.

Uma equipe multiprofissional de reabilitação contando com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeira e fonoaudióloga realiza uma avaliação sumária para delinear objetivos específicos para o paciente e decidir pela inclusão em regime terapêutico em cada área de atuação, ou seja, o programa foi estruturado de acordo com as necessidades dos pacientes (programa terapêutico singular) e conforme disponibilidade de vagas na grade de atendimentos.

O registro dessa avaliação multiprofissional não conta com um formulário específico. As observações e decisões de elegibilidade são documentadas num formulário com campos abertos. Para gerenciar as necessidades de cada paciente que entra na fila para o programa terapêutico, a equipe criou uma planilha

compartilhada pelo Google Drive que é consultada para definir a prioridade de início do tratamento conforme surjam vagas no programa multiprofissional de reabilitação.

Todos os pacientes elegíveis para o programa de reabilitação são avaliados pela equipe de psicologia para checar a existência de demandas do paciente ou dos familiares/cuidadores. Nesse momento há a definição de inserção na vaga de protocolo multiprofissional com atendimento psicológico individual ou não. A avaliação psicológica visa intervir de forma a minimizar os efeitos das alterações emocionais associadas ao quadro clínico, identificar recursos de enfrentamento ao paciente em reabilitação, melhorar o repertório de enfrentamento do paciente, adequar expectativas do paciente e familiares acerca do tratamento de reabilitação e diminuir sintomas de depressão e estresse no paciente e de sobrecarga no cuidador.

Apesar de haver uma proposta de formulário padrão de coleta de informações pela equipe de psicologia, o mesmo não é usado em formato impresso ou eletrônico. Avaliações padronizadas neuropsicológicas são mantidas em arquivo físico com acesso exclusivo desses profissionais. Não há padronização ou informação sistematizada da entrevista psicológica, impressões diagnósticas ou condutas, mesmo ressaltando a questão de sigilo profissional.

#### **4.1.2 Das intervenções da equipe multiprofissional até a Reunião de equipe**

Uma vez que os pacientes iniciam o programa de reabilitação multiprofissional são realizadas avaliações mais detalhadas por todos os profissionais, ou estudantes em estágio profissionalizante, seguidas pela administração de técnicas terapêuticas, orientações para o paciente e para a família, controle dos ganhos funcionais e de fatores pessoais ou ambientais que modulam a funcionalidade, seja como facilitadores ou como barreiras.

Uma série de instrumentos padronizados de avaliação foram selecionados por cada um dos serviços terapêuticos durante a estruturação dos protocolos de atendimento em 2015, conforme descrito a seguir. Esses instrumentos têm como

propósito acompanhar sistematicamente, de forma quantitativa ou qualitativa a evolução do paciente frente às intervenções.

### **Índice de Mobilidade de Rivermead**

A escala de avaliação motora de Rivermead foi desenvolvida em 1979 por N. Lincoln e D. Leadbitter, é uma mensuração de “função motora” após o AVC, sendo muito utilizada pela fisioterapia. É composta de três categorias: função motora grossa, a qual inclui movimentos funcionais como caminhar, passar da posição sentada para de pé, virar-se e sentar na beira da cama; controle de movimento de membros inferiores e tronco e controle e funcionalidade dos membros superiores. Cada item é pontuado zero ou um, indicando que o paciente realiza ou o comando ou não. Os itens seguem uma ordem de dificuldade, podendo atingir uma pontuação máxima de 38 pontos. A aplicação da escala é rápida, fácil, não sendo relatados dificuldades no processo de aplicação (BRITO *et al.*, 2013).

A validade do Índice de Mobilidade de Mobilidade de Rivermead em pacientes com AVC foi constatada em um estudo realizado por Hsieh *et al* (2000), no qual trinta e oito pacientes internados com AVC participaram. O Índice de Mobilidade de Rivermead foi aplicado na admissão na enfermaria de reabilitação e na alta. Verificou-se que cerca de 76% dos pacientes apresentaram uma melhora em mais de 3 pontos durante sua estadia, indicando que o instrumento é válido e sensível ao longo do tempo, e útil para a avaliação da mobilidade em pacientes com AVC (HSIEH *et al.*, 2000).

A adaptação transcultural e validação do Índice de Mobilidade de Rivermead no contexto cultural brasileiro e no português brasileiro para pessoas que sofreram AVC foi realizada por Pavan *et al.* (2010) em um estudo transversal prospectivo realizado na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que concluiu que a versão brasileira é válida, reprodutível e sensível para esse propósito.

### **Teste de Tinetti - POMA (Performace Oriented Mobility Assessment)**

A escala POMA foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski e foi adaptada culturalmente para o Brasil em 2003 por Gomes (ABREU *et al.*, 2008), sendo utilizada para avaliar o equilíbrio e as anormalidades da marcha. É composta de 16 itens, dos quais 9 avaliam o equilíbrio do corpo e 7 direcionam-se para a classificação dos aspectos da marcha, como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar o corpo sobre os pés e também as mudanças de posição com os olhos fechados. A contagem para cada exercício pode variar de 0 a 1 ou de 0 a 2, sendo que a contagem mais baixa indica uma habilidade física mais empobrecida. A pontuação total é a soma da pontuação do equilíbrio do corpo e a da marcha, sendo a pontuação máxima para a marcha de 12 pontos, para o equilíbrio de 16 e o escore total chega ao valor máximo de 28 (SILVA *et al.*, 2008).

Este instrumento de avaliação da funcionalidade, tem sido utilizado em vários estudos e revisões no Brasil, demonstrando resultados clinicamente válidos. Em 2007, Silva *et al.*, realizou um estudo para avaliar a melhora do equilíbrio, da coordenação e da agilidade nos idosos submetidos a exercícios físicos resistidos. Os idosos foram avaliados, entre outros testes, pelo teste de Tinetti, e observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos experimental (grupo submetido a exercícios resistidos com carga progressiva) e controle (grupo submetido a exercícios sem carga) para o valor total do teste de Tinetti ( $p= 0,046$ ) e também para a marcha ( $p= 0,029$ ), em que o grupo experimental obteve melhor pontuação.

### **Teste Timed Up and Go**

O teste "*Timed Up & Go*" (TUG) foi desenvolvido por Podsiadlo e Richardson em 1991, a partir da versão denominada *Get-up and Go*, proposta por Mathias *et al* em 1986. O teste tinha como objetivo original avaliar de forma clínica as alterações do equilíbrio dinâmico em idosos durante o desempenho de uma tarefa, com situações críticas para a queda. Como existia uma limitação na pontuação da escala original, Podsiadlo e Richardson propuseram o uso do tempo em segundos para pontuar o teste, renomeando-o (NICOLINI-PANISSON *et al.*, 2013).

Segundo Loth *et al.* (2004), *apud* Lopes, M. I. R. (2013), o TUG representa um instrumento de avaliação rápida da mobilidade funcional em pessoas idosas. O teste se inicia com o paciente sentado em uma cadeira padrão de 46 centímetros, com encosto e apoio para braço. Ao comando verbal “vá”, o paciente deve se levantar da cadeira, caminhar de forma confortável e segura em linha reta por três metros, dar meia-volta, retornar e sentar na posição inicial. O paciente não deve receber auxílio físico de qualquer outra pessoa e o resultado é expresso pela medida do tempo. Resultados até 10 segundos são considerados normais, entre 11 e 20 segundos sugerem idosos frágeis; entre 21 e 30 segundos, idosos com déficit de mobilidade; e acima de 30 segundos, idosos com alta restrição de mobilidade (LOPES, 2013). O teste apresenta alto coeficiente de reprodutibilidade inter e intra avaliadores ( $r=0,99$ ), bem como índices de validade concorrente significativos com o Berg Balance Scale ( $r= -0,72$ ), com a velocidade da marcha ( $r= -0,55$ ) e com o *Barthel Index of Activities of Daily Living* ( $r=-0,72$ ) (CÂMARA *et al.*, 2008).

Em 2011, Costa *et al.* investigaram os instrumentos que avaliam a mobilidade em teses e dissertações. Foram identificados treze trabalhos, desenvolvidos nas regiões Sul e Sudeste do Brasil, em sua maioria dissertações e estudos transversais que tinham como alvo a população idosa. Todos os instrumentos, incluindo o TUG, apresentaram correlações estatísticas significativas quanto à identificação dos problemas de mobilidade como fator de risco para quedas.

### **Medida de Independência Funcional (MIF)**

A Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada, tendo sido desenvolvida na América do Norte na década de 1980. 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 diária. Entre as atividades avaliadas estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que parte de 1 (dependência total) e pode chegar a 7 (independência completa), assim a pontuação total varia de 18 a 126” (RIBERTO *et al.*, 2004). Além

da pontuação total, outras duas subescalas são reconhecidamente validadas - a MIF cognitiva e a MIF motora, podendo ser usadas isoladamente ou em conjunto para oferecer uma descrição mais completa da funcionalidade.

A validação da versão brasileira da MIF foi realizada por Riberto et al. (2004), em uma população de brasileiros com lesão medular e pacientes com lesões encefálicas tratados em ambiente ambulatorial. Os pacientes com maior comprometimento motor apresentaram valores menores de independência funcional nos itens de domínio motor, enquanto que ao domínio cognitivo foi demonstrado que pacientes com lesões encefálicas que apresentavam menor comprometimento da comunicação têm melhor desempenho funcional. Com este estudo demonstrou-se que a MIF é um instrumento válido e útil na reabilitação ambulatorial para seguimento clínico.

### **Escala Lawton**

A escala, desenvolvida em 1969 por Lawton e Brody, avalia o nível de independência da pessoa idosa para a realização das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), e compreende 8 tarefas: utilizar o telefone, fazer compras, preparar alimentação, serviços domésticos, serviços de lavanderia, meios de transporte, cuidados com medicações e habilidades financeiras (APÓSTOLO, 2012). Cada questão da escala possui três alternativas, com seus respectivos valores: realiza sem ajuda (três pontos), realiza com ajuda parcial (dois pontos), não consegue realizar (um ponto). A pontuação máxima que pode ser obtida é de vinte e sete pontos. São considerados independentes aqueles com pontuação entre dezenove a vinte e sete, dependentes parciais com pontuação entre dez e dezoito pontos e dependentes, aqueles com pontuação abaixo de nove pontos (LAWTON; BRODY, 1969).

Não foi encontrado qualquer estudo de validação da Escala de Lawton & Brody na população brasileira, porém Paixão-Junior e Reichenhein (2005) encontraram 23 estudos brasileiros que a utilizaram como instrumento de avaliação, demonstrando que esta escala é amplamente adotada em nosso contexto (BARROSO; AMARAL, 2013).

## **Versão Revisada do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACER)**

O Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE), utilizado para diagnóstico de demência em fase inicial, foi desenvolvido no Reino Unido, em 2000. Em 2006, Miosshi et al., publicou uma nova versão da ACE, o Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised ou ACER, a fim de facilitar sua aplicação. O ACER é composto de avaliações cognitivas breves, que variam de 0 a 100 pontos, e possui cinco domínios, cada um com uma pontuação específica:

- Atenção e Orientação (pontuação total de 18 pontos e nota de corte de 17 pontos);
- Memória (pontuação total de 26 pontos e nota de corte de 15 pontos);
- Fluência (pontuação total de 14 pontos e nota de corte de 8 pontos);
- Linguagem (pontuação total de 26 pontos e nota de corte de 22 pontos)
- Visuo-Espacial (pontuação total de 16 pontos e nota de corte de 13 pontos).

A ACER ainda oferece três novas versões: A, B e C, que se diferenciam no item de memória anterógrada, no qual são oferecidas três diferentes versões do nome e do endereço, que evitam a aprendizagem dessas informações em caso de reaplicação do teste em um mesmo indivíduo (CARVALHO; CARAMELLI, 2009).

Em 2007, Carvalho, V. A., publicou a versão final adaptada desse instrumento para a população brasileira, intitulada Exame Cognitivo de Addenbrooke - Versão Revisada, demonstrado que a ACER brasileira foi plenamente capaz de detectar as diferenças de desempenho entre idosos cognitivamente saudáveis e pacientes com diagnóstico de doença de Alzheimer leve (CARVALHO; CARAMELLI, 2009).

## **Índice de Barthel**

O Índice de Barthel é um instrumento de avaliação das atividades da vida diária (AVDs) que mede a independência funcional nos campos de cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Originalmente, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com

dependência parcial ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (MINOSSO *et al.*, 2010)

O Índice de Barthel foi validado no Brasil por Minosso *et al.* (2010), em um estudo que permitiu recomendar a sua utilização para a avaliação funcional de idosos atendidos em ambulatórios no Brasil, a fim de subsidiar a avaliação de suas necessidades de saúde (MINOSSO *et al.*, 2010).

### **Escala Braden**

A escala de Braden é um instrumento que auxilia na detecção dos riscos de desenvolvimento de lesão cutânea ou tegumentar por pressão, e permite aos profissionais de enfermagem uma melhor programação na elaboração das prescrições dos cuidados que deverão ser oferecidos a estes pacientes (JANSEN *et al.*, 2020). Publicado em 1987, por Bergstrom e Braden (PARANHOS *et al.*, 1999), esse instrumento foi adaptado e validado para a cultura brasileira em 1999 e tem sido aplicado desde então, em várias instituições brasileiras de saúde (SERPA *et al.*, 2011).

A escala de Braden é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e cisalhamento. A pontuação total pode variar de 6 a 23 pontos, sendo os pacientes classificados da seguinte maneira:

- escores iguais ou menores a 9, risco muito alto;
- escores de 10 a 12 pontos, risco alto;
- escores de 13 a 14 pontos, risco moderado;
- escores de 15 a 18 pontos, baixo risco;
- escores de 19 a 23 pontos, sem risco (SERPA *et al.*, 2011).

## **Escala Bristol**

A Escala de Bristol para Consistência de Fezes - EBCF foi desenvolvida e validada por Kenneth W. Heaton e S. J. Lewis, e avalia a forma do conteúdo fecal, utilizando métodos gráficos que representam sete tipos de fezes, de acordo com sua forma e consistência. A escala apresenta as imagens que ilustram as fezes, juntamente com descrições quanto à forma e à consistência, devendo o paciente selecionar o tipo de fezes que mais se assemelha a suas próprias fezes, de acordo com a consistência e forma. (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012).

A escala foi traduzida e validada para o português para o uso no Brasil em 2012 por Martinez, A. P., Azevedo, G. R., em um estudo realizado com 165 profissionais de saúde e 80 pacientes com mais de 18 anos de idade escolhidos aleatoriamente em ambulatórios do Conjunto Hospitalar de Sorocaba - SP, e apresentou alta confiabilidade e utilidade na prática clínica (MARTINEZ; AZEVEDO, 2012).

## **Escala de Avaliação de Constipação (CAS)**

A avaliação pela CAS identifica a presença e a intensidade da constipação intestinal, e constitui-se de oito características:

- distensão abdominal;
- mudança na eliminação de gases;
- menor frequência de evacuações;
- perda involuntária de fezes líquidas;
- sensação de reto cheio ou pressão;
- dor no reto a evacuação;
- eliminação de fezes em menor quantidade;
- desejo, mas ausência de eliminação.

Para cada uma destas características é dada uma escala de três pontos: 0= “não tenho”, 1= “tenho um pouco” ou 2= “tenho muito. Estas pontuações são somadas para classificar como 0 para “não constipado” e 16 para “constipação mais grave” (ZIANI, 2015).

## Critérios de Roma III

Os critérios de Roma foram desenvolvidos na década de 80, para classificar os distúrbios gastrointestinais funcionais ou desordens do sistema digestório cujos sintomas não podem ser explicados pela presença de anormalidades estruturais ou tissulares, com base em sintomas clínicos. A mais recente revisão desses critérios (Roma III), foi publicada em 2006, quando tais distúrbios gastrointestinais funcionais foram classificados em seis domínios maiores para adultos: esofágicos, gastroduodenais, intestinais, síndrome da dor abdominal funcional, biliares e anorretais. Cada categoria contém vários distúrbios com suas respectivas características clínicas, e cada distúrbio é apresentado com suas específicas abordagens diagnósticas e de tratamento (SCHMIDT, 2012).

Os critérios para o diagnóstico da constipação intestinal funcional analisam a presença e a frequência de alguns sinais e sintomas, que devem estar presentes nos últimos três meses e cujo surgimento tenha ocorrido há pelo menos seis meses. Tais critérios estão listados a seguir:

1. Presença de dois ou mais dos sinais e sintomas abaixo:
  - Esforço em pelo menos 25% das evacuações.
  - Fezes endurecidas ou fragmentadas em pelo menos 25% das evacuações.
  - Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações.
  - Sensação de obstrução ou interrupção da evacuação em pelo menos 25% das evacuações.
  - Manobras manuais facilitatórias em pelo menos 25% das evacuações.
  - Menos de três evacuações por semana.
2. Diarréia ou fezes amolecidas raramente ocorrem sem o uso de laxantes.
3. Não há critérios diagnósticos para síndrome do cólon irritável (BRASIL, 2009).

### **Escala EACUIL (Escala de Autoconfiança para a realização do Cateterismo Urinário Intermitente Limpo)**

Segundo Biaziolo (2015), para averiguar a autoconfiança de pacientes e cuidadores na realização do cateterismo intermitente limpo foi construído um questionário tipo Likert de 16 itens e cinco pontos por item, que vão de:

- “nada confiante” = 1;
- “pouco confiante” = 2;
- “confiante” = 3;
- “muito confiante” = 4;
- “completamente confiante” = 5.

O questionário foi validado em aparência e conteúdo em duas etapas. Na primeira etapa por um grupo de especialistas formado por médicos e enfermeiros da área de urologia do Centro de Reabilitação onde o estudo foi desenvolvido, em um Hospital Universitário localizado no interior do estado de São Paulo, e na segunda etapa por um grupo de pacientes e cuidadores que fazem uso do cateterismo urinário. Foi considerado e obtido nível de concordância entre os especialistas de 100%.

### **Escala Funcional de Ingestão Oral (FOIS)**

A escala funcional de ingestão oral foi desenvolvida em 2005 (CRARY *et al.*, 2005) para avaliar o nível de alimento e bebidas que um paciente com disfagia ingere pela cavidade oral, e é composta por 7 níveis que permitem classificar a gravidade das limitações da alimentação por via oral (QUEIRÓS *et al.*, 2013). O paciente classificado no nível 1 não ingere qualquer alimento por via oral; nível 2, é dependente de via alternativa com ingestão mínima via oral de alimento ou líquido; nível 3, é dependente de via alternativa com ingestão via oral consistente de alimento ou líquido; no nível 4, a ingestão por via oral é total de uma única consistência; no nível 5 a ingestão por via oral é total para múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações; no nível 6 a ingestão por via oral é total de múltiplas consistências, sem necessidade de preparo especial ou compensações,

porém com restrições para alguns alimentos; e no nível 7 a ingestão por via oral é total sem restrições (SILVA *et al.*, 2010).

Em 2015, Dias, realizou um estudo em Lisboa para validação cultural e linguística da FOIS para o português europeu. A versão portuguesa da FOIS possui boas características psicométricas, podendo ser aplicada sem restrições, a pacientes com disfagia pós- AVC (DIAS, 2015).

### **Inventário de Depressão de Beck - BDI**

O Inventário de Depressão de Beck – BDI foi desenvolvido por Beck e colaboradores em 1961, traduzido para o português em 1982 por Beck *et al.*, e validado por Gorenstein & Andrade (1996). É considerada uma das principais escalas auto-aplicadas utilizada para avaliação de depressão, discriminando indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos (MALUF., 2002). É composto por 21 categorias de sintomas e atitudes relacionadas a depressão: humor pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa, sentimentos de punição, autodepreciação, auto-acusação, desejo de punição, crises de choro, irritabilidade, isolamento social, indecisão, inibição no trabalho, distúrbios no sono, fatigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e perda de libido, cada categoria tem quatro a cinco alternativas de resposta num padrão likert. A somatória de pontuação menor que 9 indica ausência de síndrome depressiva, de 10 a 18 indica depressão leve a moderada, de 19 a 29 indica depressão moderada a grave e de 30 a 63 pontos expressa depressão grave (MALUF, 2002).

Segundo Turner-Stokes, L; Hassan, N. (2002), embora escalas padronizadas como a BDI possam fornecer a classificação da depressão em níveis na população geral, existe uma preocupação com a confiabilidade e validade das informações obtidas no contexto do AVC. A escala de depressão de Beck, assim como outras, é comumente usada e têm validade demonstrável em pacientes com AVC, mas tendem a excluir aqueles mais vulneráveis, com afasia, por exemplo. Segundo Turner *et al.* (2002), instrumentos desenvolvidos especificamente para incluir pacientes afásicos, como a Escala de Depressão Afásica de AVC, são promissores, mas ainda não foram totalmente avaliados.

## **World Health Organization Quality of Life - brief version (WHOQOL-bref – Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde)**

A busca de um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvesse o WHOQOL-100 (FLECK *et al*, 1999). O WHOQOL-100 é composto de cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais, e são divididos em 24 facetas, compostas por quatro perguntas cada. As alternativas de resposta seguem quatro tipos de escalas: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK *et al.*, 2000).

O WHOQOL-bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100 (FLECK *et al.*, 2000) composto por 26 questões, dentre as quais duas são referentes à percepção individual a respeito da qualidade de vida, e as demais 24 estão subdivididas em 4 domínios e representam as 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), tais como:

- Domínio I - Físico, com ênfase em dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho;
- Domínio II - Psicológico, enfatizando sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais;
- Domínio III - Relações sociais, abordando relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual;
- Domínio IV – Meio ambiente, referente à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer,

ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima e transporte (ALVES, 2008).

A validação do WHOQOL-bref no Brasil foi realizada por Fleck *et al* (2000), que demonstrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, sendo útil para a realização de estudos de avaliação da qualidade de vida no Brasil (FLECK *et al.*, 2000).

Em 2019, Goh *et al.* realizaram um estudo para investigar os determinantes da qualidade de vida entre idosos com AVC residentes em área urbana de um país desenvolvido. Foram estudados 75 idosos com pelo menos 3 meses de instalação de deficiências devido ao AVC e 50 idosos saudáveis pareados por idade por meio do WHOQoL-BREF. Os resultados mostraram que indivíduos com AVC apresentaram qualidade de vida significativamente pior em todos os domínios do questionário em comparação com controles saudáveis. O AVC foi um forte determinante da qualidade de vida e explicou de 16% a 43% das variâncias.

### **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (Stress Lipp)**

As reações não específicas frente a situações que causam angústia e tristeza, denominadas Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress Biológico foram descritas por Selye em 1936, num modelo trifásico para o stress envolvendo a fase de alerta, a fase de resistência e fase de exaustão. Em 2000, Lipp caracterizou uma quarta fase, final, denominada quase-exaustão, na qual, caso não haja remoção dos estressores ou uso de estratégias de enfrentamento, podem surgir doenças graves (ALVES, 2008).

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL foi criado a partir do modelo de quatro fases (LIPP, 2000) e validado por Lipp e Guevara em 1994. É um dos instrumentos mais utilizados no Brasil para esse fim e possibilita identificar a sintomatologia de estresse, o tipo de sintoma existente (físico e/ou psicológico) e a fase em que se encontra” (ALVES, 2008).

### **Inventário de Sobrecarga do Cuidador (Zarit Burden Interview)**

O Inventário de Sobrecarga do Cuidador (*Zarit Burden Interview* – ZBI) foi desenvolvido em 1985 por Zarit e colaboradores. Em 2001, a escala foi traduzida para o português e validada por Scazufca em seu estudo com cuidadores informais de indivíduos com doenças mentais (AMENDOLA, 2007). É um instrumento composto por 22 itens em que as questões referem-se à relação cuidador-paciente, avaliação da condição de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social. A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com a presença ou a intensidade de uma resposta afirmativa (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre). A exceção é o último item da escala, no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as possíveis respostas são: 0 = nem um pouco; 1 = um pouco; 2 = moderadamente; 3 = muito e 4 = extremamente. Todos os itens devem ser pontuados. O escore total da escala é obtido adicionando todos os itens e devem variar de 0 a 88. Quanto maior o escore maior a sobrecarga (AMENDOLA, 2007).

#### **4.1.3 Das reuniões de equipe até a alta**

Semanalmente, a equipe terapêutica de atendimento aos pacientes com LEA sob reabilitação reúne-se para discutir os casos. Os pacientes que completam 3 meses de intervenções multiprofissional têm seus casos discutidos. Nessa ocasião são apresentados os aspectos iniciais da funcionalidade baseados nos questionários indicados anteriormente e na avaliação qualitativa. Também são informados o número de presenças, ocorrência de ausências, adesão às orientações domiciliares por parte dos pacientes e dos cuidadores. Por fim, cada membro da equipe indica a intenção de manter ou não o paciente em atendimento e os motivos dessa decisão.

Com a somatória das impressões de toda a equipe decide-se pelo seguimento do paciente em reabilitação. Neste momento, o paciente que evolui adequadamente e tem boa adesão ao programa terapêutico poderá ser mantido em reabilitação para ter o seu caso discutido novamente ao final de mais 3 meses, mas esse prazo pode ser modificado para uma reavaliação mais breve, conforme a opinião da equipe. Pode

ocorrer a alta de algum serviço de reabilitação isoladamente, caso o paciente já tenha atingido os objetivos terapêutico-funcionais. Quando há dificuldade de adesão por motivos sociais, comportamentais ou clínicos, o paciente pode ser afastado do programa terapêutico a fim de reorganizar-se. Para isso, pode ser necessária uma reunião da equipe terapêutica com a família, encaminhamento para avaliações com outros profissionais, realização de exames ou procedimentos terapêuticos. Por fim, pode ocorrer alta quando a decisão da equipe multiprofissional for de que os ganhos funcionais inicialmente negociados com o paciente ou sua família não ocorrerão ou serão ínfimos.

Quando se decide pela alta do programa de reabilitação, o paciente recebe encaminhamentos de contra referência para a localidade de origem explicando o motivo da interrupção do tratamento e as orientações para o seguimento terapêutico. Os pacientes continuam em retornos ambulatoriais com o serviço de fisioterapia por cerca de 2 anos para monitorização da evolução funcional e, caso necessário, indicações de novas intervenções.

Não foram identificados formulários específicos para registro das observações da equipe multiprofissional e as decisões da reunião. Também não há um formulário específico de alta ou de informações para a contra referência e seguimento nas localidades de origem.

A tabela 2 resume as observações dos pesquisadores quanto à existência e uso dos formulários para cada etapa do processo de atendimento dos pacientes que buscam reabilitação devido a LEA no CER.

Tabela 2 - Resumo das observações sobre levantamento de formulários para o atendimento multiprofissional de reabilitação

- Não há um controle sistemático do serviço de origem de onde são encaminhados os pacientes.
- O registro inicial de informações clínicas pelos médicos não segue um formulário padronizado.
- Os diagnósticos são colhidos de forma sistemática pela Classificação Internacional de Doenças (CID) no prontuário eletrônico do HCFMRP.
- Não há padronização do registro das condutas médicas: prescrições de medicamentos, profilaxia de novas lesões, dispensação de órteses ou meios de locomoção, indicação de procedimentos ou encaminhamentos para outras clínicas.
- O atendimento inicial do serviço de assistência social não é registrado de forma sistematizada ou com um formulário específico, mas sim em formulários de campos abertos. Não há padronização das condutas, orientações ou verificação da sua compreensão pelo serviço social.
- O registro da avaliação multiprofissional de triagem não conta com um formulário específico. As observações e decisões de elegibilidade são documentadas num formulário com campos abertos. As informações podem ficar registradas nas abas do serviço de fisioterapia, terapia ocupacional ou fonoaudiologia.
- Para gerenciar as necessidades de cada paciente que entra na fila para o programa terapêutico, a equipe criou uma planilha compartilhada pelo Google Drive, que é consultada para definir a prioridade de início do tratamento.
- Apesar de haver uma proposta de formulário padrão de coleta de informações pela equipe de psicologia, o mesmo não é usado em formato impresso ou eletrônico. Avaliações padronizadas neuropsicológicas são mantidas em arquivo físico com acesso exclusivo desses profissionais. Não há padronização ou informação sistematizada da entrevista psicológica, impressões diagnósticas ou condutas, mesmo ressaltando a questão de sigilo profissional.
- O serviço de enfermagem de reabilitação conta com um formulário eletrônico de coleta de informações, onde também há o registro de intervenções, orientações e medidas padronizadas de acompanhamento clínico.
- Os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia têm formulários padronizados impressos de coleta de informações, mas não têm registros eletrônicos sistematizado da avaliação, intervenções clínicas ou orientações.
- Não foram identificados formulários específicos para registro das observações da equipe multiprofissional e as decisões da reunião de equipe.
- Não há um formulário específico de alta ou de informações para a contra-referência e seguimento nas localidades de origem.

## 4.2 Resultados do controle de preenchimento de formulários

A tabela 3 apresenta dados clínicos referentes aos anos de 2017, 2018 e 2019 após a implantação formal do programa de reabilitação multiprofissional para LEA. A população atendida pelos programas de reabilitação estava na sétima década de vida, eram formadas predominantemente por mulheres e apresentavam síndromes piramidais típicas da lesão cortical hemisférica ou de cápsula interna. A alta com os objetivos de reabilitação atingidos sofreu um decréscimo de 64,4% para 52,2% no período. Por outro lado, a conclusão por motivos não informados cresceu de 0% para 10%. No ano de 2018 a qualidade desta informação foi menos precisa, pois, dados clínicos importantes de avaliação do paciente não são preenchidos adequadamente, tanto pela equipe médica quanto pela equipe multiprofissional.

Tabela 3: Dados clínicos e demográficos LEA em 2017, 2018 e 2019

		2017	2018	2019
N		59	49	67
Idade	m ± dp (anos)	56,6 ± 18,2	56,8 ± 18,1	55,5 ± 17,1
Masculino n (%)		28 (47,5%)	25 (51,0%)	34 (50,7%)
Síndrome motora	Hemi E	19 (32,2%)	28 (57,1%)	7 (10,4%)
	Hemi D	24 (40,1%)	18 (36,7%)	10 (14,9%)
	Outros/não informado	16 (27,1%)	3 (6,1%)	50 (74,6%)
Encerramento do protocolo	Alta	38 (64,4%)	41 (32,2%)	35 (52,2%)
	Abandono	14 (23,7%)	6 (83,7%)	16 (23,9%)
	Instabilidade clínica	6 (10,2%)	1 (2,0%)	6 (9,0%)
	Óbito	1 (1,2%)	1 (2,0%)	0
	Não informado	0	0	10 (14,9%)
Cidade	Ribeirão Preto (%)	Sem dados	34 (55,1%)	38 (56,7%)
	Outras (19)	Sem dados	25	

A tabela 4 apresenta o estado funcional dos pacientes com LEA do CER atendidos pelo serviço de fisioterapia nos anos de 2017, 2018 e 2019. Apesar de ser percebida alguma modificação nas pontuações dos subescores A e B da escala de Rivermead, chama mais atenção o fato de que essa pontuação não foi obtida em 62,2% dos pacientes no início do tratamento e 52,5% ao final em 2017. No ano 2018 esses valores evoluem para 46,9% e 93,9%, e no ano de 2019 para 80,1% e 82%. O mesmo comportamento de avaliações incompletas ocorre para a pontuação do equilíbrio e marcha de Tinetti no momento inicial e final dos anos 2017, 2018 e 2019. O mesmo ocorre com a escala TUG, na maioria das vezes com maior número (e proporção) de pacientes não avaliados ao final do período de reabilitação. Quando essas informações foram colhidas no início e final do programa de reabilitação, é possível perceber uma melhora média dos escores funcionais motores, traduzidos pelo aumento da pontuação nas escalas Rivermead e Tinetti, bem como redução do tempo de execução do TUG, em todos os anos.

Tabela 4: Informações clínico-funcionais do serviço de fisioterapia

		2017	2018	2019
Rivermead inicial	Não avaliado	19 (62,2%)	23 (46,9%)	54 (80,1%)
	subescala A	4,6 ± 4,4	4,5 ± 3,8	2,1 ± 3,2
	subescala B	5,3 ± 6,2	3,5 ± 2,9	1,7 ± 2,3
Rivermead final	Não avaliado	31 (52,5%)	46 (93,9%)	55 (82,0%)
	subescala A	6,2 ± 5,4	5,3 ± 2,3	3,7 ± 4,4
	subescala B	5,7 ± 5,3	3,3 ± 3,5	4,1 ± 3,9
Tinetti equilíbrio I	Não relatados	24 (40,7%)	11 (22,4%)	49 (73,1%)
		8,2 ± 5,8	8,3 ± 3,9	7,1 ± 5,2
Tinetti equilíbrio F	Não relatados	33 (55,9%)	18 (36,7%)	46 (68,7%)
		10,2 ± 5,9	10,7 ± 4,2	8,9 ± 6,0
Tinetti Marcha I	Não relatados	35 (59,3%)	23 (46,7%)	45 (67,1%)
		6,8 ± 2,8	6,7 ± 3,5	4,3 ± 3,1
Tinetti Marcha F	Não relatados	37 (62,7%)	27 (55,1%)	47 (79,1%)
		7,7 ± 3,1	7,9 ± 3,4	6,0 ± 4,2
TUG I	Não relatados	37 (62,7%)	27 (55,1%)	44 (65,7%)
		23,4 ± 15,8	33,9 ± 27,2	18,0 ± 17,5
TUG F	Não relatados	37 (62,7%)	27 (55,1%)	48 (71,6%)
		21,6 ± 15,8	30,3 ± 22,5	21,5 ± 4,9

A Tabela 5 apresenta o estado funcional dos pacientes com LEA do CER atendidos pelo serviço de terapia ocupacional nos anos de 2017, 2018 e 2019. O mesmo padrão de avaliações incompletas mais frequentes ao encerramento do programa de reabilitação é observado nos anos de 2017, 2018 e 2019, variando na escala de Medicina da Independência Funcional (MIF) de 32,5% a 82,1%. O mesmo padrão foi observado quanto ao preenchimento das avaliações com a escala de Lawton e ACER.

Tabela 5: Informações clínico-funcionais do serviço de terapia ocupacional

		2017	2018	2019
MIF I	Não relatados	18 (32,5%)	16 (32,6%)	32 (47,8%)
		72,5 ± 32,2	70,5 ± 30,2	79,1 ± 26,8
MIF F	Não relatados	26 (44,1%)	27 (55,1%)	55 (82,1%)
		96,3 ± 36,9	88,3 ± 33,5	104,9 ± 19,7
AIVDS LAWTON I	Não relatado	23 (39,0%)	24 (49,0%)	51 (76,1%)
		4,8 ± 5,7	5,0 ± 6,5	6,2 ± 8,2
AIVDS LAWTON F	Não relatados	31 (52,5%)	34 (69,4%)	62 (92,5%)
		12,0 ± 8,0	8,4 ± 8,4	16,2 ± 7,1
ACER I	Não relatados	36 (61,9%)	34 (69,4%)	55 (82,1%)
		52,7 ± 26,7	52,1 ± 21,7	51,5 ± 16,2
ACER F	Não relatados	39 (66,1%)	40 (81,6%)	62 (92,5%)
		59,8 ± 27,6	66,4 ± 20,7	68,4 ± 21,6

A Tabela 6 apresenta o estado funcional dos pacientes com LEA do CER atendidos pelo serviço de enfermagem de reabilitação nos anos de 2017, 2018 e 2019. Chama a atenção a quantidade muito menor de preenchimentos incompletos dos formulários no momento inicial, na ordem de 10,2% a 23,4% na Escala de Barthel. No momento final da reabilitação, o número de questionários não preenchidos ainda é menor que para os demais serviços de reabilitação, mas também há um aumento substancial em relação ao período inicial. As escalas Bristol e Roma III não foram aplicadas em 2017.

Tabela 6: Informações clínico-funcionais do serviço de enfermagem

		2017	2018		2019	
BARTHEL I	Não relatados	9 (15,3%)	5 (10,2%)		19 (23,4%)	
		48,6 ± 31,5	27,8 ± 18,9			
BARTHEL F	Não relatados	30 (50,8%)	18 (36,8%)		40 (59,7%)	
		71,6 ± 35,7	66,1 ± 32,6			
BRADEN I	Não relatados	8 (13,6%)	5 (10,2%)		21 (31,3%)	
		16,7 ± 5,6	16,9 ± 4,5		17,7 ± 5,4	
BRADEN F	Não relatados	29 (49,2%)	20 (40,8%)		41 (61,2%)	
		19,9 ± 4,4	19,6 ± 4,8		19,0 ± 3,7	
BRISTOL			I	F	I	F
	Não relatados		6	20	21	44
	Classe 1		2	0	6	0
	Classe 2		8	2	7	0
	Classe 3		14	8	5	3
	Classe 4		18	19	22	17
	Classe 5		1	0	5	2
	Classe 6		0	0	1	0
	Classe 7		0	0	0	0

A Tabela 7 apresenta o estado funcional dos pacientes com LEA do CER atendidos pelo serviço de fonoaudiologia nos anos de 2017, 2018 e 2019 expresso apenas pelo preenchimento da classificação FOiS. O preenchimento incompleto desse questionário ocorreu em 44,1% dos casos tanto no início quanto no final do programa de reabilitação em 2017, em 22,4% no início do programa e 14,3% no final do programa em 2018; e em 72,6% no início do programa e 91% no final do programa em 2019.

Tabela 7: Informações clínico-funcionais do serviço de fonoaudiologia

		2017	2018	2019
FOiS inicial	Não relatados	26 (44,1%)	11 (22,4%)	52 (72,6%)
	Nível 0	4	1	0
	Nível 1	2	4	1
	Nível 5	4	5	1
	Nível 6	8	11	4
	Nível 7	15	15	9
FOiS final	Não relatados	26 (44,1%)	7 (14,3%)	61 (91,0%)
	Nível 0	3	0	0
	Nível 1	1	3	0
	Nível 5	2	2	0
	Nível 6	8	9	3
	Nível 7	19	11	3

A Tabela 8 apresenta o estado funcional dos pacientes com LEA do CER atendidos pelo serviço de psicologia nos anos de 2017, 2018 e 2019 expresso apenas pelo preenchimento da escala BDI. O preenchimento incompleto desse questionário ocorreu em 67,3% a 96,6% dos casos. A escala de sobrecarga de cuidadores Burden só foi incluída na rotina de avaliação em 2018 e é aplicada apenas no início do programa de reabilitação, e não foi aplicada em 76,3% dos casos nesse ano, e em 65,7% dos casos em 2019.

Tabela 8: Informações clínico-funcionais do serviço de psicologia

		2017	2018	2019
Depressão BDI I	Não realizado	45 (76,3%)	33 (67,3%)	37 (55,2%)
		7,5 ± 6,8	13,8 ± 12,9	9,6 ± 8,6
Depressão BDI F	Não realizado	57 (96,6%)	47 (95,5%)	62 (92,5%)
		11,5 ± 9,2	1,5 ± 2,1	10,2 ± 6,2
Sobrecarga Burden	Não relatados		45 (76,3%)	44 (65,7%)
			19,6 ± 9,6	22,8 ± 11,4

Os dados planilhados a partir das informações de prontuários não puderam informar os procedimentos terapêuticos, as orientações fornecidas aos pacientes ou familiares, bem como as ajudas técnicas e outros recursos de adaptação e assistência social.

Apesar da tabela 2 informar os tipos de encerramentos do protocolo de reabilitação, não há informação sobre a continuidade do atendimento, ou seja, a recomendação para realizar terapia de manutenção, busca de serviços profissionalizantes, de lazer ou destinação para instituições de longa permanência ou de cuidados diários.

#### **4.3 Comparação de conteúdos de formulários médicos de outros serviços de reabilitação**

Nas tabelas 9 a 16 foram comparadas as informações rotineiramente coletadas em 4 serviços de reabilitação: Rede Lucy Montoro de Reabilitação, Santa Casa de São Paulo, Centro de Reabilitação do Alcoitão (Portugal) e AACD. Apesar do CER fazer parte da Rede Lucy Montoro, o sistema computacional de registro de consultas médicas, da equipe multiprofissional e administrativas é distinto. Para todas essas tabelas, o número 1 indica informação presente, o número 0 informação ausente.

Tabela 9: Tabela comparativa formulários de reabilitação – identificação

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Identificação</u></b>				
Nome	1	1	1	1
Idade	1	1	1	1
Sexo	1	0	1	1
Raça	1	0	0	0
Religião	0	1	0	0
Estado civil	1	1	0	0
Procedência	1	1	0	0
Escolaridade	1	1	1	0
Profissão	1	1	1	0
Dominância	1	0	1	0
Nível social	0	0	1	0
Informante	1	0	0	0
<b><u>Encaminhamento</u></b>				
Origem encaminhamento	1	0	1	0

Tabela 10: Tabela comparativa formulários de reabilitação – caracterização da fase aguda e da lesão

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Etiologia lesão</u></b>				
Vascular	0	0	1	1
Traumática	0	0	1	1
Outra	0	0	1	1
<b><u>Localização lesão</u></b>				
Território cerebral anterior (D ou E)	0	0	1	0
Território cerebral posterior (D ou E)	0	0	1	0
Tronco cerebral	0	0	1	0
Cerebelo	0	0	1	0
Medula (cervical, torácica, lombar)	0	0	1	0
<b><u>Data e local evento</u></b>	1	1	0	1
<b><u>HPMA</u></b>				
Tempo internação	1	1	0	0
Procedimentos fase aguda (IOT, VM, TQT, SVD, SNE, GTT)	1	1	1	1
Tratamento clínico	1	1	1	1
Tratamento cirúrgico	1	1	1	1
Alteração nível de consciência	1	1	0	1
Complicações	0	0	1	0
Distúrbio motor	1	0	0	1
Distúrbio linguagem	1	1	0	1
Disfagia	1	1	1	1
Dor	1	0	0	1
Alterações visuais	1	0	0	1
Alterações urinárias	1	1	1	1

Alterações intestinais	1	1	1	1
Lesões de pressão	1	1	1	1
Distúrbio de sono	1	1	0	0
Alterações Humor	1	1	0	
Funcionalidade em ABVD / Rankin modificado	1	1	1	1
Órteses e outras OPM	1	1	1	1
Reabilitação	1	1	0	1

Tabela 11: Tabela comparativa formulários de reabilitação – Antecedentes pessoais, hábitos e tratamentos em uso

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Antecedentes pessoais</u></b>				
HAS, DM, DLP, outras doenças base, cirurgia	1	1	1	1
<b><u>Hábitos</u></b>				
Atuais	1	0	1	0
Remotos	1	0	1	0
<b><u>Antecedentes familiares</u></b>				
<b><u>Medicações em uso</u></b>	1	1	1	1
<b><u>Seguimentos médicos</u></b>	1	0	0	1
<b><u>Exames subsidiários</u></b>	1	1	1	1
<b><u>Exame físico</u></b>				

Tabela 12: Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame físico geral e exame das funções mentais globais

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Exame físico</u></b>				
Geral	1	0	1	1
<b><u>Postura</u></b>	1	1	0	1
<b><u>Funções corticais superiores</u></b>				
Orientação temporal	1	1	1	1
Orientação espacial	1	1	1	1
Memória imediata	1	1	0	1
Atenção e cálculo	1	1	1	1
Memória evocação	1	1	0	1
<b><u>Linguagem</u></b>				
Nomeação	1	1	1	1
Repetição	1	1	1	1
Fluência	1	1	1	1
Compreensão	1	1	1	1
Leitura e execução	1	1	1	1
Escrita	1	1	1	1
Negligência	1	0	0	1
<b><u>Revestimento cutâneo</u></b>				
Íntegro	1	1	1	1
Cicatrizado	1	1	1	1
Alterado	1	1	1	1

Tabela 13: Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame neurológico nervos cranianos e sensibilidade

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Exame Neurológico</u></b>				
<b><u>Pares cranianos</u></b>				
Óptico	1	0	1	1
Oculomotor	1	0	1	1
Troclear	1	0	1	1
abducente	1	0	1	1
Facial	1	0	1	1
glossofaríngeo e vago	1	0	1	1
hipoglosso	1	0	1	1
<b><u>Sensibilidade (normal, alterada)</u></b>				
Tátil	1	1	1	1
Dolorosa	1	1	1	1
Térmica	1	1	1	1
Vibratória	1	1	1	1

Tabela 14: Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame de motricidade apendicular tônus e reflexos

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Coordenação motora</u></b>	1	1	1	1
<b><u>Tônus muscular</u></b>				
flácido, espástico, distônico, sem alterações	1	1	1	1
Escala de Ashworth	0	0	1	1
<b><u>Clônus</u></b>				
(dedos, punho, patela, tibio-társica)	0	1	1	1
<b><u>Reflexos osteotendíneos</u></b> (abolidos, diminuídos, mantidos, aumentados)				
Bicipital (C5/6)	1	1	1	1
Estilorrádial (C5/6)	1	1	1	1
Tricipital ((C6/7/8)	1	1	1	1
Patelar (L3/4)	1	1	1	1
Calcâneo (L5/S1/S2)	1	1	1	1
<b><u>Reflexos superficiais (presente, ausente, não testado)</u></b>				
Hoffman	1	1	0	0
Cutâneo-plantar	1	1	1	1
Cutâneo-abdominal	0	0	1	0
Cremasteriano	0	0	1	0
Bulbo-cavernoso/clitor-anal	0	0	1	0
Anal	0	0	1	0

Tabela 15: Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame de motricidade apendicular força e amplitude de movimentos

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Função motora (escala força muscular)</u></b>				
Elevação ombro (C2-4)	1	1	1	1
Flexão ombro (C4)	1	1	1	1
Abdução ombro (C4)	1	1	1	1
Flexão cotovelo	1	1	1	1
Extensão punho	1	1	1	1
Extensão cotovelo	1	1	1	1
Flexão dedos	1	1	1	1
Abdução dedos	1	1	1	1
Adução coxa (L2-4)	1	1	1	1
Flexão coxa (L2)	1	1	1	1
Extensão joelho (L3)	1	1	1	1
Flexão dorsal T-T (L4)	1	1	1	1
Flexão joelho (L5)	1	1	1	1
Extensão hálux (L5)	1	1	1	1
Flexão plantar T-T (S1)	1	1	1	1
<b><u>Amplitude de movimento (com ou sem limitações)</u></b>				
Ombro	1	1	1	1
Cotovelo	1	1	1	1
Antebraço	1	1	1	1
Punho	1	1	1	1
Dedos	1	1	1	1
Quadril	1	1	1	1
Joelho	1	1	1	1
Pé	1	1	1	1

Tabela 16: Tabela comparativa formulários de reabilitação – exame de mobilidade funcional

	Lucy Montoro	Santa Casa de SP	Alcoitão	AACD
<b><u>Equilíbrio (preservado, alterado)</u></b>				
Sentado estático	1	1	1	1
Sentado dinâmico	1	1	1	1
Em pé estático	1	1	1	1
Em pé dinâmico	1	1	1	1
<b><u>Marcha</u></b>	1	1	1	1
acamado	0	0	1	0
CR independente	0	0	1	1
CR por 3° pessoa	0	0	1	1
marcha com ajuda	0	0	1	0
marcha independente com auxiliares	0	0	1	1
marcha sem auxiliares	0	0	1	1
Terapêutica	1	0	0	1
Comunitária	1	0	0	1
Domiciliar	1	0	0	1

#### 4.4 Resultados do desenvolvimento de formulários de registro do atendimento médico e multiprofissional para LEA

Fundamentados na irregularidade de preenchimento de instrumentos padronizados de avaliação pelos médicos e profissionais de reabilitação, propusemos a reestruturação dos formulários de atendimento com os seguintes princípios:

- Compartilhamento de informações
- Coleta de informações em campos estruturados
- Uso de questionários padronizados
- Classificação e registro das manobras terapêuticas
- Classificação e registro de orientações

- Controle da aprendizagem das orientações pelo paciente
- Controle da aprendizagem das orientações pelos cuidadores e familiares
- Registro de ajudas técnicas
- Classificação e registro de destinos após a alta

As primeiras versões dos formulários estão no final deste documento (Anexos de 1 a 7).

## 7 DISCUSSÃO

O registro do atendimento no prontuário eletrônico do sistema computacional do HCFMRP serviu para agilizar seu trânsito e disponibilizar informações clínicas de forma completa. Assim como nos registros em prontuários físicos, em papel, além da importância clínica, esses registros mantiveram sua validade médico-legal. Todavia, tais registros em campo livre não permitiram uma coleta padronizada das informações e a recuperação dessas informações para gerenciamento administrativo, clínico ou científico foi muito comprometida, uma vez que passou a exigir a consulta a cada um dos prontuários.

Em 2015, quando houve a proposta de formalizar os protocolos de atendimento multiprofissional do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, foi sugerida a criação de instrumentos de avaliação para todas as equipes multiprofissionais, inclusive a equipe médica, através de formulários de atendimento padronizados. Entretanto, nem todos os serviços multiprofissionais desenvolveram tais formulários, e aqueles que desenvolveram, como por exemplo a enfermagem, não tiveram tais instrumentos de avaliação incorporados às telas de registro dos atendimentos no Sistema HCFMRP, o que tornou a coleta sistemática dessas informações uma ação dependente da motivação e dedicação do profissional da equipe de reabilitação que precisaria consultar o protocolo e registrar essas informações nos campos livres do sistema computacional. O mesmo pode ser dito para as equipes de tratamento das grandes síndromes incapacitantes, com LEA, lesão medular, amputações e a equipe infantil. Diante desta realidade, o registro incompleto das avaliações realizadas pela equipe multidisciplinar, impossibilitou o acompanhamento da evolução dos pacientes no início e final do programa de reabilitação, não havendo uma coleta sistemática e automática de informações para composição de relatórios, além de não permitir o compartilhamento de tais informações entre a equipe multidisciplinar.

Não há como avaliar, no entanto, se esse aspecto de registros incompletos teve impacto na queda da efetividade e da eficiência dos atendimentos no CER, pois não

há uma medida comparativa prévia ou concomitante do atendimento documentado por outra rotina.

Hipoteticamente, o registro sistematizado e padronizado de informações permite a elaboração de relatórios com informações mais precisas da realidade, seja quanto a questões administrativas como clínicas. É fundamental que a unidade de saúde tenha a sua organização, administração e processos de trabalho documentados. Isto é importante para o gerenciamento da unidade e leva ao ganho de efetividade e ao ganho de eficiência. Desta forma, documentos mais simples com a descrição das rotinas são suficientes e podem ser organizados sob a forma de manuais ou instruções de trabalho. Essa documentação é importante para garantir a continuidade dos processos após a substituição ou inclusão de um novo funcionário, mas também para facilitar a identificação de etapas que devem ser monitoradas, através de marcadores de processo ou indicadores de resultados.

Um problema habitualmente relatado pelos pacientes e seus cuidadores por ocasião do início do programa de reabilitação é que a história clínica é repetida tantas vezes quanto o número de novos profissionais por quem o paciente é atendido. Assim, além do médico, o paciente que é assistido por três terapeutas e um enfermeiro, repete sua história outras quatro vezes. Além de ser desgastante para o paciente e seu cuidador, esse procedimento implica em dispêndio de tempo e desmotivação para o paciente, que se vê repetindo uma informação que pode ser rapidamente compartilhada por toda a equipe, com acréscimos específicos de cada profissional e investimento maior de tempo na intervenção terapêutica e orientações. Esta questão está relacionada ao processo de formação profissional, ou seja, todos os profissionais de saúde são formados e treinados nas disciplinas teóricas e práticas de semiologia que é importante obter uma história completa do paciente, o que é verdade, porém pouco produtivo na prática clínica em equipe multiprofissional.

Desta forma, os formulários propostos para cada um dos serviços profissionais - médico, enfermagem ou terapias - foram desenhados a partir deste estudo para não repetir as informações colhidas anteriormente por outros profissionais. Como o atendimento médico é a porta de entrada para o processo de reabilitação, coube a

esse profissional a incumbência de obter a história dos eventos mórbidos, tratamentos médicos, antecedentes, comorbidades e uma parte da avaliação funcional sobre a qual ele tem mais atuação, seja por meio de medicamentos, orientações ou procedimentos médicos. As fichas de avaliação de outros serviços profissionais aprofundaram aspectos da funcionalidade no qual haverá uma intervenção específica traduzindo a avaliação num aspecto pragmático da prática profissional.

Alguns instrumentos de avaliação, como a MIF, que é preenchida pelos profissionais de terapia ocupacional, apresenta aspectos da funcionalidade que eram preenchidos por vários membros da equipe multiprofissional: a questão de transferências e locomoção pela fisioterapia, os cuidados com as eliminações fisiológicas pela enfermagem. Por outro lado, a dimensão de avaliação 'independência para a realização das atividades' era repetida em outros instrumentos de avaliação, como por exemplo no Índice de Barthel, aplicado pelo serviço de enfermagem e com propriedades psicométricas sobrepostas à MIF motora. Estas observações apontam para uma necessidade de uma nova fase de refino na seleção dos instrumentos padronizados de avaliação ou na distribuição de itens desses instrumentos para cada personagem da equipe multiprofissional.

Outras limitações percebidas nos registros dos prontuários eletrônicos foram a ausência de objetivos explícitos desde o início do programa de reabilitação, a falta de descrição das intervenções terapêuticas, falta de metas quantitativas ou qualitativas ou coleta sistemática de medidas.

A definição de objetivos terapêuticos pode esbarrar em generalizações do tipo 'melhorar a funcionalidade', que dizem muito pouco, ou afunilamentos pouco mais direcionados como 'melhora da capacidade de locomoção', 'semi-dependência para atividades de vida diária'. Este tipo de objetivo permite intervenções desfocadas e pouco esforço na definição de metas quantitativas ou qualitativas precisas. Conforme explicado previamente sobre o ciclo da reabilitação, a definição de objetivos claros e factíveis permite a evolução progressivamente mais complexa aos objetivos gerais, de uma forma que é possível graduar e acompanhar.

Nesse sentido, a medida GAS (*Goal Attainment Scale*), cuja tradução livre para o português seria Escala de Aquisição de Objetivos, vem ao encontro dessa demanda. Em reabilitação, os objetivos funcionais desejados com as medidas terapêuticas são muito variados, podendo relacionar-se a locomoção, motricidade, controle da dor, desempenho cognitivo. O uso de instrumentos de medida voltados à independência funcional predomina desde os anos 1980, mas deixa questões relacionadas a destreza, velocidade de realização, ou aspectos cognitivos em segundo plano. Para ser usada para diferentes objetivos, essa escala pontua o indivíduo como -1, quando o problema a ser resolvido não é total, e -2 quando o problema é total (exemplo de problemas totais são dor avaliada como EVA = 10 ou uma pessoa que não anda). Segundo a GAS, a equipe ou o profissional de saúde devem estabelecer intervalos de resultados do tratamento (ainda nos exemplos anteriores, os objetivos podem ser reduzir a dor pela EVA para um nível entre 2 e 4). Ao final do período terapêutico, ao final do ciclo de reabilitação, a reavaliação do nível de dor pode informar que o indivíduo está com EVA = 0, ou seja, muito melhor que o planejado, nesse caso sua pontuação final será +2. Se a dor estiver no patamar EVA = 1, ele será pontuado com +1, indicando que está um pouco melhor que o esperado. Se a dor estiver no nível EVA = 3, portanto dentro do intervalo desejado, a pontuação é 0 (zero). Porém se os resultados foram aquém do esperado,  $EVA > 4$ , então a pontuação será -1, e se houver piora da dor, a pontuação será -2.

Um achado fortuito deste estudo foi a constatação de que pouco se obtém a partir dos registros das sessões terapêuticas em todos os serviços profissionais, exceto enfermagem. De forma geral, assim como comentado a 2 parágrafos acima que os objetivos terapêuticos são pouco específicos, o mesmo ocorre quanto à descrição das intervenções, onde, por exemplo, o 'fortalecimento de membros' pode estar registrado, mas nunca com qual carga ou número de repetições. O 'treino de atividades de vida diária' não especifica qual atividade ou qual nível de sucesso o paciente teve com a atividade. Desta forma, a leitura dessas anotações por outro profissional da equipe não traz informações suficientes para formar um quadro da evolução do paciente. Além disso, pode-se questionar como o próprio profissional pode recordar-se da evolução do paciente. Isso pode ser um problema maior ainda quando se pensa na reabilitação com a participação dos alunos de graduação, que

mudam de estágio a cada 6 semanas e deveriam deixar informações completas para o colega que assumirá o caso.

Para o caso específico do serviço de enfermagem de reabilitação, as intervenções terapêuticas são devidamente documentadas quanto ao dia em que foram realizadas, e o tipo de cuidados ou o tipo de orientação, assim há um controle preciso e fidedigno dos cuidados oferecidos.

Uma das intervenções mais potentes em reabilitação é a informação. Por meio de orientações, os pacientes e seus cuidadores podem entender a doença que deu base à deficiência, os aspectos clínicos e funcionais resultantes e aderir de forma mais efetiva à reabilitação. Todavia, há um intervalo de dimensão variável entre a informação passada pelo profissional de saúde e o quanto é incorporado pelo paciente e pelos seus cuidadores/familiares. O nível educacional e a capacidade de abstração de cada um desses personagens podem dificultar a comunicação, assim como ideias preconcebidas sobre a doença, os objetivos de reabilitação e o tratamento. Não é habitual registrar-se o nível de compreensão das orientações passadas pela equipe multiprofissional, o que pode estar relacionado a dificuldade de adesão de famílias e pacientes à proposta do serviço de reabilitação.

Para a verificação do uso e preenchimento dos formulários de toda a equipe multiprofissional de reabilitação, foram coletados dados dos pacientes atendidos nos anos de 2017, 2018 e 2019 do CER HCFMRP, compartilhados pela equipe multiprofissional numa planilha eletrônica na plataforma Google Drive. Porém ao realizar o levantamento de tais dados, foi observado o preenchimento incompleto dos formulários desses anos, relacionados aos seguintes motivos:

- Falta de comprometimento do profissional responsável pelo atendimento. Os profissionais muitas vezes não compreendem a importância dos dados, que podem ser utilizados para qualificar e instrumentalizar o planejamento da assistência, além de facilitar a comunicação entre os membros da equipe e auxiliar nas discussões de casos nas reuniões de equipe.

- Falta de treinamento profissional. O treinamento profissional é um componente chave para motivar os funcionários e para eliminar problemas, como baixa produtividade e baixa qualidade no trabalho. A produtividade e qualidade são nitidamente menores quando os funcionários não estão preparados o suficiente para desempenhar as suas funções. Este despreparo naturalmente leva a uma maior incidência de erros, como avaliações incompletas e preenchimento incorreto dos formulários

- Turnover de funcionários (substituição de funcionários mais antigos por funcionários mais jovens). Esse processo demanda tempo dos supervisores durante o período de integração e treinamento do novo profissional para a realização do seu serviço. Quando o turnover é frequente provoca uma rotatividade constante da equipe, o que gera impacto na qualidade do trabalho realizado.

- Ausência de uma plataforma online. A criação de um ambiente virtual permitiria trocas de informações, interação e disponibilização de materiais de estudo entre os profissionais da equipe multiprofissional, facilitando a comunicação, melhorando o aprendizado e a qualidade do serviço prestado aos pacientes no Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

- Tempo curto para preenchimento dos formulários. Na maioria das vezes, os profissionais dispõem de um curto período de tempo para o atendimento dos pacientes, devido a grande demanda do serviço. As consultas multiprofissionais são então realizadas com pressa e com falta de atenção pelo funcionário, resultando em avaliações incompletas dos pacientes e preenchimento incorreto dos formulários.

- Preenchimento dos formulários feito por alunos. Por se tratar de um hospital escola, muitos atendimentos realizados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto são acompanhados por alunos da graduação, que auxiliam nos preenchimentos dos formulários e nos registros das informações clínicas. A inexperiência, aliada a falta de supervisão dos preceptores resultam no preenchimento incompleto dos dados dos questionários.

- Insegurança para realizar o registro das informações. Quando se trabalha com demandas de saúde, os profissionais necessitam tomar decisões com responsabilidade e respeito pelos outros, e as dúvidas em relação às avaliações dos pacientes que podem surgir durante os atendimentos clínicos, faz com que muitos profissionais omitam informações importantes, não registrando-as nos formulários.

- Pacientes que não se enquadram nos dados dos formulários. Os questionários são formulados visando incluir a maioria das avaliações e indagações possíveis dentro de um determinado tema, a fim de abranger a maior parte de pacientes possíveis. Entretanto, existem pacientes que não se enquadram em determinados dados dos formulários, ficando o registro de tais informações ausentes.

- Falhas técnicas do sistema. Os atendimentos clínicos de pacientes no HCFMRP são realizados com auxílio de computadores. Muitas vezes o sistema computacional não opera apropriadamente, ocorrendo interrupção no seu serviço, com perda de dados e informações. Quedas de energia também prejudicam os atendimentos que são então realizados de maneira manual, sendo algumas informações não questionadas por não serem lembradas.

- Omissão de informações pelos pacientes. Alguns pacientes omitem informações clínicas importantes por não serem queixas ativas ou espontâneas, ou por não serem interrogadas pelo profissional durante o atendimento.

Diante dessa realidade, neste estudo foram criados novos formulários de atendimento médico e multiprofissional, seguindo instrumentos de avaliação propostos pela equipe médica e multiprofissional no atendimento de reabilitação das lesões encefálicas adquiridas, que abrangem uma avaliação menos repetitiva para o paciente e mais focada por cada área de atuação, a fim de definir diagnósticos funcionais por área (profissional) e especificar condutas terapêuticas.

Dentre as vantagens dos novos formulários podemos citar:

- Padronização da coleta de dados, importante na tomada de decisões e análise da evolução do paciente. Trabalhar com registros de informações padronizadas, que preveem o acompanhamento da evolução do paciente, aumenta a eficiência do trabalho de equipe.
- Motivação externa ao profissional de saúde para o registro completo das informações colhidas. Os novos formulários aumentam a produtividade dos profissionais de saúde, ao direcionar a coleta de dados para aspectos importantes da história clínica do paciente, otimizando a segurança para o registro de informações, além de otimizar o tempo da consulta e reduzir horas extras de trabalho.
- Uso regular de instrumentos de avaliação validados. Por exemplo, a MIF que é um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais, que avalia de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária, sendo válido e útil na reabilitação ambulatorial para seguimento clínico.
- Obtenção de dados para a tomada de decisões administrativas. Os dados coletados através dos novos formulários irão mostrar a evolução do paciente e seus ganhos funcionais com a reabilitação, permitindo que a equipe multiprofissional tome decisões como manter o paciente no programa de reabilitação, sendo traçados novos objetivos funcionais para o paciente, ou decidir pela alta do programa.
- Coleta regular de informações para estudos científicos. Uma das fases mais importantes em uma pesquisa é a coleta de dados, que será otimizada com os novos formulários, evitando coletas de informações insuficientes.
- Elaboração de novas condutas assistenciais, que permitirão direcionar o trabalho da equipe de reabilitação e registrar os cuidados na resolução ou prevenção de um problema do paciente.

- Coletar informações sobre:
  - sintomas
  - sinais clínicos
  - condutas: medicamentos, terapia, instrumentos, procedimentos
  - orientações
  - checagem de entendimento das orientações pelos pacientes e cuidadores
  
- Os novos formulários também passarão a classificar a origem do paciente e o destino após o tratamento, dando mais informação sobre o fluxo do paciente antes e depois do trajeto pelo CER

Alguns problemas identificados neste estudo ainda não foram contornados. Vale destacar a ausência de um formulário de registro de informações para a reunião de equipe multiprofissional de reabilitação no qual estejam registrados, para cada serviço, a data de início do atendimento, o perfil funcional inicial, objetivos funcionais específicos, preferencialmente descritos na linguagem da escala GAS, o número de sessões terapêuticas decorrido desde o início do atendimento ou a última discussão do caso, o nível de aquisição dos objetivos e fatores que interferiram positiva ou negativamente. Por fim, esse formulário deve conter a decisão a respeito da continuidade ou não do tratamento e o destino do paciente, se for decidida a alta. Outro formulário que não foi trabalhado é o relatório de alta, informando as intervenções usadas e a evolução que o paciente possa ter apresentado, ou não, ao longo do período de reabilitação, os motivos da decisão pela alta e as recomendações para continuidade de cuidados. Por fim, uma informação administrativa que o formulário de alta pode conter é o local para onde o paciente foi contra-referenciado (unidade básica de saúde, ambulatório de especialidades, instituição de longa permanência, cuidados domiciliares etc).

## **6 CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu o desenvolvimento de formulários de registro das observações, intervenções e resultados do tratamento de reabilitação dos pacientes com LEA no CER, e marca o início do estudo quantitativo do fluxo desses pacientes no HCFMRP, indicando sua origem, permanência e destino. Os formulários foram desenvolvidos através de um estudo comparativo internacional e viabilizarão o compartilhamento de informações clínicas pela equipe multiprofissional de reabilitação, podendo ser incorporados às telas do sistema computacional no futuro para guiar o profissional durante o atendimento e permitir o registro completo das informações clinico-funcionais e de pesquisas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, S. S. E.; CALDAS, C. P. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: um estudo correlacional entre idosas praticantes e idosas não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 4, p. 324-330, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552008000400012>.

ADAMS, R. D.; VICTOR, M.; ROPPER, A. H. Doenças vasculares cerebrais. *In*: ADAMS, R. D.; VICTOR, M.; ROPPER, A. H. **Neurologia**. 6. ed. Santiago do Chile: McGraw-Hill, 1998. p. 513-75.

ALVES, C. O. **Estresse, qualidade de vida e percepção de suporte familiar em porteiros**. 2008. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2008.

AMENDOLA, F. **Qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos pelo Programa Saúde da Família do Município de São Paulo**. 2007. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

APÓSTOLO, J. L. A. **Instrumentos para avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem, 2012.

AZEVEDO, J. M. R. **O serviço de triagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás: promovendo o acolhimento e a reorganização institucional**. 2004. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2004.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-9, jan.- mar., 2007.

BADRIAH, F. A. T.; MIYAMOTO, H.; MORIYA, M.; BABAZONO, A.; HAGIHA-RA, A. Interaction effects between rehabilitation and discharge destination on inpatients' functional abilities. **J Rehabil Res Dev.**, v. 50, n. 6, p. 821-34, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2012.08.0153>.

BARROSO, R. B.; AMARAL, T. C. N. **Estudo sobre a relação entre memória episódica e capacidade funcional no processo de envelhecimento saudável**. 2013. TCC (Bacharel em Fisioterapia). Faculdade de Fisioterapia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/facfisio/files/2013/09/TCC-Ralf-e-Thamara.pdf>. Acesso em 12 jan. 2021.

BENNETT, S.; CHANFREAU, C. Approaches to rationing antiretroviral treatment: ethical and equity implications. **Bull World Health Organ.**, Geneva, v. 83, n. 7, p. 541-47, jul., 2005.

BIAZIOLO, C. F. B. Escala de autoconfiança para a realização do cateterismo urinário intermitente: construção e validação de instrumento. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

BORG, E. Perinatal asphyxia, hypoxia, ischemia and hearing loss: an overview. **Scandinavian Audiology**, United Kingdom, v. 26, n. 2, p. 77-91, feb., 1997.

BORGNETH, L. Considerações sobre o processo de reabilitação. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v.11, n. 2, p. 55-59, 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102476/100788>. Acesso em: 03 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Constipação intestinal no câncer avançado**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2009. 36 p. (Série Cuidados Paliativos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 72 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 132 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_traumatisco\\_cranioencefalico.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatisco_cranioencefalico.pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.

BRITO, R. G. *et al.* Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Revista Neurociências**, Aracaju, v. 21, n. 4, p. 593-99, 2013. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2104/revisao/850revisao.pdf>. Acesso em 10 jan. 2021.

BROWN, R. D.; WHISNANT, J. P.; SICKS, J. D.; O'FALLON, W. M.; WIEBERS, D. O. Stroke incidence, prevalence, and survival: secular trends in Rochester, Minnesota, through 1989. **Stroke**, v. 27, n.3, p.373-80, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8610298>. Acesso em: 03 abril 2020.

CAMÊLO, H. K. S; SANTOS JÚNIOR, F. F. U. Perfil de indivíduos com acidente vascular encefálico atendidos em uma clínica de fisioterapia de Fortaleza. **Revista dos cursos da área de saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 22, p. 33-37, 2012. Disponível em: <http://www.publicaestaciofic.com.br/revistas/index.php/CORPVS/article/viewFile/74>. Acesso em: 03 abril 2020.

CANCELA, D. M. O acidente vascular cerebral classificação, principais consequências e reabilitação. **Psicologia**, Porto, 2008. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>. Acesso em: 03 abril 2020.

CARVALHO, V. A. Addenbrooke' s Cognitive Examination-Revised (ACE-R) : adaptação transcultural, dados normativos de idosos cognitivamente saudáveis e de aplicabilidade como instrumento de avaliação cognitiva breve para pacientes com doença de heimer provável leve. 2009. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://doi.10.11606/D.5.2009.tde-09122009-153803>. Acesso em: 06 jan. 2021.

CENTRO de REABILITAÇÃO do HCFMRP-USP - CER. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/cer>. Acesso em 17 abr. 2019.

CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 372-82, 2000. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>. Acesso em: 03 abril 2020.

CHEN J. J.; YANG RK. The Future of UIHC Rehabilitation Services: defining and measuring quality rehabilitation services. **Iowa Orthop Journal**, v. 29, p. 139–142, 2009.

CIEZA, A. *et al.* Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, suppl. 44., p. 9-11, jul., 2004.

CÂMARA, F. M., *et al.* Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. **Acta Fisiátrica**. 2008. p.249-256.

COSTA, A. G. S. *et al.* Instrumentos utilizados no Brasil para avaliação da mobilidade física como fator preditor de quedas em adultos. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 2, p. 401-407, 2011. Disponível em: <http://doi:10.4025/cienccuidsaude.v10i2.12085>. Acesso em: 06 jan 2021.

COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A.; ROCHA, V. M. Estudo neurológico e cognição de pacientes pós acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, out.,2011.

CRARY, M. A.; MANN, G. D. C.; GROHER, M. E. Initial Psychometric Assessment of a Functional Oral Intake Scale for Dysphagia in Stroke Patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 86, n. 8, p. 1516-20, 2005. Disponível em: <http://doi:10.1016/j.apmr.2004.11.049>. Acesso em : 18 jan. 2021.

CURY, A. **Organização e métodos**: uma visão holística. São Paulo: Atlas, 2010.

D'ASCENÇÃO, L. C. M. **Organização, sistemas e métodos**. São Paulo: Atlas, 2001.

DIAS, C. J. S. B. S. **Functional Oral Intake Scale (FOIS):contributo para a validação cultural e linguística para o português Europeu**. 2015. Dissertação (Mestrado Terapia da Fala). Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Lisboa, 2015. Disponível em:

<http://comum.rcaap.pt/bitstream/clauidia/dias>. Acesso em 15 jan. 2021.

FALCAO, I. V.; CARVALHO, E. M. F.; BARRETO, K. M. L.; LESSA, F. J. D.; LEITE, V. M. M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Unico de Saúde. **Rev Bras Saúde Mater Infant.**, v. 4, n. 1, p. 95-101, 2004. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100009>.

FLECK, M.P.A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em 10 jan. 2021.

FIGUEIREDO, M.M.; BICHUETTI, D.B.; GOIS, A.F.T. Evidências sobre o diagnóstico e tratamento do acidente vascular encefálico no serviço de urgência. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 17, n. 4, p.167-72, 2012.

FONSECA, F. B.; RIZZOTTO, M. L. F. Construção de instrumento para Avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 365-73, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200020>.

GAGLIARDI, R. J. Prevenção primária da doença cerebrovascular. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015. Disponível em: <http://www.apm.org.br/imagens/Pdfs/revista-145.pdf#page=8>. Acesso em: 03 abril 2020.

GAGLIARDI, R. J. Prevenção primária da doença cerebrovascular. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015.

GOH, H. T. *et al.* Social participation determines quality of life among urban-dwelling older adults with stroke in a developing country. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, v. 42, n. 4, oct./ dec., 2019. Disponível em: <http://doi:10.1519/jpt.000000000000196>. Acesso em: 05 jan. 2021.

GOLDSTEIN, L. B.; ADAMS, R.; ALBERTS, M. J.; APPEL, L. J.; BRASS, L. M.; BUSHNELL, C. D. *et al.* Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. **Stroke**, v. 37, n. 6, p.1583-633, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16675728>. Acesso em: 03 abril 2020.

GOLDSTEIN L.B; ADAMS, R.; ALBERTS M. J. *et al.* Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. **Stroke**. v. 37, n. 6, jun., p. 1583-633, 2006.

GOMES G. C. **Tradução, adaptação transcultural e exame das propriedades de medida a Escala "Performance - Oriented Mobility Assessment" (POMA) para uma amostra de idosos institucionalizados.** 2003. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/253622>. Acesso em: 15 jun 2011.

GOODMAN, J. C. Patophysiology: mild and moderate brain injuries. *In*: MARION, D. W. (ed.). **Traumatic brain injury**. New York: Thieme, 1999. p. 143-54.

GOUVEIA, P. A. R. *et al.* Metodologia em reabilitação neuropsicológica de pacientes com lesão cerebral adquirida. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 295-9, 2001.

GUZZETTA, A; MERCURI, E; CIONI, G. Visual disorders in children with brain lesions: visual impairment associated with cerebral palsy. **European Journal of Paediatric Neurology**, London, v. 5, n. 3, p. 115-19, may, 2001.

HSIEH, C.L.; HSUEH, I.P.; MAO, H.F. Validity and responsiveness of the rivermead mobility index in stroke patients. *Scand J Rehabil Med*, v. 32, n.3, p. 140-2, 2000. Disponível em: <http://doi: 10.1080/003655000750045497>. Acesso em: 10 jan. 2021.

HUNDOZI-HYSENAJ, H.; BOSHNJAKU-DALLKU, I. Epilepsy in children with cerebral palsy. **Journal of Pediatric Neurology**, London, v. 6, n. 1, p. 43-46, 2008.

JANSEN, R.C. *et al.* A escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.73, n.6, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. Acesso em 09 jan. 2021.

KEOGH, J. M; BADAWI, N. The origins of cerebral palsy. **Current Opinion in Neurology**, London, v. 19, n. 2, p. 129-134, 2006.

LANDRY, M. D. *et al.* Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: A health-policy perspective. **Disability and Rehabilitation**, v. 30, n. 24, p. 1837 - 47, 2008.

LAVIN, D.; HAVEY, D; McGEE, H. M; HARPE, D; KIERNAN, M; SHELLEY, E. Cardiac rehabilitation services in Ireland: the impact of a coordinated national development strategy. **Irish Journal of Medical Science**, v. 174, n. 4, p.33-8, oct.- dec., 2005.

LAWTON, M. P., BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEAL, A. F. Triagem de pacientes para implante coclear através do questionário on-line. Perfil do grupo de pacientes pré e perilinguais não convocados. **Arq. Int. Otorrinolaring**, São Paulo, v. 14, n. 2, abr.-jun., 2010.

LIMA, A. C. M. A. C. C. *et al.* Diagnóstico de enfermagem em pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, jul-ago., 2016.

LIPORACI, F. M., MOURANI, M. M., RIBERTO, M. The myofascial component of the pain in the shoulder of hemiplegic patients. **Clinics (Sao Paulo)**. 2019;74:e905. doi: 10.6061/clinics/2019/e905. Epub 2019 Apr 29.

LLOYD-JONES, D; ADAMS R. J.; BROWN, T. M. *et al.* Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 121, n. 7, e46-e215, 2010.

LOPES, M. I. R. **Validação para língua portuguesa da escala de graduação do paciente com hidrocefalia de pressão normal**. 2013. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MALUF, T. P. G.. **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentavam grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos**. 2002. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2002.

MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* **Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G. R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.3, p. 583-589, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021>. Acesso em 17 jan. 2021.

MENON, D. K. *et al.* Position statement: definition of traumatic brain injury. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation., **Philadelphia**, v. 91, n. 11, p. 1637-1640, 2010.

MILLER, G; CLARK, G. D. The Cerebral palsies: causes, consequences, and management. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 339, p. 1484, nov., 1998.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>. Acesso em 15 jan. 2021.

MUTCH, L. *et al.* Cerebral palsy epidemiology: where are we now and where are we going? **Developmental Medicine & Child Neurology**, London, v. 34, n. 6, p. 547–551, 1992.

NELSON, K. B. The epidemiology of cerebral palsy in term infants. **Mental Retardation Development Disabilities Research Reviews**, Baltimore, v. 8, n. 3, p. 146–150, 2002.

NETTINA, S. M. **Brunner**: prática de enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NEWMAN, C; O'REGAN, M; HENSEY, O. Sleep disorders in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, London, v. 48, n. 7, p. 564–568, 2006.

NICOLINI-PANISSON, R. A.; DONADIO, M. V. F. Teste Timed "Up & Go" em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 377-383, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000300016>. Acesso em: 15 jan. 2021.

ODDING, E; ROEBROECK, M. E; STAM, H. J. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. **Disability Rehabilitation**, London, v. 28, n. 4, p. 183-191, 2006.

OLIVEIRA, S. K. P. *et al.* Pacientes com hipertensão arterial vítimas de acidente vascular encefálico: fatores de risco não-modificáveis e modificáveis. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 16, 2011 - Ciência da Enfermagem em Tempos de Interdisciplinaridade, Campo Grande, 2011. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/16senpe/senpe-trabalhos/files/0314.pdf>. Acesso em: 03 abril 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF - CJ: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens. São Paulo: EDUSP, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade [Internet]. Brasília: OPAS/OMS; 2004. 238 p.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa.

**Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. esp., 1999. Disponível em:

[www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf). Acesso em 08 jan. 2021.

PAVAN, K. *et al.* Adaptação transcultural e validação do instrumento *Rivermead Mobility Index* para pessoas com acidente vascular cerebral no contexto cultural brasileiro e português brasileiro. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n.1, fev. 2010. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2010000100012>. Acesso em: 07 jan. 2021.

QUEIRÓS, A. *et al.* Contributo para a Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale (FOIS). **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**, Aveiro, v. 24, n. 2, 2013.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25759/spmfr.108>. Acesso em 18 jan. 2021.

RAFII, M. S.; HILLIS, A. E. Compendium of cerebrovascular diseases. **Int Rev Psychiatry**, v.18, n. 5, p. 395-407, 2006.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09540260600935405>.

RAUCH, A.; CIEZA, A.; STUCKI G. How to apply the ICF for rehabilitation management in clinical practice. **Eur J Phys Rehabil Med.**, v. 44, n. 3, p. 329-42, Sep., 2008.

RIBEIRO, A. P; BARTER, E. A. C. P. Atendimento de reabilitação à pessoa idosa vítima de acidentes e violência em distintas regiões do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2729-2740, set. 2010.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 64, n. 5, p. 938-946, 2011.

RIBERTO, M. *et al.* Sobre o processo de triagem em centro de reabilitação. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.130-133, 2010.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiatr, São Paulo**, v.11, n. 2, 2004. Disponível em:

<http://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>. Acesso em 08 jan. 2021.

ROSENBAUM, P. *et al.* A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v. 109, p. 8-14, fev. 2007.

SANTOS, M. R. F. *et al.* Síndrome antifosfolípide: uma causa de neuropatia periférica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 281-285, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n4/a07v47n4.pdf> Acesso em: 03 abril 2020.

SCHIARITI, V.; SELB, M.; CIEZA, A.; O'DONELL M. International Classification of Functioning, Disability and Health *Core Sets* for children and youth with CP: contributions to clinical practice. **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v. 57, n. 2, p. 20-34, 2015.

SCHMIDT, F. M. Q. **Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em adultos no município de Londrina, Paraná, Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em <http://doi.1011606/D.7.2012.tde-28082014-144608>. Acesso em : 17 jan. 2021.

SERPA, L. F. *et al.* Validade preditiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n.1, p. 50-57, 2011. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100008>. Acesso em: 15 jan. 2021.

SHAW, T. *et al.* Training patterns and sports injuries in triathletes. **J Sci. Med Sport.**, v. 7, n. 4, p. 446-450, 2004.

SIGURDARDOTTIR, S; VIK, T. Speech, expressive language, and verbal cognition of preschool children with cerebral palsy in Iceland. **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v. 53, n. 1, p.74-80, 2011.

SILVA, A. *et al.* Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-93, 2008. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1517-86922008000200001>. Acesso em: 13 jan. 2021.

SILVA, R. G. *et al.* Protocolo para controle da eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (Procedon). **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2010. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1516-18462010000100010>. Acesso em 15 jan.2021

SINGHI, P.; JAGIRDAR, S., KHANDELWAL, N.; MALHI, P. Epilepsy in children with cerebral palsy. **Journal of Child Neurology**, New York, v. 18, n. 3, p.174-179, 2003.

SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner&Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. v. 4.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner&Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TIEMAN, B. L; PALISANO, R. J; GRACELY, E. J; ROSENBAUM, P. L. Gross motor capability and performance of mobility in children with cerebral palsy: a comparison across home, school and outdoors/ community settings. **Physical Therapy**, Washington, v. 84, n. 5, p.419-29, 2004.

TURNER-STOKES, L.; HASSAN, N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis, frequency and impact . **Clinical Rehabilitation**, v. 16, p. 231–247, 2002. Disponível em: <http://doi.10.1191/0269215502cr487oa>. Acesso em 14 jan. 2021.

VIEIRA, R. C. A., *et al.* Qualidade de vida das vítimas de trauma cranioencefálico seis meses após o trauma. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, jul.-ago., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; CENTRE FOR THE FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS. ICF Research Branch. Disponível em: <http://www.icf-research-branch.org>. Acesso em: 15 mar. 2015

ZARCO, L. A.; GONZÁLEZ, F.; ORAL CASAS, J. Tratamiento actual del ataque cerebrovascular isquémico (ACV) agudo. **Univ Méd Bogotá**, v. 49, n. 4, p. 467-98, 2008.

ZIANI, M. M.; CASTRO, A. A. M.; LARA, S. Prevalência de constipação intestinal em estudantes da área da saúde. **Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 201-208, 2015.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### **Formulário Médico Reabilitação Lesão Encefálica Estável – Caso Novo**

##### **Identificação:**

RGHC: (alfanumérico)

Nome:

Idade: (anos completos)

Procedência atual:

- Ribeirão Preto
- Outra cidade (descrever)

Acompanhantes:

Nome e Grau de parentesco

Especificar o cuidador principal

Serviço de origem do encaminhamento:

- HCRP: qual clínica?
- UE: qual clínica?
- HEAB
- CIR
- DRS13 / CROSS

##### **Resumo do Caso**

- Data de instalação da deficiência
- Tipo de lesão:
  - AVC
    - Hemorrágico
    - intraparenquimatoso, subaracnoide, ventricular
    - Isquêmico
    - Outro
  - TCE
    - aberto
    - fechado
  - Tumor
  - Pós-operatório
- Duração de internação inicial:
  - (local)
  - Data inicial, data final - cálculo de dias
- Duração de internação sequencial:
  - (local)
  - (Não) Data inicial,
  - data final - cálculo de dias
- Tratamento agudo
  - trombólise

- trombectomia
- observação clínica
- craniectomia descompressiva
- drenagem
- derivação
- Outros
- Tratamento de reabilitação desde a lesão inicial
  - Fisioterapia
  - Fonoterapia
  - Terapia ocupacional
  - Outros
- Evolução funcional desde a instalação da incapacidade
  - Consciência e cognição (melhor) (pior) (inalterada) descrever
  - Força e mobilidade (melhor) (pior) (inalterada) descrever
  - Sensibilidade e dor (melhor) (pior) (inalterada) descrever
  - Deglutição e fala (melhor) (pior) (inalterada) descrever
- Comorbidades e antecedentes
  - Diabetes: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
  - Hipertensão arterial: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
  - Dislipidemia: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
  - Cardiopatia: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
  - Cirurgias (Sim) (Não) (descrever)
  - Outros: descrever
- Antecedentes familiares
  - (Sim) (Não) descrever:
- Medicamentos em uso atual
  - (Sim) (Não) descrever:

## **HPMA:**

### **Evento neurológico com data:**

- Vascular:
  - AVC h, AVC i; descrever o território, tratamento agudo: trombólise (farmacológica, mecânica), craniectomia, derivação
  - Aneurisma: roto, operado, embolizado; descrever o território;
- Traumática:
  - TCE aberto, fechado, hemorragia intraparenquimatosa (descrever o território), tratamento drenagem, derivação
- Tumores neurológicos: (especificar o tumor e localização)
- Pós-operatório NEC: (especificar o motivo e localização)

### **Complicações da fase aguda:**

- Infecções:
- Vasculares/hematológicas:
- Hidroeletrólíticas / metabólicas:
- Permanência em UTI \_\_\_\_ (dias)
- Permanência em enfermaria \_\_\_\_ (dias)

- Data do evento: dd/mm/aa
- Data da primeira alta: dd/mm/aa

**Sequelas no período inicial:**

- Motoras:
- Deglutição:
- Linguagem:
- Cognitivas:
- Dor:
- Convulsões:

**Interrogatório sobre diversos aparelhos:**

- descrever

**Antecedentes pessoais**

- Diabetes: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
- Hipertensão arterial: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
- Dislipidemia: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
- Cardiopatia: (Sim) (Não) (descrever o tratamento)
- Cirurgias (Sim) (Não) (descrever)
- Outros: descrever

**Hábitos**

- Tabagismo
- Consumo de álcool
- uso de drogas
- prática de exercícios
- Outros: (descrever)

**Medicamentos em uso**

- nome, dose, posologia

**Evolução Funcional**

Dominância: Destro, Canhoto

**Reabilitação realizada desde a alta hospitalar:**

- Local: Domiciliar, UBS, clínicas particulares, clínicas convênio, centros de reabilitação
- Fisioterapia: sim / não (período de realização e frequência semanal)
- Terapia Ocupacional: sim/ não (período de realização e frequência semanal)
- Fonoterapia: sim / não (período de realização e frequência semanal)
- Psicologia: sim / não (período de realização e frequência semanal)
- Outras atividades: hidroginástica? Pilates? Etc

**Funcionalidade no momento da consulta:**

- Atividades básicas de vida diária

- Higiene: independente, parcialmente dependente, dependente
- Vestuário: independente, parcialmente dependente, dependente
- Alimentação: independente, parcialmente dependente, dependente
- Escala Rankin Modificada
  - 0 assintomática
  - 1 nenhuma incapacidade significativa: faz todas as atividades habituais
  - 2 incapacidade leve: incapaz de fazer as atividades habituais, porém é independente para os cuidados pessoais
  - 3 incapacidade moderada: requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
  - 4 incapacidade moderada a grave: necessita de assistência para caminhar e para atender às próprias necessidades fisiológicas
  - 5 incapacidade grave: confinado à cama, requerendo cuidado e atenção constante de enfermagem
- Classificação funcional da marcha - modificada:
  - marcha não funcional / terapêutica
  - marcha domiciliar
  - marcha nas cercanias da casa ou vizinhança
  - marcha comunitária
  - marcha normal
- Locomoção (assinalar a forma mais habitual de locomoção):
  - Marcha independente
  - Marcha dependente de auxílio de terceiros
  - Cadeira de rodas independente
  - Cadeira de rodas dependente de terceiros
  - Acamado
- Transferências:
  - Independente
  - Dependente (descrever o número de pessoas e situações)
  - Guindastes para transferência (Sim) (Não)
- Tecnologia para mobilidade:
  - Órteses: suropodálica, outra (descrever)
  - Bengalas, muletas, andador, outros (descrever)
  - Cadeira de rodas:
    - Manual, motorizada
    - Própria, emprestada, alugada
    - Postura sentado em CR: adequada, inadequada (descrever)
  - Cadeira de banho:
    - Rodas pequenas, grandes
    - Própria, emprestada, alugada
    - Postura sentado em CR: adequada, inadequada (descrever)

**Dor:**

- Queixas dolorosas prévias à deficiência: (descrever)
- Queixas dolorosas atuais
  - Topografia/irradiação:
    - Membro superior Direito Esquerdo
    - Membro inferior Direito Esquerdo
    - Todo hemicorpo Direito Esquerdo
    - Cabeça
    - Coluna lombar
    - Coluna cervical
- Tipo de dor:
  - Choque, queimação, peso, ardor, outro
- Fatores de piora:
  - Movimento, clima, estresse, piora espontânea sem fatores claros de piora
- Fatores de melhora:
  - Repouso, manobras de posicionamento, melhora sozinho
- Medicamentos em uso ou já utilizados e efeitos (descrever)
- Procedimentos já realizados e efeitos (descrever)

**Alimentação**

- Oral
  - Disfagia: líquidos, sólidos, voz molhada, tosse ao engolir, rouquidão, redução das porções, sialorréia, posições que desencadeiam ou diminuem a disfagia (descrever)
  - Dieta habitual: componentes mais comuns, necessidade de processamento
- Sonda nasoenteral ( )
- Gastrostomia ( )

**Hábito Urinário**

- Problemas urinários prévios: (descrever)
- Atualmente Contínente x Incontínente (frequência de perdas urinária)
- ITU recente (Sim) (Não) Data Tratamento (descrever)
- Uso de sonda vesical: (Sim) (Não)
- Usa fralda? (Sim) (Não)

**Hábito Intestinal**

- Problemas prévios com o hábito intestinal: (descrever)
- Atualmente Contínente x Incontínente (frequência de perdas urinária)
- Usa fralda? S N
- Laxantes S N (descrever)
- Manobras para evacuação:
  - massagem abdominal
  - estimulação anal / retal
  - lavagem intestinal / clister / enema

**Sono:**

- Problemas prévios com o sono: (descrever)
- Atualmente Reparador S N
- Atualmente Inversão ciclo vigília-sono
- Outro:

**Emocional/cognitivo:**

- Problemas psiquiátricos prévios:
  - alcoolismo (descrever o tratamento)
  - abuso de drogas (descrever o tratamento)
  - depressão: (descrever o tratamento)
  - outros: (descrever o diagnóstico e o tratamento)
- Reconhece as pessoas vistas habitualmente
- Lembra de tarefas simples diárias
  - rotina de higiene
  - medicamentos
  - horários de exercícios
- Lembra de datas, compromissos
- Resolve problemas simples
  - percebe o frio ou calor
  - manifesta fome ou sede
  - indica a necessidade de evacuar ou urinar
- Sintomas emocionais / cognitivos
  - Agitação psicomotora
  - Apatia
  - Hipersexualização
  - Sinais de depressão

**Exame Físico****Geral:**

Estado geral: Bom, Regular, Mau

Corado / descorado

Hidratado x desidratado

Emagrecido, Eutrófico, Obeso

**Neurológico:**

Vigil S N

Glasgow

- abertura ocular
  - 4 espontânea
  - 3 ao chamado
  - 2 à pressão
  - 1 ausente
  - Não testável

- Resposta verbal
  - 5 orientada
  - 4 confusa
  - 3 palavras
  - 2 sons
  - 1 ausente
  - Não testável
- Melhor resposta motora
  - 6 obedece comandos
  - 5 localizada
  - 4 flexão normal
  - 3 flexão anormal
  - 2 extensão
  - 1 ausente
  - Não testável
- Orientação:
  - temporal S N
  - espacial S N
- Equilíbrio
  - Sentado
    - Equilíbrio cervical
      - Adequado
      - Inadequado
    - Equilíbrio de tronco
      - Adequado sem apoio
      - Adequado com apoio leve
      - Inadequado
- Marcha
  - Não realiza
  - Dependente x Independente de terceiro
  - Órtese S N descrever
  - Auxiliar de marcha S N descrever
  - Apoio inicial
    - antepé
    - retropé
    - borda lateral / inversão
  - Controle do quadril S N descrever
  - Controle do joelho S N descrever

**Membro Superior Direito:**

	<b>ADM</b>	<b>Força</b>	<b>Tônus</b>	<b>Dor</b>
<b>Ombro abdução</b>				
<b>Cotovelo flexão</b>				
<b>Cotovelo extensão</b>				
<b>Cotovelo pronação</b>				
<b>Cotovelo supinação</b>				
<b>Punho flexão</b>				
<b>Punho extensão</b>				
<b>Dedos flexão</b>				
<b>Dedos extensão</b>				
<b>Polegar flexão</b>				
<b>Polegar extensão</b>				

- **Sensibilidade**
  - Superficial Normal / Alterada (Descrever)
  - Profunda
    - Index-nariz: Normal / Alterada (Descrever)
    - Posição do polegar: Percebe / não-percebe
    - Movimento do polegar: Percebe / não-percebe
  
- **Outras alterações**
  - amputações
  - cicatrizes
  - deformidades

**Membro Superior Esquerdo:**

	<b>ADM</b>	<b>Força</b>	<b>Tônus</b>	<b>Dor</b>
<b>Ombro abdução</b>				
<b>Cotovelo flexão</b>				
<b>Cotovelo extensão</b>				
<b>Cotovelo pronação</b>				
<b>Cotovelo supinação</b>				
<b>Punho flexão</b>				
<b>Punho extensão</b>				
<b>Dedos flexão</b>				
<b>Dedos extensão</b>				
<b>Polegar flexão</b>				
<b>Polegar extensão</b>				

- **Sensibilidade**
  - Superficial: Normal / Alterada (Descrever)
  - Profunda
    - Index-nariz Normal / Alterada (Descrever)
    - Posição do polegar: Percebe / não-percebe
    - Movimento do polegar: Percebe / não-percebe
  
- **Outras alterações**
  - amputações
  - cicatrizes
  - deformidades

**Membro Inferior Direito:**

<b>Quadril flexão</b>	<b>ADM</b>	<b>Força</b>	<b>Tônus</b>	<b>Dor</b>
<b>Quadril extensão</b>				
<b>Joelho flexão</b>				
<b>Joelho extensão</b>				
<b>Tornozelo flexão</b>				
<b>Tornozelo extensão</b>				
<b>Tornozelo inversão</b>				
<b>Tornozelo eversão</b>				
<b>Artelhos flexão</b>				
<b>Artelhos extensão</b>				
<b>Hálux flexão</b>				
<b>Hálux extensão</b>				

- Sensibilidade
  - Superficial: Normal / Alterada (Descrever)
  - Profunda
    - Calcânhar-joelho: Normal / Alterada (Descrever)
    - Posição do hálux: Percebe / não-percebe
    - Movimento do hálux: Percebe / não-percebe
  
- Outras alterações
  - amputações
  - cicatrizes
  - deformidades

**Membro Inferior Esquerdo:**

<b>Quadril flexão</b>	<b>ADM</b>	<b>Força</b>	<b>Tônus</b>	<b>Dor</b>
<b>Quadril extensão</b>				
<b>Joelho flexão</b>				
<b>Joelho extensão</b>				
<b>Tornozelo flexão</b>				
<b>Tornozelo extensão</b>				
<b>Tornozelo inversão</b>				
<b>Tornozelo eversão</b>				
<b>Artelhos flexão</b>				
<b>Artelhos extensão</b>				
<b>Hálux flexão</b>				
<b>Hálux extensão</b>				

- **Sensibilidade**
  - Superficial Normal / Alterada (Descrever)
  - Profunda
    - Calcânhar-joelho: Normal / Alterada (Descrever)
    - Posição do hálux: Percebe / não-percebe
    - Movimento do hálux: Percebe / não-percebe
  
- **Outras alterações**
  - amputações
  - cicatrizes
  - deformidades

## Diagnóstico Funcional

- Motor
  - Hemiplegia / Hemiparesia
    - Completa
    - Incompleta
    - Flácida
    - Espástica
  - Tetraplegia / Tetraparesia
  - Ataxia
  - Outros (descrever)
  
- Sensibilidade
  - Superficial: preservada / alterada (descrever)
  - Profunda: preservada / alterada (descrever)
  
- Deglutição
  - Preservada
  - Disfagia (descrever)
  - Sonda nasointestinal
  - Gastrostomia
  
- Comunicação
  - Preservada
  - Mutismo
  - Disartria
  - Afasia
  - Outra (descrever)
  
- Emocional/cognitivo
  - Eutímico
  - Depressivo
  - Agitação psicomotora
  - Apatia
  - Hipersexualizado
  - Alteração memória
  - Negligência
  
- Esfincter
  - Uretral: continente / incontinente
  - Anal: continente / incontinente
  
- Dor
  - Nociceptiva
  - Neuropática
  - Mista
  - Psicogênica

## Conduta

- Encaminhamento para o Ambulatório de Triagem Multiprofissional Funcional (ATMF) (Sim / Não)
- Protocolo de Reabilitação FISC (Eleito/ Não eleito)
- Objetivos do tratamento/reabilitação:
  - Para o paciente (descrever)
  - Para familiares (descrever)
  
- Eleito para acompanhamento terapêutico extra protocolo (Sim / Não)
  - qual serviço terapêutico?
  - qual objetivo?
- Alta para outro serviço terapêutico de reabilitação (Sim / Não), motivo
  
- Investigação complementar:
  - Exames de imagem:
  - Exames laboratoriais:
  - Encaminhamentos médicos:
  
- Prevenção secundária do AVC (Sim / Não)
  - Qual serviço:
  
- Medicamentos
  - Iniciados:
  - Mantidos:
  
- Prescrição de OPMs
  - Cadeiras de rodas ( )
  - Cadeira de banho ( )
  - auxiliar de locomoção:
  - Órtese
    - membro superior:
    - membro inferior:
  
- Retorno
  - (descrever)

## Anexo 2

### Formulário Socioeconômico – Assistente social

#### 1. Identificação paciente

- Grau de Instrução

- analfabeto
- até 5º ano incompleto do ensino fundamental
- com 5º ano completo do ensino fundamental
- do 6º ao 9º ano incompleto do ensino fundamental
- ensino fundamental completo
- ensino médio incompleto
- ensino médio completo
- superior incompleto
- superior completo
- especialização
- mestrado
- doutorado

- Situação no mercado de trabalho

- empregador
- assalariado com registro
- assalariado sem registro
- autônomo com previdência social
- autônomo sem previdência social
- aposentado
- pensionista
- desempregado
- não trabalha
- outra

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda: \_\_\_\_\_

- Benefícios Previdenciários / Assistenciais

- auxílio doença
- auxílio acidente
- reabilitação Profissional
- salário maternidade
- benefício de prestação continuada – LOAS

## 2. Composição familiar

Nome	Vínculo	Idade	G.instrução	Sit.ocupacional	Renda

Cuidador: \_\_\_\_\_

Total renda familiar \_\_\_\_\_

Salário Mínimo vigente \_\_\_\_\_

Benefícios socioassistenciais no núcleo familiar

sim

não

Benefício \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_

## 3. Características do domicílio

Localidade:

urbana

rural

Situação:

próprio

alugado

financiado

cedido

invasão

arrendado

outro

Tipo de construção:

alvearia

madeira

outro

Valor \_\_\_\_\_

Número de cômodos \_\_\_\_\_

#### 4. Infraestrutura

Água encanada: ( ) sim ( ) não

Esgoto:( ) sim ( ) não

Energia elétrica: ( ) sim ( ) não

Coleta de lixo: ( ) sim ( ) não

#### 5. Orientações / intervenções do serviço social

- Transporte / recurso para locomoção

	Sim	Não	Não se aplica
Condução própria			
isenção de transporte municipal			
Remoção			
Van adaptada para cadeirante			
Tratamento fora de domicílio			
Suburbano			
Passe livre interestadual			

- Credencial de Estacionamento

	Sim	Não	Não se aplica
Idoso			
Pessoa com deficiência			

- Assistenciais

	Sim	Não	Não se aplica
Benefício de prestação continuada			
Benefício de Transferência de renda			

## 6. Encaminhamentos

	Sim	Não	Não se aplica
CRAS			
CREAS			
Coordenadoria do Idoso			
Conselho Tutelar			
Fundo Social			
ONG			

## 7. Ações socioeducativas

- Orientações sobre manual do CER ( ) sim ( ) não
- Rotinas do hospital ( ) sim ( ) não

## 8. Articulação com equipe

- Reunião de equipe ( ) sim ( ) não Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- Discussão de caso com equipe ( ) sim ( ) não. Qual profissional? \_\_\_\_\_

## 9. Reunião familiar

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

### Anexo 3 Formulário Psicologia

ENTREVISTA DE TRIAGEM INICIAL – Coleta dados sócio demográficos, além de avaliar as funções psíquicas e presença de alterações comportamentais e sociais. Entre os itens avaliados estão: sono, apetite, humor, memória, atenção, juízo crítico da realidade, pensamento lógico e discurso, relacionamento afetivo e participação social.

Nível de consciência	Vigil ( )	Inconsciente ( )
Orientação	Orientado ( )	Desorientado ( )
Comunicação	Comunicativo ( )	Não comunicativo ( )
Responsividade	Responsivo ( )	Não responsivo ( )
Atenção	Atento ( )	Desatento ( )
Concentração	Mantida ( )	Prejudicada ( )
Memória	Preservada ( )	Prejudicada ( )
Pensamento lógico	Coerente ( )	Confuso / desorganizado ( )
Senso percepção	Preservado ( )	Alucinações / delírio ( )
Discurso	Coerente ( )	Desorganizado ( )
Humor	Eutímico ( )	Distímico / apático / eufórico / labilidade emocional ( )
Juízo crítico da realidade	Mantido ( )	Alterado ( )
Psicomotricidade	Sem alterações	Lentificado / agitado
Orientação sobre diagnóstico	Sim ( )	Não ( )
Presença de suporte familiar	Sim ( )	Não ( )
Participação social	Sim ( )	Não ( )
Abuso de substâncias	Sim ( )	Não ( )
Relacionamento afetivo	Sim ( )	Não ( )
Histórico psiquiátrico	Sim ( )	Não ( )
Sono	Preservado ( )	Prejudicado ( )
Apetite	Preservado ( )	Prejudicado ( )
Aceitação do diagnóstico	Sim ( )	Negação ( )

A) **Inventário de Depressão de Beck** – avalia a presença e intensidade de sintomas depressivos

- ( ) Ausência de Depressão
- ( ) Presença de Sintomas Depressivos Leves
- ( ) Presença de Sintomas Depressivos Moderados
- ( ) Presença de Sintomas Depressivos Severos

B) **Inventário de sintomas de stress de Lipp** – avalia a presença dos sintomas de estresse de curto, médio e longo prazo.

- Presença de Estresse na fase de alerta
- Presença de estresse na fase de resistência
- Presença de estresse na fase de exaustão
- Ausência de estresse

C) **WHOQOL-BRIEF** – Instrumento de avaliação breve de qualidade de vida da WHO. É dividida em quatro domínios: Físico, Psicológico, Social e Meio Ambiente

- Insatisfatório (Precisa melhorar)
- Regular
- Satisfatório (Bom)
- Muito Bom

D) **Escala de sobrecarga do cuidador** – avalia a presença e intensidade de sintomas de sobrecarga emocional do cuidador.

- Ausência de Sobrecarga
- Sobrecarga moderada
- Sobrecarga moderada a severa
- Sobrecarga Severa

E) **Avaliação cognitiva de Montreal**. Instrumento de rastreio cognitivo. Avalia possíveis prejuízos em Memória, Atenção, Funções Executivas, Linguagem, Abstração, Orientação, Visuoconstrução e Fluência Verbal.

- Déficit
- Satisfatório

F) **Possibilidades de intervenção psicológica**

- Atendimento Psicológico individual
- Oficina Terapêutica Multiprofissional
- Atendimento Psicológico Familiar
- Orientação Psicoeducativa
- Avaliação Psicológica
- Avaliação Neuropsicológica
- Estimulação Cognitiva

## Anexo 4

### Formulário Fisioterapia

Data:

Avaliação inicial ( )

Retorno de 2 meses ( )

Alta ( )

Classificação topográfica funcional:

( ) Hemiplegia ( ) Paraplegia ( ) Monoparesia

( ) Tetraplegia ( ) Outros \_\_\_\_\_ (por. Ex fraqueza distal por polineuropatia)

**Força muscular** (0-5) e ADM (goniometria): (0-5) (caso haja alteração de força e ADM quantificar grupos específicos)

MS: Ombro \_\_\_\_\_

Cotovelo \_\_\_\_\_

Punho e dedos \_\_\_\_\_

MI: Quadril \_\_\_\_\_

Joelho \_\_\_\_\_

Tornozelo e pé \_\_\_\_\_

Tônus Ashworth: (1-4)

MS: Ombro \_\_\_\_\_

Cotovelo \_\_\_\_\_

Punho e dedos \_\_\_\_\_

MI: Quadril \_\_\_\_\_

Joelho \_\_\_\_\_

Tornozelo e pé \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação para alteração de tônus? ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não, mas precisa?

**Sensibilidade:** colocar o lado

Superficial: ( ) anestesia ( ) hipoestesia ( ) normal ( ) hiperestesia

Cinético-postural: ( ) normal ( ) alterado

Descrever: \_\_\_\_\_

Apresenta dor? Local: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação? ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não, mas precisa?

**Mobilidade:**

No leito, rola para ambos os lados: ( ) Sim ( ) Não ( ) Apenas com lado não afetado

Passa de deitado para sentado: ( ) Sim ( ) Não ( ) Apenas com lado não afetado

Sentado para em pé: ( ) Sim ( ) Não ( ) Apenas com lado não afetado

Controle de tronco sentado: ( ) sem apoio ( ) com apoio das mãos ( ) apoio total

Ortostatismo: ( ) Sim ( ) Não ( ) Apoio \_\_\_\_\_ qual?

Observações:

**Coordenação:**

Index-index:

- consegue olho aberto  não consegue olho aberto  
 consegue olho fechado  não consegue olho fechado

Index-nariz:

- consegue olho aberto  não consegue olho aberto  
 consegue olho fechado  não consegue olho fechado

Calcânhar-joelho ou ritmo com os pés:

- consegue olho aberto  não consegue olho aberto  
 consegue olho fechado  não consegue olho fechado  
 Disdiadococinesia:  presente  ausente

**Equilíbrio:**

Apoio duplo (pés alinhados)

- consegue olho aberto  não consegue olho aberto  
 consegue olho fechado  não consegue olho fechado

Apoio duplo (pés tandem)

- consegue olho aberto  não consegue olho aberto  
 consegue olho fechado  não consegue olho fechado

Apoio unipodal (One Balance Test) - permanecer em pé sobre uma perna só por 5 segundos:

Direito:  normal: capaz de manter-se sem apoiar-se  anormal: precisa apoiar-seEsquerdo:  normal: capaz de manter-se sem apoiar-se  anormal: precisa apoiar-se**Marcha:**

1) Contato inicial:

Tornozelo:  Toque de calcâneo  Pé todo  Antepé  Não realiza

2) Fase de apoio:

Quadril:  Neutro  Rotação posteriorJoelho:  Neutro  Hiperextensão  FletidoTornozelo:  1° rolamento  sem 1° rolamento descarga de peso sobre o pé todo  só em borda lateral do pé

3) Balanço:

Quadril:  Flexão normal do quadril  Rotação posterior Flexão de quadril diminuída  uso de quadrado lombarJoelho:  Neutro  Hiperextensão  FletidoTornozelo:  Dorsiflexão  Flexão plantar

Marcha:

 Ceifante  Escavante  Parkinsoniana Outras: \_\_\_\_\_ Terapêutica  Domiciliar  Comunitária**Órteses:**  MI Qual? \_\_\_\_\_  MS Qual? \_\_\_\_\_**Cadeira de rodas própria:**  Sim Qual? \_\_\_\_\_  Não

**Adaptações:** ( ) Tem. Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não tem e não precisa  
( ) Não tem, mas precisa Qual? \_\_\_\_\_

**Dispositivo auxiliar de marcha:** ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_ ( ) Não

**Aplicação de toxina:** músculos aplicados: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

**Aplicação de fenol:** nervos aplicados: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_

**Tinetti Equilíbrio:** \_\_\_\_ / 16

**Tinetti Marcha:** \_\_\_\_ / 12

**TUG:** \_\_\_\_ s

**MIF mobilidade** (Transferências, Locomoção e Escada) \_\_\_\_ (7-35)

Rivermead A: \_\_\_\_/13

Rivermead B: \_\_\_\_/10

**Condutas:**

Sessão n° \_\_\_\_

1. **Orientações:**

- ( ) Sobre funcionamento do programa de reabilitação (faltas, alta por abandono, alta)
- ( ) Sobre objetivos terapêuticos específicos para a condição do paciente
- ( ) Ensinar transferências para o cuidador
- ( ) Posicionamento sentado (membro superior e tronco)
- ( ) Posicionamento no leito

2. **Treino funcional**

- ( ) Rolar: preparatórios de cintura escapular e pélvica
- ( ) Sentado: controle de tronco e ajuste postural inclinações (ant, post, lat e rot)
- ( ) Sentar (controle de velocidade e desaceleração) e levantar (apoio a frente, mãos entrelaçadas, espaldar)
- ( ) Ortostatismo (apoio à frente com extensor de lona em MI, sem apoio, no espaldar)
- ( ) Ajuste postural em diversas posições
- ( ) Equilíbrio (apoio unipodal, 4 apoios, ajoelhado)
- ( ) Marcha (ênfase em treinos para cada fase)
- ( ) Alcance e preensão
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

3. **Meios auxiliares e órteses**

- ( ) Treino nas barras paralelas
- ( ) Treino com andador
- ( ) Treino com Muletas canadenses
- ( ) Treino com bengala comum ou de 4 pontos

**Condutas finais** (reunião de equipe)**1. Alta x objetivos**

- ( ) Relatório de alta
- ( ) Reunião familiar ( sessão nº 14 - avisar o supervisor)
- ( ) Cartilha de exercícios domiciliares

**2. Encaminhamentos**

- ( ) Relatório fisioterapêutico para outro serviço ou outro município
- ( ) Cross ou DRS Local preferencial: \_\_\_\_\_

**Anexo 5****Formulário Fonoaudiologia**

Identificação

Idade

Profissão

Diagnostico

Caso, data e local da internação

Escala de Glasgow no evento

Data Traqueostomia

**Avaliação clínica da deglutição:**

FC: \_\_\_\_\_ bpm (60-100 bpm)

SPO2: \_\_\_\_\_ % ( &gt; 95%)

**Avaliação estrutural:**

Face ( ) simétrica ( ) assimétrica

Sensibilidade extra oral ( ) preservada ( ) alterada

Mobilidade e tonicidade de:

- bochechas ( ) preservada ( ) alterada

- lábios ( ) preservada ( ) alterada

- língua ( ) preservada ( ) alterada

Monilíase ( ) presente ( ) ausente

Abertura bucal ( ) normal ( ) reduzida

Aspecto e mobilidade palato mole ( ) normal ( ) reduzido ( ) preservada

Aspecto palato duro ( ) normal ( ) alterado

Dentes ( ) presentes em ambas as arcadas ( ) presentes em 1 arcada ( ) ausentes ( )

BEC ( ) MEC

Prótese dentária ( ) presente ( ) ausente

Ausculta cervical no repouso para estase salivar e/ou de secreção em região de hipofaringe ( ) negativa ( ) positiva

Deglutição de saliva ( ) eficiente ( ) ineficiente

Presença de tosse ( ) produtiva ( ) eficaz

**Avaliação Funcional:**

Foram oferecidas as consistências:

- pastosa (em colher) em volumes livre ( ) controlado ( )
- líquida (água) em copo ( ) canudo ( ) colher em volumes livre ( ) controlado ( )
- sólida (bolacha tipo maisena)

Todas manipuladas pelo cuidador ( ) próprio paciente ( ) terapeuta ( )

	Pastosa	Líquida	Sólida
Captura de alimento adequada			
Escape oral anterior presente			
Tempo de trânsito oral adequado			
Refluxo nasal			
Resíduos em CO após deglutição			
Deglutições múltiplas			
Elevação e sustentação laríngea adequada			
Pigarro/tosse/engasgos			
Ausculata cervical sem alterações			
Componente molhado em qualidade vocal			
Alteração padrão respiratório			
Queda da SatO2			

**Conclusão:**

Os sinais clínicos:

- sugerem penetração e/ou aspiração laringotraqueal para as consistências avaliadas
- não sugerem penetração e/ou aspiração laringotraqueal para as consistências avaliadas.

**Hipótese Diagnóstica:**

- Deglutição Normal
- Deglutição Funcional
- Disfagia Orofaríngea

**Escala FOIS Nível:**

Via Oral suspensa

- Nível 1: nada por via oral.
- Nível 2: Dependente de via alternativa e mínima via oral de algum alimento ou líquido.

Via Oral Modificada

- Nível 3: Dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido.
- Nível 4: Via oral de uma única consistência.
- Nível 5: Via oral total com múltiplas consistências, porém com necessidade de preparo especial ou compensações.

Via Oral (dieta normal)

- Nível 6: Via oral com múltiplas consistências, porém sem necessidade de preparo especial ou compensações, porém com restrições alimentares.
- Nível 7: Via oral total sem restrições.

## Anexo 6

### Formulário Enfermagem

Diagnóstico médico \_\_\_\_\_

#### A) Respiração / oxigenação

Espontânea ( )	Ar ambiente ( )	Eupneico ( )
Dispneico ( )	Bradipneico ( )	Taquipneico ( )
Regular ( )	Irregular ( )	Superficial ( )
Profunda ( )	Tóraco-abdominal ( )	Tiragem intercostal ( )
Tiragem subcostal ( )	Batimento asa nasal ( )	Uso musc. acessória ( )
CPAP ( )	BIBAP ( )	Uso cateter de O <sub>2</sub> ( )

Traqueostomia:

- ( ) sim  
( ) não

Diagnósticos:

- ( ) Ventilação espontânea prejudicada  
( ) Desobstrução ineficaz de vias aéreas  
( ) NSA

Intervenções:

- Verificar saturação de O<sub>2</sub>, comunicar enfermeiro se alteração
- Manter vias aéreas desobstruídas
- Observar e registrar tipo de secreção, comunicar enfermeiro
- Orientar cliente/cuidador sobre os cuidados com a traqueostomia

#### B) Circulação

PA: \_\_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_\_

Diagnósticos:

- ( ) Risco de sangramento  
( ) Risco de infecção

Intervenções:

- Realizar avaliação completo da circulação periférica (pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade)
- Monitorar sinais vitais com frequência
- Monitorar estado cardiovascular do paciente
- Monitorar exames laboratoriais quando necessário
- Monitorar a tolerância do paciente à atividade física
- Orientar paciente a manter hidratação adequada para evitar aumento da viscosidade do sangue

**C) Nutrição / hidratação**

Via alimentação: Oral ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( )  
 Dieta: Geral ( ) Pastosa ( ) Líquida ( ) Industrializada ( )  
 Engasgo: Sim ( ) Não ( )

**Diagnósticos:**

- ( ) Obesidade
- ( ) Sobrepeso
- ( ) Deglutição prejudicada
- ( ) Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais
- ( ) Disposição para nutrição melhorada
- ( ) Risco de desequilíbrio eletrolítico
- ( ) Risco de volume de líquidos desequilibrado

**Intervenções:**

- Oferecer informação para modificação da dieta de acordo com a necessidade de saúde: perda de peso, aumento de peso,
- Monitorar sinais e sintomas de aspiração
- Manter vias aéreas desobstruídas
- Realizar avaliação nutricional, conforme apropriado
- Monitorar adequação das prescrições nutricionais
- Monitorar o estado nutricional do paciente nos atendimentos

**D) Eliminações**

**Eliminação vesical:** Sensação urinária ( ) ( ) Controle urinário  
 Espontânea ( ) Uso de fralda ( )  
 Disúria ( ) Urgência miccional ( )  
 Anúria ( ) Uso de dispositivos ( )

**Escala EACUIL inicial**

0= Nada confiante 1= Pouco confiante 2= Confiante  
 3= Muito confiante 4= Completamente confiante

	Nota
Realizar o procedimento do cateterismo urinário	
Escolher o melhor horário para realizar o procedimento	
Escolher o material a ser utilizado para realizar o procedimento	
Lavar as mãos	
Realizar a higiene do genital	
Abrir o material	
Escolher utilizar ou não o lubrificante	
Introduzir a sonda	
Verificar o comprimento da sonda a ser introduzida	
Decidir quanto tempo a sonda deve ficar retirando a urina	
Como deve ser retirada a sonda	
Em realizar a medida de urina drenada	
Em escolher o que fazer quando sai sangue da urina	
Em escolher o que fazer quando não sai urina	
Em como deve desprezar a urina	
Em como deve anotar o volume de urina	

SCORE TOTAL (0-68)

Interpretação do Resultado:

68 pontos: Completamente confiante

51 a 67 pontos: Muito confiante

34 a 50 pontos: Confiante

17 a 33 pontos: Pouco confiante

16 e menos pontos: Nada confiante

**Escala EACUIL final:**

0= Nada confiante 1= Pouco confiante 2= Confiante

3= Muito confiante 4= Completamente confiante

	Nota
Realizar o procedimento do cateterismo urinário	
Escolher o melhor horário para realizar o procedimento	
Escolher o material a ser utilizado para realizar o procedimento	
Lavar as mãos	
Realizar a higiene do genital	
Abrir o material	
Escolher utilizar ou não o lubrificante	
Introduzir a sonda	
Verificar o comprimento da sonda a ser introduzida	
Decidir quanto tempo a sonda deve ficar retirando a urina	
Como deve ser retirada a sonda	
Em realizar a medida de urina drenada	
Em escolher o que fazer quando sai sangue da urina	

Em escolher o que fazer quando não sai urina	
Em como deve desprezar a urina	
Em como deve anotar o volume de urina	

## SCORE TOTAL (0-68)

Interpretação do Resultado:

68 pontos: Completamente confiante

51 a 67 pontos: Muito confiante

34 a 50 pontos: Confiante

17 a 33 pontos: Pouco confiante

16 e menos pontos: Nada confiante

## Diagnóstico:

- Eliminação urinária prejudicada - Incontinência de urgência/ por transbordamento  
 Risco de incontinência urinária de urgência  
 NSA

## Intervenções

- Orientar a estabelecer rotina urinária, ir ao banheiro a cada 2h
- Orientar a Ingerir pelo menos 1,5l/dia de água
- Realizar treinamento do Cateterismo Vesical Intermitente (CUIL) ao paciente ou cuidador
- Aplicar Eacuil no início e ao final do treinamento
- Orientar a estabelecer rotina da CUIL
- Orientar o paciente a cessar a ingestão de líquidos de 2h a 3h antes de dormir
- Orientar avaliar da integralidade da Pele
- Orientar familiar e paciente e monitorar cor, odor e transparência da urina, informando os sinais de infecções do trato urinário e como proceder

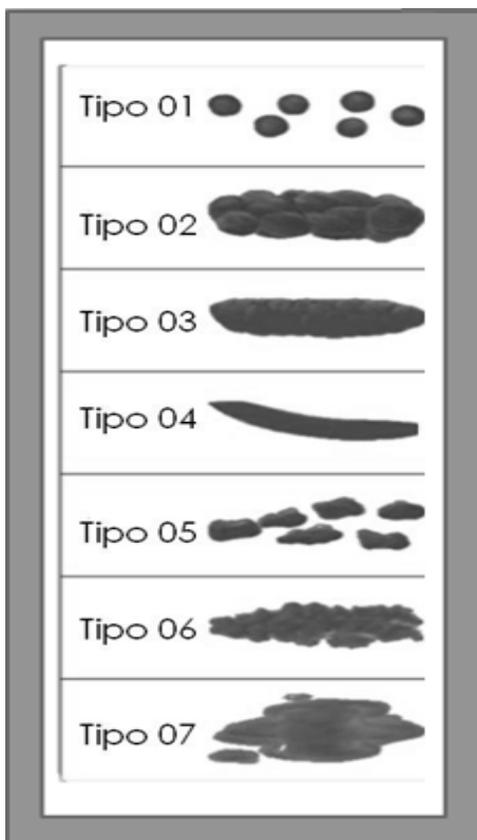
**Eliminação intestinal:** Formada ( ) Pastosa ( ) Líquida ( )

Endurecida ( ) Frequência ( )

Sensação ( ) Controle ( )

Uso de dispositivos ( ) Manobras ( )

## Escala de Bristol



Fezes tipo 1 e 2: constipação intestinal (fezes endurecidas, trânsito lento)

Fezes tipo 3 e 4: trânsito intestinal regular (fezes brandas, ideal)

Fezes tipo 5, 6 e 7: trânsito rápido ou diarreia (fezes pastosas ou líquidas)

## Escala CAS

0= não 1= um pouco 2= muito			
1. Distensão abdominal	0	1	2
2. Mudança na eliminação de gases	0	1	2
3. Menos frequência de evacuação	0	1	2
4. Perda involuntária de fezes líquidas	0	1	2
5. Sensação de reto cheio ou pressão	0	1	2
6. Dor no reto à evacuação	0	1	2
7. Eliminação de fezes em menor quantidade	0	1	2
8. Desejo, mas ausência de evacuação	0	1	2
<b>Total</b>	<b>0 – 16</b>		

## Escala CRAS

CRAS – Escala de Avaliação de Risco de Constipação			
Circule os fatores de risco na tabela abaixo		Condições que aumentam risco de constipação	
<b>Gênero</b>		Baseadas em notas médicas, história do paciente, resultado de sangue e avalia a presença do seguinte	
Masculino	1		
Feminino	2		
<b>Mobilidade</b>		<b>Condições fisiológicas</b>	
Move-se independentemente	0	<b>Desordens metabólicas</b>	2
Dependente de auxílio para caminhar / ajuda de outro	1	Hipocalcemia / uremia / intoxicação por chumbo	
Restrito a cama ou cadeira	2	<b>Condições pélvicas</b>	
Lesão de espinha dorsal/ compressão espinha dorsal	3	Histerectomia/tumor ovariano/prolapso ovário/gravidez	3
<b>Consumo/ ingestão de fibra</b>		<b>Desordens neuromusculares</b>	
5 pedaços de frutas/ vegetais ou mais consumidos diariamente	0	Doença de Parkinson / Esclerose Múltipla / Esclerose Sistêmica /	3
3 ou 4 pedaços de frutas/ vegetais consumidos diariamente	1	Doença de Hirschsprung / Acidente Vascular Cerebral / Artrite	
2 pedaços frutas/ vegetais ou menos consumidos diariamente	2	Reumatóide / Tumor cerebral / Espinha Bífida	
Produtos de farelo de trigo consumidos diariamente: Sim 0 Não 1		<b>Desordens endócrinas</b>	
<b>Ingestão de líquido-fluidos</b>		Diabete Mellitus/ hipotireoidismo / hipopituitarismo/hipercalcemia	
10 copos ou mais consumidos diariamente	0	<b>Desordens colorretais</b>	3
6 a 9 copos consumidos diariamente	1	Síndrome do cólon irritável / Doença de Crohn / Diverticulite / Colite	
5 copos ou menos consumidos diariamente	2	Úlcerativa / Tumor colorretal/ prolapso anorretal / hemorroidas/ hêmias / fissura anorretal / estreitamento anorretal	3
<b>Convicção pessoal</b>		<b>Condições psicológicas</b>	
O paciente acredita que ele é propenso à constipação? S N		<b>Doença psiquiátrica</b>	2
Alguma vez laxante foi usado para constipação? S N		Depressão / Anorexia / Bulimia	
<b>Hábito do intestino atual:</b> (descrever)			2
		<b>Prejuízo da aprendizagem ou demência</b>	
		(evidenciado por falta ou carência de compreensão do discurso ou situação)	
<b>Subtotal</b>		<b>Subtotal</b>	
<b>Somente para o paciente internado</b>		<b>Medicamentos que aumentam o risco de constipação</b>	
Paciente tem dificuldade em evacuar em banheiro de hospital?		O paciente está tomando algum dos seguintes medicamentos atual ou regularmente?	
Não 0			
Sim 2			
<b>Paciente que requer comadre/fralda:</b>		<b>Antieméticos</b> 2	<b>Analgésicos</b>
Paciente antecipa problemas para uso da comadre ou fralda?		Bloqueadores do canal de	Analgésico não opioide 3
Não 0		Cálcio 2	Terapia opioide contínua 5
Sim 2		Suplementação de ferro 2	
		<b>Medicação anticolinérgica</b>	<b>Quimioterapia citotóxica</b> 3
		Anticonvulsivante 2	Agente alcaloide Vinca 5
		Antidepressivos 2	
		Antiparkinsonianos 2	
		Antiespasmódicos 2	
<b>Subtotal</b>		<b>Subtotal</b>	
<b>Subtotal</b>		<b>Baixo risco &lt;10</b>	
		<b>Médio risco 11-15</b>	
		<b>Alto risco &gt;16</b>	<b>ESCORE TOTAL</b>

### Critérios de Roma III

1. Presença de 2 ou mais dos sinais e sintomas abaixo:
  - Esforço em pelo menos 25% das evacuações
  - Fezes endurecidas ou fragmentadas em pelo menos 25% das evacuações
  - Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das evacuações
  - Sensação de obstrução ou interrupção da evacuação em pelo menos 25% das evacuações
  - Manobras manuais facilitatórias em pelo menos 25% das evacuações
  - Menos de três evacuações por semana
2. Diarreia ou fezes que amolecidas raramente ocorrem sem o uso de laxantes
3. Não há critérios diagnósticos para síndrome do cólon irritável.

#### Diagnóstico de enfermagem

- Constipação
- Risco de constipação
- Incontinência intestinal
- NSA

#### Intervenções

- Aplicar Escalas Bristol, Roma III, Cras ou Cas
- Orientar a estabelecer rotina intestinal, com treinamento de vaso sem interrupções
- Orientar a incentivar a ingestão de alimentos
- Ensinar ao paciente manobras de Rosing, valsalva, dilatação reto digital
- Orientar uso de supositório, fleet enema
- Entregar e orientar folder
- Orientar higienização perianal adequada
- Orientar avaliação da integralidade da Pele
- Orientar dieta adequada
- Orientar ingestão hídrica de 2 a 3l/dia
- Orientar quanto a troca de fralda de forma adequada

Estoma : Sim ( ) Não ( )

- Investigar os cuidados realizados pelo paciente em domicílio
- Orientar paciente a monitorar complicações (sinais de alergias, vazamentos e infecções)
- Orientar drenagem da bolsa, lavagem e troca
- Orientar dieta adequada, ingestão hídrica e padrão de eliminações

**E) Integridade tecidual**

Relato de lesão de pele: Sim ( ) Não ( )

Orientação quanto à prevenção de úlcera por pressão: Sim ( ) Não ( )

Entregue cartilha de prevenção: Sim ( ) Não ( )

**Escala Braden**

		Pontuação			
		1	2	3	4
Fatores de risco	Percepção sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação
	Umidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado
	Atividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente
	Mobilidade	Totalmente limitado	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações
	Nutrição	Deficiente	Inadequada	Adequada	Excelente
	Fricção e cisalhamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema	-

**Diagnósticos:**

- ( ) Risco de Integridade da Pele prejudicada
- ( ) Integridade da pele prejudicada
- ( ) Integridade tissular prejudicada
- ( ) NSA

**Intervenções:**

- Monitorar a pele em busca de áreas de vermelhidão e ruptura
- Monitorar fontes de pressão e atrito
- Orientar cliente e/ou cuidador a examinar diariamente a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão e/ou fricção durante o banho, avisar o enfermeiro se alterações
- Aplicar creme hidratante/AGE em áreas ressecadas da pele
- Orientar cliente ou o(s) membros da família sobre os procedimentos de cuidado com lesões de pele e/ou ferida operatória
- Incluir medidas para prevenir lesões futuras como por exemplo com orientações, entrega de folder educativo.
- Orientar o cliente e/ou cuidador sobre os alívios de pressão, realizando a descompressão de 30/30 min.
- Aplicar barreira protetora na região \_\_\_\_\_

- Orientar cliente/cuidador sobre cuidados com a cicatrização do estoma da traqueostomia

## F) Higienização

Diagnóstico de enfermagem

- Déficit no autocuidado para banho
- Déficit no autocuidado para higiene facial/oral/íntima
- Disposição para autocuidado melhorado

Intervenções

- Encorajar o paciente a realizar as atividades de autocuidado conforme nível de capacidade
- Incentivar o cuidador a encorajar independência, seja mínimo o grau de participação no autocuidado
- Estabelecer rotinas para atividades de autocuidado
- Solicitar ao cuidador que facilite a manutenção da rotina, dispondo com facilidade acessórios necessários para o autocuidado (Escova e pasta de dente, sabonete, shampoo, toalhas, roupas)
- Realizar reforço positivo dos ganhos diários

## G) Terapia medicamentosa

Diagnósticos:

- Falta de adesão
- NSA

Intervenções:

- Verificar todas as dúvidas quanto às prescrições de medicamentos com o profissional de saúde.
- Orientar administração correta e sua relevância ao paciente
- Monitorar o paciente quanto ao efeito terapêutico da medicação
- Orientar paciente e família sobre efeitos adversos esperados do medicamento
- Orientar paciente e família para verificar prazo de validade do medicamento
- Orientar armazenamento adequado dos medicamentos conforme necessário

## H) Locomoção

Deambulando  Maca  Cadeira de rodas

Bengala  Andador  Muleta

Consegue tocar a cadeira: Sim  Não

**Índice de Barthel**

Atividade	Pontuação
Alimentação 0= incapacitado 5= necessita de ajuda ou dieta modificada 10= independente	
Banho 0= dependente 5= independente	
Atividades rotineiras 0= precisa de ajuda com a higiene pessoal 5= independente	
Vestir-se 0= dependente 5= necessita de ajuda 10= independente	
Intestino 0= incontinente 5= acidente ocasional 10= continente	
Sistema urinário 0= incontinente 5= acidente ocasional 10= continente	
Uso de Toilet 0= dependente 5= necessita de ajuda 10= independente	
Transferência (da cama para a cadeira e vice-versa) 0= incapacitado 5= muita ajuda 10= pouca ajuda 15= independente	

Mobilidade ( em superfícies planas) 0= imóvel ou < 50 metros 5 cadeira de rodas independente, > 50 metros 10= caminha com ajuda de uma pessoa > 50 metros 15= independente > 50 metros	
Escadas 0= incapacitado 5= necessita de ajuda 10= independente	

#### Diagnóstico de enfermagem

- Deambulação prejudicada
- Mobilidade física prejudicada no leito
- Risco de lesão por pressão
- NSA

#### Intervenções

- Orientar cuidados ao deambular com auxílio do andador
- Orientar paciente a não deambular se equilíbrio prejudicado, optando pela cadeira
- Orientar a realizar alívio da pressão por posicionamento em cadeiras de rodas e sua importância
- Orientar o familiar sobre a mudança de decúbito na cama e sua importância aos pacientes imobilizados
- Orientar familiar e paciente sobre cisalhamento

#### I) Postura / Transferências

##### Diagnósticos:

- Capacidade de transferência prejudicada
- Capacidade de transferência preservada

##### Intervenções:

- Orientar cliente sobre boa postura e mecânica corporal e determinar o compromisso do paciente em manter uma postura correta
- Evitar colocar o coto de cliente amputado em posição flexionada
- Consultar a terapia ocupacional e/ou fisioterapeuta para lidar com a incapacitação física
- Determinar as limitações físicas do cliente

#### J) Quedas

##### Diagnóstico de enfermagem

- Risco de quedas

( ) NSA

#### Intervenções

- Orientar paciente quanto a importância em realizar transferência de modo seguro e com supervisão
- Orientar a antes de transferir-se travar cadeira de rodas, posiciona-la perto do local de transferência
- Orientar paciente e familiar quanto disposição e uso de objetos e mobiliário em domicílio
- Orientar o uso de calçado adequado
- Verificar condições financeira do paciente e orientar a instalar objetos dispositivos de adaptação em domicílio

### **K) Comportamento e cognição**

#### Diagnósticos:

- ( ) Confusão crônica
- ( ) Memória prejudicada
- ( ) Ansiedade
- ( ) NSA

#### Intervenções:

- Tratar o paciente pelo nome ao iniciar a interação
- Informar paciente sobre tempo, local e espaço, caso seja adequado.
- Esclarecer as expectativas de acordo com o comportamento do paciente
- Encorajar a família a permanecer com o paciente
- Explicar todos os procedimentos a serem realizados durante o tratamento
- Estimular memória, repetindo o último pensamento expresso pelo paciente

### **L) Auto estima**

#### Diagnóstico de enfermagem

- ( ) Risco de baixa auto estima situacional
- ( ) Baixa auto estima situacional
- ( ) Auto estima Preservada

#### Intervenções

- Encorajar e auxiliar o paciente a identificar seus pontos fortes
- Reforçar os pontos positivos do paciente
- Transmitir confiança no enfrentamento do paciente
- Incentivar o paciente a retomar atividades que gostava de praticar, de modo adaptado
- Fazer declarações positivas sobre paciente.

### **M) Reintegração social**

#### Diagnóstico de enfermagem

- ( ) Reintegração social prejudicada
- ( ) Reintegração social preservada

#### Intervenções

- Investigar elementos negativos e positivos na rede apoio do paciente
- Encorajar relações com interesse incomum
- Incentivar paciente a ir a atividades em grupos
- Encorajar paciente a ir realizar a passear em ambientes que lhe cause prazer

#### N) **Sexualidade**

##### Diagnóstico de enfermagem

- ( ) Padrão de sexualidade ineficaz
- ( ) Sexualidade preservada

#### Intervenções

- Encorajar paciente a falar sobre os anseios sexuais
- Discutir sobre a situação/doença e a sexualidade, a fim de promover segurança quanto a situação atual
  
- Observação:

## Anexo 7

### Formulário Terapia Ocupacional

#### Identificação

- nome
- idade
- procedência
- escolaridade
- profissão
- renda familiar

#### Encaminhamento

- clínica solicitante
- diagnóstico clínico
- motivo pedido interconsulta

#### Social

##### Com quem reside?

- sozinho ( )
- familiares ( ) quais? \_\_\_\_\_
- outros ( ) \_\_\_\_\_
- reside em
  - casa ( )
  - apartamento ( )

#### Moradia

- própria ( )
- alugada ( )
- emprestada ( )
- frequenta algum grupo? Sim ( ) Não ( )

#### Exame das atividades e participação social

##### Rotina ocupacional

- manhã: \_\_\_\_\_
- tarde: \_\_\_\_\_
- noite: \_\_\_\_\_
- final de semana
- quais atividades gosta? \_\_\_\_\_
- quais atividades não gosta? \_\_\_\_\_

### MIF – Medida de Independência Funcional

Autocuidado	Admissão _ / _ /	Seguimento	Alta _ / _ /
Alimentação			
Higiene Pessoal			
Banho			
Vestir metade superior			

Vestir metade inferior			
Utilização vaso sanitário			
Controle de esfíncteres	Admissão _ / _ /	Seguimento	Alta _ / _ /
Controle de Urina			
Controle das fezes			
Mobilidade	Admissão _ / _ /	Seguimento	Alta _ / _ /
Leito/cadeira/cadeira de rodas			
Vaso sanitário			
Banheira/chuveiro			
Locomoção	Admissão _ / _ /	Seguimento	Alta _ / _ /
Marcha/cadeira de rodas			
Escadas			
Comunicação	Admissão _ / _ /	Seguimento	Alta _ / _ /
Compreensão			
Expressão			
Cognição social	Admissão _ / _ /	Seguimento	Alta _ / _ /
Interação social			
Resolução de problemas			
Memoria			
Total			
Não deixar item em branco, se não possível de ser testado, marque 1			

### DAFS – R

#### Resultado

I.Orientação Temporal	
II.Comunicação	
III.Habilidade para lidar com dinheiro	
IV.Habilidade para fazer compras	
V.Vestir-se / Higiene pessoal	
VI. Alimentar-se	
Escore total	

I.Orientação temporal (16 pontos)

A) Dizer a hora (8 pontos - utilizar relógio com mostrador grande)

	Correto ( 2 pontos)	Incorreto ( 0 pontos)
--	------------------------	--------------------------

3 h		
8 h		
10 h 30		
12 h 15		

B) Orientação para data (8 pontos –responder as perguntas na seguinte ordem)

	Correto (2 pontos )	Incorreto ( 0 pontos )
Qual dia do mês?		
Qual o dia da semana?		
Em que mês estamos?		
Em que ano estamos?		

II. Comunicação (15 pontos – Utilize um telefone de teclas)

Instruções: se o paciente começar a discar sem tirar o telefone do gancho, o examinador deve reorientar o paciente informando: “quero que você faça tudo que é necessário para ligar para a sua própria casa.”

	Correto (1 ponto)	Incorreto (0 pontos)
Ligar para a própria residência		
Discar um número da agenda telefônica (João Faria 324-56129)		
Discar o número apresentado oralmente (596-6996)		
Discar o número escrito (235-2762)		
Procurar um número de telefone na agenda		
Pegar o telefone do gancho		
Habilidade para discar		
Desligar o telefone		
Sequência correta nas provas anteriores		

A) Preparar uma carta para postar (6 pontos):

Instruções: “Agora nós vamos testar suas habilidades para enviar uma carta.” Cada uma das tarefas é pontuada individualmente.

	Correto (1 ponto)	Incorreto (0 pontos)
Dobrar ao meio ou em 3 partes		
Colocar em um envelope		
Colar o envelope		
Colocar o selo no envelope		
Escrever o endereço com CEP (deve ser idêntico ao endereço apresentado pelo examinador)		
Escrever o endereço do remetente (deve ser escrito no verso do envelope, na parte inferior)		

Se o paciente para no meio da tarefa, lembre-o: “Existe mais alguma coisa que você deve fazer antes de colocar essa carta no correio?”. Se o paciente completa todos componentes da tarefa, mas não coloca a carta no envelope, ou não a fecha, o examinador deve mais uma vez lembrar: “Existe mais alguma coisa que você deve fazer antes de colocar essa carta no correio?”

Neste momento, o examinador deve dizer ao paciente que ele irá em um supermercado em 10 minutos e que deverá apanhar 6 produtos que ele tenha memorizado previamente de uma lista. Cada um destes itens é dito ao paciente em intervalos de 3 segundos. Cada produto desta lista é repetido pelo paciente e após 3 segundos é dito o item seguinte. Os itens são os seguintes: Café, gelatina, fermento, atum, chocolate, suco de laranja. Então deve ser dito ao paciente “Por favor, memorize esses itens para que você possa lembrá-los mais tarde”. O examinador deve se preparar para retomar a tarefa em 10 minutos.

III. Habilidade para lidar com dinheiro (32 pontos)

Instruções: Apresente da sua direita para a esquerda, uma nota de 10 reais, 2 reais, 5 reais, três moedas de 25 centavos, duas moedas de 10 centavos, uma moeda de 5 centavos e uma moeda de 50 centavos. Avalia-se a habilidade de calcular o troco referente à compra dos itens do supermercado. Deve ser dito ao paciente, “Mostre-me uma moeda de 5 centavos, uma de 10 centavos, uma de 25 centavos, uma de 50 centavos, uma nota de 2 reais, uma nota de 5 reais e uma nota de 10 reais. Se correto, pontue 1; se incorreto, pontue zero.

A) Mostrar a moeda corrente (7 pontos)

	Correto	Incorreto

	(1 ponto)	(0 pontos)
Identificar moeda de 5 centavos		
Identificar moeda de 10 centavos		
Identificar moeda de 25 centavos		
Identificar moeda de 50 centavos		
Identificar cédula de 2 reais		
Identificar cédula de 5 reais		
Identificar cédula de 10 reais		

B) Contar moeda corrente (4 pontos)

Instruções: mostre 75 centavos, mostre 1 real e 20 centavos, mostre 6 reais e 75 centavos, mostre 12 reais e 45 centavos.

	Correto (1 ponto)	Incorreto (0 pontos)
R\$ 0,75		
R\$ 1,20		
R\$ 6,75		
R\$ 12,45		

C) Troco correto (8 pontos)

Somente o primeiro item contribui para a pontuação total para as habilidades de contar dinheiro; entretanto, uma pontuação opcional pode ser calculada usando 4 itens .  
Instruções: “Imagine que você vai pagar uma conta no supermercado e o caixa diz que a conta é R\$ 2,49. Você pagou com uma nota de R\$ 5. Calcule e mostre quanto é o troco”. Repita as instruções para os outros 3 valores.

	Correto (2 pontos)	Incorreto (0 pontos)
R\$ 2,46 (R\$ 2,51)		
R\$ 1,68 (R\$ 3,32)		
R\$ 3,22 (R\$ 1,78)		
R\$ 3,83 (R\$1,17)		

D) Preencher um cheque (5 pontos)

Instruções: o examinador dá um cheque em branco ao paciente e solicita “Eu gostaria que você preenchesse um cheque nominal a você mesmo no valor de R\$ 400. Pedese ao paciente que assine o cheque, escreva o valor por extenso, o valor numérico, que seja nominal a ele mesmo e a data. A data não precisa estar correta, pois esse quesito já foi avaliado na escala orientação. Entretanto, a data deve ser colocada no local correto para ser pontuada. Cada item abaixo é pontuado separadamente.

	Correto (1 ponto)	Incorreto (0 pontos)
Assinatura		

Pagar em ordem à		
Escrever o valor por extenso		
Escrever o valor numérico		
Data		

E) Calcular o saldo da conta (8 pontos)

Instruções: O examinador dá ao paciente o canhoto de um cheque. Então pede que o paciente calcule o saldo dos gastos em diferentes níveis de dificuldade. É dito ao paciente, “você vai calcular o saldo dos gastos no canhoto do talão de cheques”, “você pode fazer as contas em um rascunho, mas os valores corretos devem ser preenchidos nos locais apropriados do canhoto”. O examinador deve dobrar o papel e mostrar um problema de cada vez. Cada item correto é pontuado separadamente. Pontua-se 2 se correto e 0 se incorreto. Correções feitas pelo próprio paciente são permitidas. Anote no protocolo a resposta final.

	Correto (2 pontos)	Incorreto (0 pontos)
Valor A ( $500 - 350 = 150$ )		
Valor B ( $323 - 23,50 = 299,50$ )		
Valor C ( $21,75 - 3,92 = 17,83$ )		
Valor D ( $673,16 - 79,23 = 593,93$ )		

IV. Habilidade para fazer compras (20 pontos):

Instruções: É solicitado ao paciente que lembre dos 6 itens que ele repetiu antes do teste “habilidades para usar dinheiro”. Pontua-se 2 se correto e 0 se incorreto.

Permitir 60 segundos para evocação.

A) Memória para os 6 itens do supermercado (12 pontos)

	Espontâneo (1 ponto)	Reconhecimento (1 ponto)	Total (0 pontos)
Café			
Gelatina			
Fermento			
Atum			

Chocolate			
Suco de laranja			

B) Selecionar itens de supermercado de uma lista escrita (8 pontos)

Instruções: cada item é selecionado do supermercado entre 32 produtos. Cada produto selecionado corretamente é marcado 2 pontos.

	Correto (1 ponto)	Incorreto (0 pontos)
Leite		
Ovos		
Detergente		
Bolacha		

V) Vestir-se / higiene pessoal (13 pontos)

	Correto (1 ponto)	Incorreto (0 pontos)
<b>A. Escovar os dentes</b>		
Identificar e pegar a escova de dentes		
Tirar a tampa do tubo da pasta de dente		
Colocar a pasta de dente na escova		
Demonstrar como se escova os dentes		
<b>B. Lavar as mãos</b>		
Abrir a torneira		
Usar o sabonete		
Lavar as mãos		
Fechar a torneira		
<b>C. Vestir-se</b>		
Vestir o casaco		
Abotoar o casaco		
Fechar o zíper		
Amarrar os sapatos		
Escovar o cabelo		

VI. Alimenta-se (10 pontos)



o												
Pé												

### Estereognosia

- ( ) moeda de R\$0,01
- ( ) moeda de R\$0,10
- ( ) moeda de R\$1,00
- ( ) caneta esferográfica
- ( ) lápis
- ( ) pente
- ( ) tesoura
- ( ) esponja
- ( ) flanela
- ( ) xícara
- ( ) copo

### Discriminação de dois pontos

	mm	pontuação
Palma da mão		

	mm	pontuação
Ponta dos dedos		

## EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA (ACE-R)

### ORIENTAÇÃO

Perguntar [score 0-5]:

- 1- Dia da semana \_\_\_\_\_
- 2- Dia do mês \_\_\_\_\_
- 3- Mês \_\_\_\_\_
- 4- Hora aproximada \_\_\_\_\_

Perguntar [score 0-5]:

- 1- Local Específico \_\_\_\_\_
- 2- Local Genérico \_\_\_\_\_
- 3- Bairro ou rua próxima \_\_\_\_\_
- 4- Cidade \_\_\_\_\_

5- Estado \_\_\_\_\_

REGISTRO [score 0-3]

Diga: “Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo

Números de tentativas:

ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO [score 0-5]

Subtração de sete seriadamente (100-7,93-7,86-7,79-7,72-7,65)

MEMÓRIA - RECORDAÇÃO [score 0-3]

Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabará de repetir

MEMÓRIA - ANTERÓGRADA [score 0-7]

Diga “Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim vocês terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde.”

Pontuar apenas a terceira tentativa

	1ª tentativa	2ª tentativa	3ª tentativa
Renato Moreira			
Rua Bela Vista 73			
Santarém			
Pará			

MEMÓRIA - RETRÓGRADA [score 0-4]

- 1- Nome do atual presidente da República
- 2- Nome do presidente que construiu Brasília
- 3- Nome do presidente dos EUA
- 4- Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60

FLUÊNCIA VERBAL - LETRA “P” E ANIMAIS

**Letras [score 0-7]**

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<17	7
				14-17	6

				11-13	5
				8-10	4
				6-7	3
				4-5	2
				2-3	1
				<2	0
				total	acertos

### **Animais [score 0-7]**

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg	<17	7
				14-17	6
				11-13	5
				8-10	4
				6-7	3
				4-5	2
				2-3	1
				<2	0
				total	acertos

### LINGUAGEM - COMPREENSÃO [score 0-1]

Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado

### **FECHE OS OLHOS**

### Comando [score 0-3]

“ Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”

### LINGUAGEM - ESCRITA [score 0-1]

Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com : *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira fazer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos

### LINGUAGEM - REPETIÇÃO

Peça ao indivíduo para repetir [score 0-2]

**“hipopótamo”; “excentricidade”; “ininteligível”; “estático”**

Peça ao indivíduo para repetir [score 0-2]

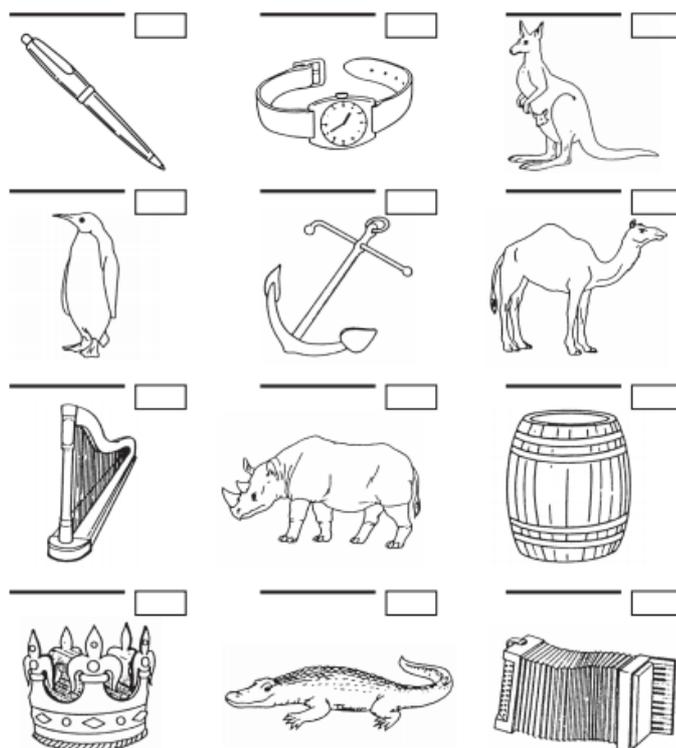
**“acima, além e abaixo”**

Peça ao indivíduo para repetir [score 0-1]

**“nem aqui, nem ali, nem lá”**

### LINGUAGEM - NOMEAÇÃO

> Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:



[Escore 0-2]  
caneta +  
relógio

[Escore 0-10]

### LINGUAGEM - COMPREENSÃO [score 0-4]

Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:

- Apontar para aquela que está associada a monarquia
- Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal
- Apontar para aquela que é encontrada na Antártica
- Apontar para aquela que tem uma relação com náutica

### LINGUAGEM - LEITURA [score 0-1]

Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras:

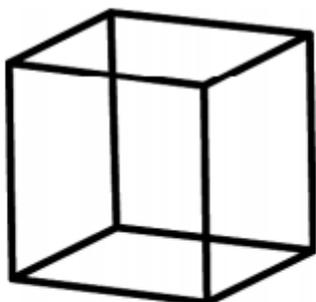
táxi  
testa  
saxofone  
fixar  
ballet

### HABILIDADES VISUAIS ESPACIAIS

**Pentágonos sobrepostos:** Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível [score 0-1]



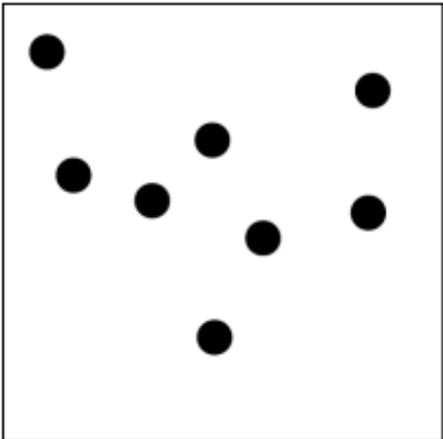
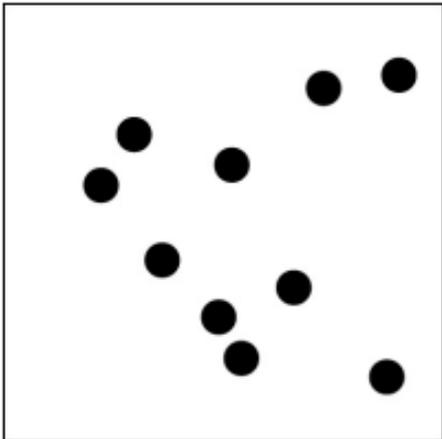
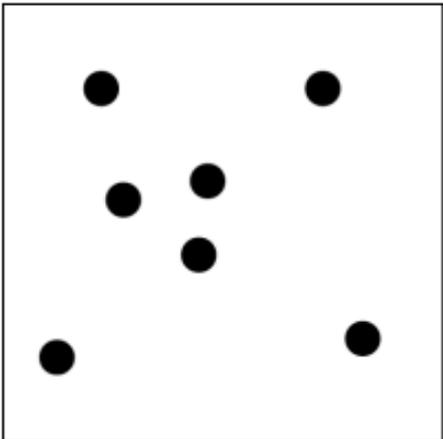
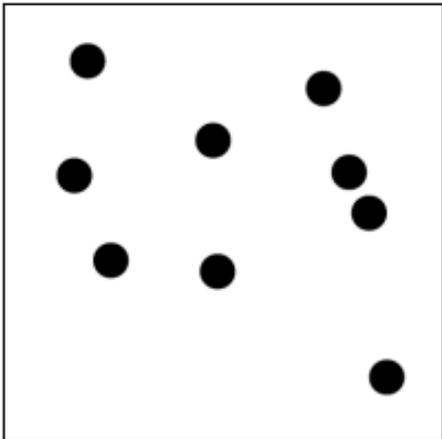
**Cubo:** Peça ao indivíduo para copiar o desenho [score 0-2]



**Relógio:** Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10h [score 0-5]

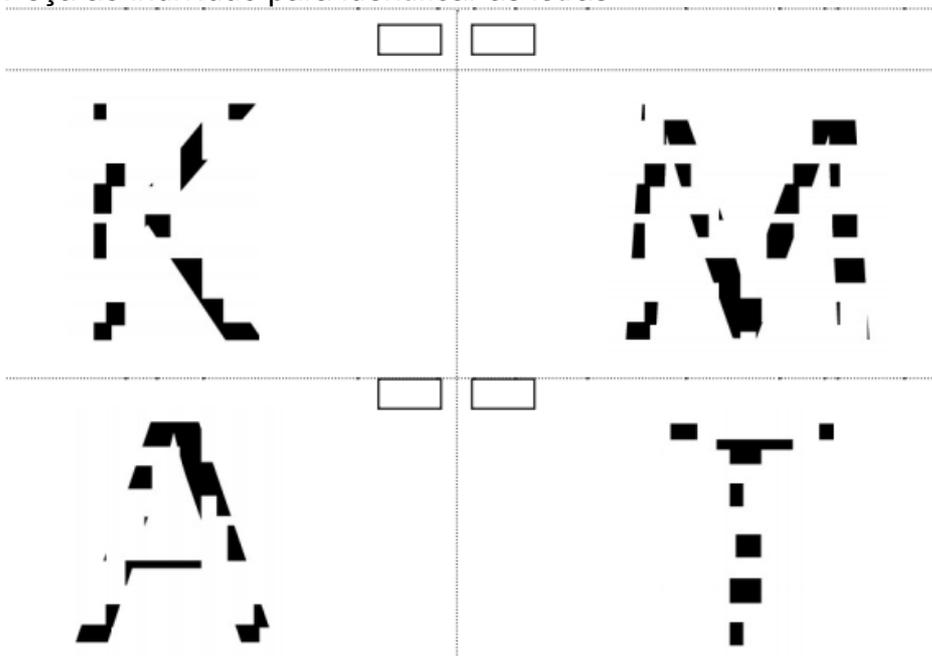
**HABILIDADES PERCEPTIVAS** [score 0-4]

Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los

**HABILIDADES PERCEPTIVAS** [score 0-4]

Peça ao indivíduo para identificar as letras

**RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO**

Peça “Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo [score 0-4]”

**Renato Moreira** .....

**Rua Bela Vista 73** .....

**Santarém** .....

**Pará** .....

Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens.

Diga “Eu vou lhe dar algumas dicas. O nome/endereço era X, Y ou Z?”

Ricardo Moreira		Renato Moreira		Renato Nogueira		Recordaçã o	
Bela Vista		Boa Vista		Bela Vista		Recordaçã o	
37		73		76		Recordaçã o	
Santana		Santarém		Belém		Recordaçã o	

Pará		Ceará		Paraíba		Recordação	
------	--	-------	--	---------	--	------------	--

### Escores gerais

MEEM /30  
ACE-R /100

### Subtotais

Atenção e Orientação /18  
Memória /26  
Fluência /14  
Linguagem /26  
Visual - espacial /16

## BATERIA COGNITIVA BREVE DE RASTREIO COGNITIVO

### PERCEPÇÃO VISUAL E NOMEAÇÃO

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte “que figura são estas?”

Percepção correta (0-10):

Nomeação correta (0-10):

### Memória Incidental:

Esconda as figuras e pergunte “que figuras eu acabei de lhe mostrar?”  
(60 segundos)

### Memória Imediata 1

1- Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:  
“Olhe bem para estas figuras”

2- Esconda as figuras e pergunte “que figuras eu acabei de lhe mostrar?”  
(60 segundos)

### Aprendizado (Memória Imediata 2)

1- Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo: “Olhe bem e procure memorizar estas figuras”

2- Esconda as figuras e pergunte “que figuras eu acabei de lhe mostrar?”  
(60 segundos)

### Teste de Fluência Verbal

“Você deve falar todos os nomes de animais (qualquer bicho) que se lembrar no menor tempo possível. Pode começar” - Anote o número de animais lembrados em 1 minuto

### Desenho do relógio

Dê uma folha de papel em branco e diga “desenhe um relógio com todos os número. Coloque ponteiros marcando 2h45

### Memória tardia (5 minutos)

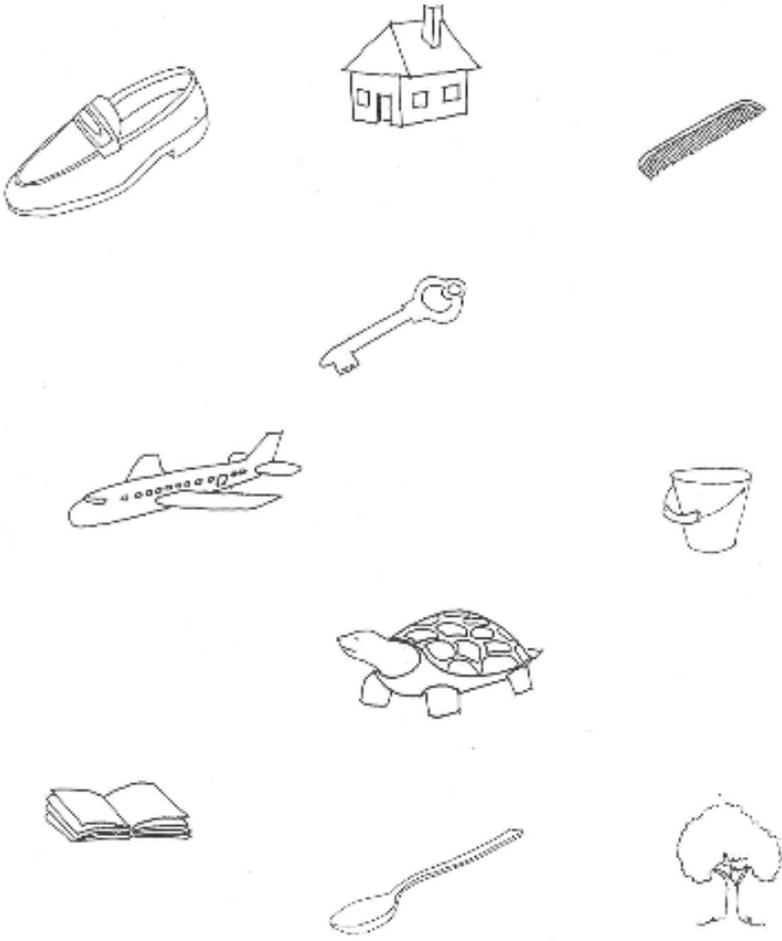
“Que figuras eu lhe mostrei há alguns minutos?”

### Reconhecimento

Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga: “ Aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos”

### FOLHA DE RESPOSTAS

	M Incidental	M Imediata	Aprendizado	M 5min	Reconhecimento
SAPATO					
CASA					
PENTE					
CHAVE					
AVIÃO					
BALDE					
TARTARUGA					
LIVRO					
COLHER					
ÁRVORE					
CORRETAS					
INTRUSÕES					





### SPAN DE DÍGITO

SPAN: DÍGITO DIRETO

Score 2-1 ou 0

1	6-2-9		3-7-5		
2	5-4-1-7		8-3-9-6		
3	3-6-9-2-5		6-9-4-7-1		
4	9-1-8-4-2-7		6-3-5-4-8-2		

5	1-2-8-5-3-4-6		2-8-1-4-9-7-5		
6	3-8-2-9-5-1-7-4		5-9-1-8-2-6-4-7		

## SPAN: DÍGITO INVERSO

Score 2-1 ou 0

1	5-1		3-8		
2	4-9-3		5-2-6		
3	3-8-1-4		1-7-9-5		
4	6-2-9-7-2		4-8-5-2-7		
5	7-1-5-2-8-6		8-3-1-9-6-4		
6	4-7-3-9-1-2-8		8-1-2-9-3-6-5		