



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

GRAZIELA CABRAL FAZZI

SALLY CAROL VIANA DA SILVA



Relação entre Funcionalidade e satisfação em pacientes acometidos por Acidente Vascular
Encefálico: O uso da reabilitação cognitiva por meio das Atividades de Vida Diária e
Atividades Instrumentais de vida Diária.



BELÉM

2016



GRAZIELA CABRAL FAZZI

SALLY CAROL VIANA DA SILVA

Relação entre funcionalidade e satisfação em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico: O uso da reabilitação cognitiva por meio das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Ms.c Adriene Damasceno Seabra.

Co-orientadora: Ms.c Glenda Miranda da Paixão

BELÉM

2016

GRAZIELA CABRAL FAZZI

SALLY CAROL VIANA DA SILVA

Relação entre funcionalidade e satisfação em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico: O uso da reabilitação cognitiva por meio das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal do Pará (UFPA), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Ms.c Adriene Damasceno Seabra.

Co-orientadora: Ms,c Glenda Miranda da Paixão.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora Ms.c Adriene Damasceno Seabra (Universidade Federal do Pará).

Dr. Marcelo Marques Cardoso.
(Universidade Federal do Pará).

Ivana Corpes Castro
(Hospital Metropolitano).

□

□

□

□

□

Belém: _____ de _____ de ____.

À Deus por nos permitir o dom da vida e por ter nos amparado nos momentos de dificuldades. Aos nossos pais que tanto nos ajudaram e a N. F. L. T., sua filha P. L. C. e seus familiares, pela dedicação e compreensão, que puderam nos demonstrar a força e a beleza de ser afetado e se afetar nas relações humanas.

Graziela C. Fazzi

Sally Carol Viana da Silva

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□



AGRADECIMENTOS

Agradecer é olhar com ternura para a alma que te estende à mão e afaga teu coração, é reconhecer como diz Tiago Iorc que “se alguém já lhe deu a mão e não pediu mais nada em troca, pense bem, pois é um dia especial”. É sentir que acima de tudo, tem um ser que te protege, te indica a direção, te move para o bem e não te deixa cair diante dos obstáculos.

Sempre tentei manter Deus o mais perto possível, o vendo como um amigo e antes de pedir ou chorar em situações difíceis, agradecer, mesmo que o entendimento não estivesse presente no momento, mantendo nosso diálogo diariamente. Mas confesso, pedi incansavelmente por este TCC e como pedi... E ele em sua bondade e sabedoria tão infinita me mostrou que alguns erros no percurso foram essenciais para que hoje minha dupla e eu possamos com orgulho e olhos cheios de lágrimas dizer que nosso TCC nasceu! Nasceu e cresceu! A Nossa Senhora de Nazaré, meu sentimento de gratidão imerso em amor, por naquela procissão de 2014 ter me tocado o coração tão profundamente, ter renovado a minha fé e ter me mantido na direção dos meus sonhos. À São José de Ribamar, padroeiro da cidade da minha amada mãe, obrigada por tê-la escutado, pedindo em meu nome.

Aos meus familiares, tenho certeza que nada seria sem vocês! Mãe, só de colocar esta pequena palavra no papel, meus olhos se enchem de lágrimas, a senhora sabe, mas talvez não tenha dimensão do orgulho que tenho da alma boxeadora que tens, de quanto insistentemente lutou e luta por mim e pela senhora própria, o quanto sozinha, por vezes, lutou contra gigantes de ferro e venceu! Fez-me conhecer os sentimentos mais puros, o amor e a fé. Obrigada por ter colocado a mão sobre a minha pra eu assinar pela primeira vez meu nome, obrigada por aguentar meu estresse e obrigada por confiar mais em mim que eu mesma. Tudo que sou e almejo é para a senhora, Dona Mirtes.

Obrigada, ao meu pai Raimundo por ter me mostrado que perdoar realmente é dar paz para si mesmo, eu te amo e tudo que passou, foi para nos fortalecer! Minha madrasta Ana, por tão positivamente estar ao meu lado, minha irmã Alline por ter uma felicidade e um espírito de menina maior que ela própria, minha amada Mãe Joana, com carinho e às vezes sem compreender, acreditar cegamente na profissão que escolhi para a minha vida, as minhas tias, tios, primos e primas por estarem sempre presentes, principalmente a Tia Anunciação, Tio Domingos, Tio Zeca, Tia Ione e Tia Meire, vocês sabem o motivo de tanto agradecimento.





Juju, você é a luz da família Fazzi. Leandro, obrigada por me fazer rir, pequeno homem de ferro. A minha avó Cleonice (In Memoriam), rainha Kelé, tua força ainda é muito presente. Minha avó Maria (In Memoriam), por ter sido meu exemplo, mulher, negra e deficiente auditiva que fez o que pode pela educação da filha e da neta. Ao meu avô Anchize (In Memoriam) por todo o carinho e desculpa por não ter ido mais vezes a Cotijuba, como tanto prometi e ao meu avô José, que poucos sabem, mas foi a minha inspiração para este trabalho, que como você diz, “O AVE pode ter me deixado na cadeira de rodas, mas meu coração, esse é grande de amor!”. Não posso deixar de agradecer aos meus cachorros e gato, por em dias cansativos, sentarem ao meu lado e me transbordarem de amor.

As minhas irmãs de alma, por estarem em cada momento e por me provocarem sorrisos cada vez mais largos. Carol, por possuir tanta sabedoria e carinho dentro de si que apenas soma e multiplica por onde passa, mesmo sendo brava. Duda, por ser meu exemplo de simplicidade e companheirismo em todos os momentos, obrigada por tudo que já fez por mim, mesmo estando distraída. A Lory, por ser tão guerreira e dedicada em tudo que se propõe, apesar dos dramas. A Maria, por mesmo com sono muitas vezes, HAHHAHA, ser tão amiga e se vê mais feliz com a felicidade dos outros. A Laís, por trazer tanta alegria e carisma e nunca deixar a tristeza nos abater, apesar de falar bastante. A Dara, que embora tenha tantos furos, sempre é sinônimo de afeto. Aos meus meninos, Willian, por me demonstrar carinho, de uma forma peculiar e muito sincera, obrigada por ser um dos meus melhores amigos, voa para o sucesso, mesmo que ele esteja longe de Belém! Rodrigo, pela importância neste momento e por fim, ao Saulo, Saulito, meu cantor preferido e pior/melhor jogador de “Akinator”, obrigada pelas risadas e pelas palavras sempre doces..

Aos meus humildes e olimpianos, vocês foram o motivo de eu acreditar que a universidade não é só competição e sim, existe muito amor! Choramos e sorrimos e principalmente, cuidamos um do outro, entrelaçando nossas vidas e nossas famílias. Ádria, por toda ingenuidade de menina, que me fez crer na bondade humana. Ana Flávia, por tanta paciência e por ser exemplo de perseverança. Camila, por ser tão determinada e cheia de fé. Carlos, por ser tão espontâneo e por ter me aturado em tantas atividades extracurriculares. Flávia, por ser tão protetora e ter cuidado de mim em tantos momentos. Jaque, por ser tão companheira e dedicada nas relações humanas. Jéssica, por tantos sorrisos compreensivos e delicados. Maxwela por ter os melhores conselhos e ter nos dados um presente incrível, Pedrinho. Priscila, por tanto carinho e preocupação comigo, obrigada minha pequena. Rose





por ser tão sábia e brincalhona e por ter ao lado do Neto (In Memoriam) demonstrado a força do amor. Samara por ser tão alegre, tão carinhosa e tão Samara.

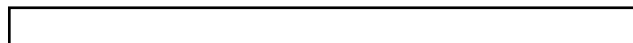
A nossa banca de TCC e futuros colegas de profissão, Dr. Marcelo Cardoso, pela excelência profissional e por aceitar o convite para a nossa defesa. Ivana Castro e Ms.c Otavio Folha pela leitura minuciosa do texto, pela generosidade e delicadeza nas contribuições e pelas sugestões sábias e cuidadosas com este trabalho desde sua qualificação.

As nossas tão dedicadas e queridas orientadoras, professora Ms.c Adriene Damasceno Seabra, por ter acreditado neste trabalho desde o começo, por ter se preocupado, por ter “viajado” em outras tantas ideias junto conosco e por trazer leveza as orientações. A professora Ms.c Glenda Miranda da Paixão por ter se transformado aos poucos em nossa co-orientadora, por ter nos aceitado e por sempre analisar com carinho nossa escrita e principalmente, por sempre nos acalmar e responder com paciência nossas preocupações.

A minha dupla querida, o que seria deste TCC sem a tua resolutividade, foco e até as crises de preocupação, obrigada Sally “Greg”, por ter lutado ao meu lado neste trabalho, por ter sempre a linha de raciocínio em consonância com a minha e quando não esteve, ter procurado a solução comigo. És grande! A outra dupla do nosso quarteto de TCC, Brunna e Eddie, por tantas tardes na biblioteca, obrigada.

Gratidão àqueles que não foram citados neste momento, mas que contribuíram explicitamente ou implicitamente com este trabalho, com minha dupla e comigo. A todos que confiaram em mim e me apoiaram quando, como diria Rael da Rima “Eu segui as batidas do meu coração”. Ubuntu.

Graziela C. Fazzi.



AGRADECIMENTOS

Inicio minhas palavras, agradecendo a Deus por sempre estar presente em minha vida, iluminando e guiando meus caminhos e sonhos, e principalmente por ter colocado pessoas especiais, como minha família e amigos neste caminhar. Por vezes me deu a força, perseverança e a sabedoria que precisava, só tenho a agradecer pelo passado, pelo presente e por me proporcionar um futuro.

Agradeço a Jonas Batista e Sonia Marcia, meus queridos pais que sempre fizeram de tudo, se esforçando e batalhando junto comigo, me apoiando em todos os sentidos para que eu pudesse chegar a este momento. Orgulhosa, me sinto, por tê-los como meus pais, homem e mulher de luta, amo de maneira incondicional e sou grata por estarem sempre a meu lado.

A meus avós Maria Helena (In Memoriam) e João Batista por ajudarem meus pais na minha criação, na construção dos meus valores, influenciando no meu caráter de forma positiva, incentivando-me sempre a estudar, sempre serão amados, pois é amor o sentimento que transborda em mim quando penso em vocês.

A meus irmãos Susan, sempre muito cuidadosa e guerreira, Michael, muito carinhoso e preocupado e Richard, meu irmão caçula, brincalhão e divertido, me sinto feliz por estarem sempre ao meu lado me apoiando. Aos meus sobrinhos que amo tanto, Jhonatan, Matheus, Pedro e Julia. Aos primos que são como irmãos, Leninha, Leticia, Edgar, Suelem e Kauã. Aos meus tios, Jane, Margarete, Simone, Joaci, Liliane, Sergio, e a minha cunhada Priscila, sempre presentes de maneira especial para mim.

A meu amigo Weverson (In Memoriam), por me fazer rir sem motivos, toda vez que nos encontrávamos, obrigada por compartilharmos sonhos e alegrias. A Sabrina uma amiga especial. A meus amigos da faculdade e da vida, como, Brunna, que apesar de não aparentar é sensível em sua essência e sempre está disposta a ajudar. A Estela sempre teimosa, divertida e amorosa, muitas gargalhadas provocadas, sem que eu pudesse controlar com suas explicações sobre o clima e outras coisas. Ao Ed, pensa em um cara sincero, e que sempre tem algo para compartilhar, principalmente biscoitos, risos e muita assistência. Por fim a Pamella, Pam, Pamzinha, uma querida, confiável e amiga, afinal quem gosta de Chaves é uma pessoa boa de coração.



A minha dupla de TCC, minha querida Graziela (Chris), por ter aceitado embarcar comigo nesta jornada, nos apoiamos, e principalmente quando estava preocupada ou nervosa e pensava se iria dar certo, vinha em mente essa dupla de sorriso largo, e logo minhas dúvidas se dissipavam, pois possuímos linhas de pensamento muito parecidas, foi uma oportunidade indescritível chegar até aqui contigo, Obrigada! És especial!

A orientadora professora Ms.c Adriene Damasceno Seabra, que desde o início esteve conosco, é foi muito importante para escolha do TCC, sempre com o seu jeito engraçado e divertido de orientar, sobre os pontos positivos e negativos. A professora Ms.c co-orientadora Glenda Miranda da Paixão, muito paciente e disponível para nos ajudar. Sempre com muita competência ambas nos incentivaram e nos inspiram como profissionais, por isso expressei a minha extrema gratidão as duas.

A banca de TCC Dr. Marcelo Cardoso, Ivana Castro e ao Ms.c Otavio Folha, que participou da banca de qualificação desta pesquisa, só tenho a agradecer pelo tempo e pela leitura, por considerações e orientações, que colaboraram de maneira pertinente na condução deste trabalho, Obrigada!

Por fim agradeço a todos que de alguma forma passaram por este caminho e contribuíram, para que eu pudesse chegar até aqui. Assim termino minhas palavras que externalizam meu sentimento de profunda gratidão por concluir mais esta etapa de grande importância em minha vida.

Sally Carol Viana da Silva.





FAZZI. G. C; SILVA, S. C. V. Relação entre funcionalidade e satisfação em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico: O uso da reabilitação cognitiva por meio das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Pará. Belém- PA, 2016.

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) compromete as funções das áreas cerebrais acometidas, podendo afetar funções sensório-motoras, cognitivas e comportamentais, ocasionando em déficits que comprometem a funcionalidade, interferindo nas ocupações, podendo influenciar negativamente na satisfação do indivíduo e na participação na realização das AVD's e AIVD's. **Objetivo:** Entender a relação entre funcionalidade e a satisfação na realização das AVD's e AIVD's em pacientes acometidos por AVE, por meio da abordagem da reabilitação cognitiva. **Metodologia:** O estudo se caracteriza como pesquisa longitudinal de pré e pós intervenção, de cunho qualitativo por meio de estudo de caso único, de paciente acometida por AVE, os atendimentos foram realizados em ambulatório e em domicílio, pelo período de Maio a Agosto de 2016, configurando-se em 17 atendimentos, a coleta de dados foi realizada no início e ao final da pesquisa, por meio dos protocolos KATZ, MIF, COPM e por meio de registro das evoluções, a fim de mensurar a funcionalidade, e avaliar a satisfação dos indivíduos na realização das AVD's e AIVD's. **Resultados:** O índice de KATZ na avaliação inicial apresentou dependência necessitando de ajuda humana nas AVD's de vestir, alimentação, e transferir-se, e na reavaliação constatou independência em todas as AVD's. A MIF apresentou na avaliação inicial dependência modificada e na reavaliação pontuou como independência total ou modificada. A COPM apresentou na escore de mudança no desempenho 25 pontos e na satisfação 29 pontos. Os registros das evoluções corroboram com os resultados dos protocolos. **Discussão:** Os resultados apresentaram melhora significativa na funcionalidade e na satisfação das AVD's e AIVD's, havendo relação entre ambos, sendo constatado por meio dos resultados dos protocolos e por meio da análise das evoluções das sessões. **Conclusão:** Desta forma a Funcionalidade e a Satisfação possuem uma intrínseca relação no processo de Reabilitação cognitiva com enfoque nas AVD's e AIVD's, em pacientes acometidos por AVE, assim contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico; Funcionalidade; Satisfação, Reabilitação Cognitiva; Atividade de Vida Diária e Atividade Instrumental de Vida Diária.





FAZZI, G. C; SILVA, S. C. V. Relationship between functionality and satisfaction in patients affected by stroke: The use of cognitive rehabilitation through the Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. Completion of the work of Occupational Therapy School, Federal University of Pará. Belém-PA, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The stroke compromises the function of the affected brain areas, affecting sensorimotor, cognitive and behavioral functions, resulting in deficits that compromise the functionality, interfering in occupations and can have a negative influence on the individual's satisfaction and participation in achieving ADL's and IADL's. **Objective:** To understand the relationship between functionality and satisfaction in performing ADLs and IADL's in patients affected by stroke, through the cognitive rehabilitation approach. **Methodology:** The study is characterized as a longitudinal study of pre and post intervention, qualitative nature through single case study, affected patient by stroke, the sessions were performed in outpatient and at home, for the period from May to August 2016 by setting up in 17 visits, data collection was performed at the beginning and end of the study, through KATZ protocols, MIF, COPM and through registration of changes in order to measure the functionality and evaluate satisfaction of individuals in performing ADLs and IADL's. **Results:** KATZ index at baseline showed dependence requiring human assistance in ADLs dressing, feeding and transfer, and reevaluation found independence in all ADLs. The MIF presented the modified dependency initial assessment and reassessment scored as full or modified independence. The COPM presented in changing score 25 points in performance and satisfaction 29 points. The records of developments corroborate the results of the protocols. **Discussion:** The results showed significant improvement in functionality and satisfaction of ADLs and IADL's, with relationship between them, and revealed by the results of the protocols and through analysis of the evolutions of the sessions. **Conclusion:** This way the functionality and satisfaction have an intrinsic relationship in cognitive rehabilitation process focusing on ADLs and IADL's, in patients affected by stroke, there by contributing to improving the quality of life of patients.

KEYWORDS: Stroke; Functionality; Satisfaction, Cognitive Rehabilitation; Activities of Daily Living and Instrumental and Activity of Daily Living.





LISTA DE QUADROS

- Quadro. 1- Resultado do índice de KATZ aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 39.
- Quadro. 2- Resultado do protocolo MIF/ Autocuidado aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 39.
- Quadro. 3- Resultado do protocolo MIF/ Controle dos esfíncteres aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 40.
- Quadro. 4- Resultado do protocolo MIF/ Locomoção aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 40.
- Quadro. 5- Resultado do protocolo MIF/ Locomoção aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 41.
- Quadro. 6- Resultado do protocolo MIF/ Comunicação aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 41.
- Quadro. 7- Resultado do protocolo MIF/ Cognição social aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 42.
- Quadro. 8- Resultado total da MIF aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 42.
- Quadro. 9- Resultado do Protocolo COPM aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção. 43.
- Quadro. 10- Resultado da mudança de escore do protocolo COPM. 43.
- Quadro. 11- Número de sessões, atividades e os objetivos dos atendimentos. 44.





SUMÁRIO



1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
2.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....	16
2.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DÉFICITS.....	17
3. ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA, ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA E TERAPIA OCUPACIONAL.....	20
4. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, FUNCIONALIDADE E SATISFAÇÃO.....	23
5. REFLEXÕES ACERCA DA REABILITAÇÃO COGNITIVA.....	25
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
6.1 TIPO DE PESQUISA.....	29
6.2 LOCAL DA PESQUISA.....	29
6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	29
6.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	29
6.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	30
6.4 ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO.....	30
6.5 COLETA DE DADOS.....	30
6.5.1 PROTOCOLO KATZ.....	31
6.5.2 PROTOCOLO MIF.....	32
6.5.3 PROTOCOLO COPM.....	32
6.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
6.7 CUIDADOS ÉTICOS.....	34
7. RESULTADOS.....	35
8. DISCUSSÃO.....	54
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	64
APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	69





APÊNDICE B- Evoluções dos atendimentos.....	72
APÊNDICE C- Artigo Relação entre funcionalidade e satisfação em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico: O uso da reabilitação cognitiva por meio das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.....	82
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	79
ANEXO B-Índice de Katz.....	96
Anexo C- Medida de Independência Funcional (MIF).....	98
ANEXO D- Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).....	99
ANEXO E – Avaliação de AVE do projeto.....	101





1. INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é conceituado pela interrupção do fluxo cerebral vascular, de origem isquêmica ou hemorrágica, de etiologias diversas, possuindo fatores predisponentes que levam a algumas alterações físicas, cognitivas e comportamentais diferenciadas e que dependem da área encefálica acometida (CECATTO, 2012).

O AVE denota-se como uma das causas mais comuns de morte em todo o mundo, contribuindo para a principal causa de incapacidade e invalidez. Dois terços das mortes ocorrem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como em países da América Latina e do Caribe (DOBKIN, 2004; LAVADOS *et al.* 2007; POLESE *et al.* 2008).

Um ano após o primeiro AVE, os domínios mais afetados são a independência física, contemplando 66% da população acometida, e a ocupação destacando-se com 75%, englobando as Atividades de Vida Diária (AVD's), sendo este o termo disposto na Associação Americana de Terapeutas Ocupacionais AOTA (2014), que compreende ao autocuidado como arrumar-se, higiene bucal, toalete, vestir-se, alimentar-se, respostas de emergência, mobilidade em comunidade, mobilidade funcional, comunicação funcional e hardware ambiental (BRASIL, 2013).

Outra ocupação que é extremamente afetada pelos déficits ocasionados pelo AVE é a AIVD, conceituada pela AOTA (2014), como atividades de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, que muitas vezes necessitam de interações mais complexas, como, cuidar de outros, gerenciamento de comunicação, do aspecto financeiro, de manutenção da saúde, além de dirigir e possuir mobilidade na comunidade, estabelecimento e gerenciamento do lar, preparar refeições e limpeza, atividades e expressão religiosa e espiritual, segurança englobando manutenção emergencial e fazer compras.

As sequelas de AVE se caracterizam de acordo com a área acometida, podendo ocorrer em ambos os hemisférios cerebrais, comprometendo aspectos relacionados às funções que estes executam, como aspectos sensório-motores, cognitivos e comportamentais, ocasionando em déficits que comprometem a funcionalidade, interferindo nas ocupações, influenciando negativamente na satisfação do indivíduo em estar inserido na realização das AVD's e AIVD's (CECATTO, 2012; DELBONI, MALENGO, SCHMIDT, 2010).





Ferro, Linz e Filho (2013) citam que indivíduos acometidos por AVE, podem apresentar déficits envolvendo quase todas as áreas da cognição, que segundo Grieve e Gnanasekaran (2010) é a habilidade de receber, armazenar, entender e modular a capacidade de resposta a estímulos do ambiente e de tudo que está ao nosso redor, pois a cognição compreende a todos os processos mentais no cérebro referente à aquisição e uso do conhecimento.

Assim, como principais déficits que envolvem a cognição Ferro, Linz e Filho (2013) retratam a orientação espaço-temporal, memória, atenção, linguagem e funções executivas, que possuem intrínseca relação com o desempenho nas atividades cotidianas, influenciando no comprometimento funcional do que tangem à realização das AVD's e AIVD's, sejam elas ocupacionais, de lazer ou mesmo as básicas de autocuidado e as de relação com outros, no que incorpora a família e o ambiente.

Desta forma as informações que se apresentam chamam atenção para a importância de ações voltadas à vigilância à saúde dessas pessoas, tanto no sentido de reabilitação quanto de prevenção e promoção da saúde, corroborando com o intuito de favorecer a qualidade de vida da população (BRASIL, 2013).

Neste sentido a abordagem da reabilitação cognitiva vem colaborar para o processo de reabilitação no AVE, propiciando e oportunizando a melhora ou re aquisição de experiência e orientação para conseguir as habilidades de atender as demandas de sua família, trabalho e vida comunitária, promovendo melhora de habilidades cognitivas que pode contribuir para o seu desempenho funcional e conseqüentemente para a sua satisfação diante de sua performance (KATZ, BAUM, MAEIR, 2014).

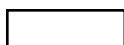
Nesta perspectiva, a pesquisa corrobora efetivamente para disseminação de conhecimento, visando promover uma relação positiva entre funcionalidade e satisfação favorecendo que o paciente possa olhar para a sua forma de desempenhar suas atividades e apresente uma avaliação positiva. Desta maneira, apontando satisfação, gerando bem estar físico, psicoemocional, social e ocupacional.

Desta forma, a pesquisa objetivou identificar a relação entre Funcionalidade e satisfação, verificando se a partir das estratégias de reabilitação cognitiva, ocorreu melhora na funcionalidade em paciente acometido por AVE, e investigando se a presença desta melhora





foi acompanhada de um conseqüente aumento da satisfação durante a realização das AVD's e AIVD's.



2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

No mundo o AVE é a segunda causa de morte. Em 2013, havia cerca de 25,7 milhões de sobreviventes, havendo um aumento significativo no número absoluto de indivíduos com déficits relacionados à patologia, havendo maior preponderância nos países em desenvolvimento (FEIGIN, *et al.* 2014; FEIGIN, *et al.* 2015).

A tendência do curso global evidencia que se a incidência de AVE continuar, em 2030, haverá cerca de 12 milhões de mortes por AVE, 70 milhões de sobreviventes, e mais de 200 milhões de indivíduos com incapacidades em todo o mundo (FEIGIN, *et al.* 2014).

No Brasil, apesar do declínio nas taxas de mortalidade, o AVE, representa a primeira causa de morte e incapacidade no País, o que cria grande impacto econômico e social. Segundo dados nacionais, a incidência anual é de 108 casos por 100 mil habitantes, taxa de fatalidade aos 30 dias de 18,5% e aos 12 meses de 30,9% (BRASIL, 2013).

O AVE foi definido por (WHO) (2002) como sendo uma disfunção neurológica aguda, de origem vascular, causado pela interrupção do fornecimento de sangue para o cérebro, seguida da ocorrência súbita ou rápida de sinais e sintomas relacionados ao comprometimento de áreas focais no cérebro, causando danos aos tecidos cerebrais.

Para Carr e Shepherd (2008) o AVE pode ser caracterizado por dois tipos, o primeiro é descrito como acometimento anóxico-isquêmico, fator resultante da falência de suprimentos adequados para o tecido cerebral, como oxigênio e substratos. O segundo se identifica como hemorrágico, por ocorrer extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central. Os subtipos isquêmicos são lacunares, ateroscleróticos e embólicos, e os hemorrágicos são intraparenquimatosos e subaracnóide.

Os fatores de risco para acometimento do AVE são categorizados como não modificáveis no qual é incluído a idade, sexo, o grupo étnico e a predisposição genética, e os fatores modificáveis sendo a hipertensão arterial, as doenças cardíacas, hemopatias, o diabetes mellitus, a dislipidemia, o tabagismo, aumento da homocisteína plasmática, abuso de bebida





alcoólica, hábitos sedentários, anticoncepcionais em mulheres acima de 30 anos e drogas ilícitas (FERNANDES, MIM, 2012).

Para Zilli, Lima, Kobler (2014) o cérebro é suscetível a distúrbios de etiologia diversas, bem como fatores predisponentes que comprometem o suprimento sanguíneo como é o caso da isquemia, que pode causar alterações nos sinais neurológicos ou até mesmo dano neural irreversível. O cérebro dispõe de características anatômicas e fisiológicas que o protegem de comprometimentos circulatórios, porém quando esses mecanismos falham pode ocorrer um AVE.

As sequelas do AVE irão depender das áreas do cérebro lesionadas, pois a morte celular devido ao hipofluxo sanguíneo aumentara a extensão do nível de lesão encefálica, ocasionando em sequelas cognitivas, motoras, sensoriais e influenciando drasticamente na realização das AVD's e AIVD's, no cotidiano e em suas relações sociais e pessoais (FERRO, LINS, FILHO, 2013).

2.1.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DÉFICITS

É importante ressaltar as diferenças hemisféricas, principalmente relacionadas ao processamento de determinadas informações. Na maioria das pessoas o hemisfério esquerdo apresenta-se mais pesado e volumoso, configurando-se o hemisfério dominante, principalmente para atividades como ler, escrever, entender e reproduzir linguagem falada, ou seja, requer o sequenciamento da atividade, desta forma os clientes acometidos de AVE com lesão esquerda apresentam dificuldades de comunicação verbal, com problemas relativos à recepção e expressão da linguagem, ao sequenciamento e à produção dos movimentos (GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010).

O hemisfério direito possui maior capacidade de processamento de informações visuais e espaciais, reconhecimento de objetos, partes do corpo, principalmente estas durante o movimento e sua posição de acordo com as relações espaciais entre objetos e pontos de referência do espaço extra pessoal. Deste modo pacientes com AVE em lesão de hemisfério direito apresentam déficits visuais e espaciais, que se manifestam por deficiências da percepção visual, por problemas de construção e por negligenciar uma metade do espaço (GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010).

Os padrões clínicos de sequelas do AVE, em representação motora e cognitiva caracterizam-se por hemiparesia esquerda que se configura como déficit motor, seja plégico, parético, espástico, flácido rígido, distônico, ou atáxico, fala e comportamentos liberados,





falta de crítica, diminuição de atenção, negligência e presença de déficits perceptuais como anosognosias, e a hemiparesia direita que também se apresenta com déficit motor, afasia, apraxias e alterações comportamentais de polo depressivo (CECATTO, 2012).

Os déficits motores e cognitivos podem resultar de danos às partes do cérebro que controlam o equilíbrio, coordenação, raciocínio, atenção, aprendizado, julgamento e memória. O que ocasiona em déficits funcionais dificultando a realização das AVD's e AIVD's (FERRO, LINS, FILHO, 2013).

Desta forma, para melhor explanação e conhecimento serão ressaltados os déficits cognitivos relatados no estudo de caso e conseqüentemente a sua repercussão nas ocupações. Ressalta-se que tais déficits foram identificados durante a análise e execução de atividades, sendo comparadas com características semelhantes à descrita na literatura, visto que não foi realizada a aplicação de bateria neuropsicológica junto ao sujeito da pesquisa.

Déficits de gnosia visuoespacial

Déficit em gnosia visuoespacial ocorre devido a uma ruptura nas dimensões físicas e sociais, tanto do próprio corpo como do ambiente, as principais características deste déficit são, o não reconhecimento visual de objetos familiares e pontos de referência ambientais, percepção das relações espaciais entre diferentes objetos e/ou pontos de referência, percepção de esquema corporal e encontrar o caminho no ambiente circundante.

Exemplos a serem destacados são, ao andar pela rua, os meios-fios e degraus apresentam risco de queda ou tropeços, os utensílios podem ser derrubados das beiradas ou superfícies de trabalho, o vestir pode ser comprometido, pois haverá dificuldade em distinguir a parte de cima e a de baixo, a interna e externa da roupa (GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010).

Déficits na praxia

O déficit em praxia (apraxia) é a incapacidade do indivíduo em executar voluntariamente gestos aprendidos devido à presença de déficits, sejam estes motores, mentais ou motivacionais, de alteração da sensibilidade, coordenação e compreensão visual, sendo comumente dividida na literatura em Apraxia ideatória, ideomotora, construtiva, de vestimenta, bucofacial, de marcha e ocular (GUSMÃO, CAMPOS, TEIXEIRA, 2007).





Serão descritas os déficits em praxias que se assemelham as características apresentadas pelo sujeito da pesquisa, sendo estas, construtiva em que há dificuldades na percepção e representações espaciais; de vestimenta em que ocorre desorganização dos gestos do ato de vestir, gerando inabilidade em amarrar cadarços de sapatos e abotoar camisas, por exemplo; e déficits em praxia de marcha em que o paciente pode apresentar dificuldades em elevar cada pé para dar o próximo passo (GUSMÃO, CAMPO, TEIXEIRA, 2007).

Déficits nas habilidades construtivas

Durante o dia realizamos várias atividades construtivas que são unidades isoladas que se organizam em um todo bi ou tridimensional, assim ao vestir uma roupa, fazer um sanduiche, pôr a mesa, utilizar eletrodomésticos que precisem ser montados, utilizamos esta habilidade. Desta forma, déficits nesta área irão se relacionar e ser influenciados pelos movimentos espaciais e temporais da mão (GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010).

Déficits nas habilidades espaciais

A habilidade espacial é responsável pela capacidade de localizar o corpo no espaço em relação aos objetos e lugares, são habilidades espaciais que envolvem funções visuais básicas, tais quais, um campo visual adequado, o controle dos movimentos oculares e acuidade visual, déficits nesta área irão influenciar drasticamente nas AVD's e AIVD's (GRIVE, GNANASEKARAN, 2010; BARRETT, MUZAFFAR, 2014).

Déficits na percepção de profundidade

A percepção de profundidade que em parte se deve a diferença da imagem recebida de um objeto pelo cérebro proveniente da retina de cada olho, envolve outros aspectos incorporados no ambiente que influenciam nesta habilidade, exemplificando, objetos que possuem similar aparência, de tamanhos diferentes, podem parecer mais próximos se forem maiores e os menores mais distantes, as linhas paralelas parecem divergir e as texturas se tornam mais finas à distância. Este déficit irá influenciar diretamente na habilidade construtiva e de encontrar o caminho ao nosso redor (GRIVE, GNANASEKARAN, 2010; BARRETT, MUZAFFAR, 2014).

Déficits de Memória

Memória caracteriza-se pela capacidade de armazenar informações, registrar e conservar os dados aprendidos e evoca-los a qualquer momento, por meio da linguagem, seja





oral, gestual ou escrita. A memória é dividida em memória de curto prazo ou imediata caracterizada pela apreensão de informações de situações que duram poucos segundos ou minutos; memória de médio prazo ou recente sendo a capacidade lembrar fatos do dia-a-dia, relacionadas às suas atividades rotineiras; e memória de longo prazo ou remota sendo percebida na habilidade de lembrar fatos antigos, principalmente relacionados à história de vida do sujeito (GUSMÃO, CAMPOS, TEIXEIRA, 2007).

Déficits de atenção

A atenção personifica-se na capacidade psíquica para notar, focalizar, selecionar e relacionar objetos e movimentos dentre outros em um mesmo meio. A atenção também depende do estado de alerta e de motivação de cada sujeito. É importante destacar o papel da vigilância, capacidade de mudar o foco e a tenacidade que é capacidade de fixar o foco dentro da atenção. (GUSMÃO, CAMPOS, TEIXEIRA, 2007).

Déficits de sequenciamento

O sequenciamento é considerado o processo de aquisição e agir de acordo com a ordem de uma série de eventos. Este conhecimento pode ser adquirido por meio de experiência ou intencionalmente, através da aprendizagem explícita. Para reconhecer que os estímulos são apresentados em uma determinada ordem, a informação sensorial deve ser mantida na memória de trabalho e comparada aos estímulos subsequentes (LEGGIO, *et al.* 2008). Ainda, no que diz respeito às AVD's e AIVD's, o sequenciamento é de vital importância, pois a maioria das atividades necessita do uso dos dois hemisférios de forma coordenada e também necessitam da habilidade para planejar e produzir sequências de ação (RODRIGUES, 2006).



3. ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA, ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA E TERAPIA OCUPACIONAL.

A vida cotidiana de qualquer pessoa é composta por muitas AVD's e AIVD's que são desempenhadas em determinado contexto, que pode variar, incluindo o ambiente doméstico, escola, trabalho, hospital ou instituição. Se uma pessoa está inapta, temporariamente ou definitivamente, a fazer essas atividades rotineiras de forma independente e eficiente em determinado contexto, segundo os padrões culturais de seu grupo social e seus valores





pessoais, isso poderá afetar sua autoestima, horários, finanças, privacidade pessoal e os diversos papéis que possa vir a desempenhar (CARVALHO, GRANDE, 2012).

Dentre as diversas ocupações que podem ser prejudicadas pós-AVE estão as AVD's e AIVD's que, são um componente importante do papel de manutenção pessoal. No paciente com AVE, isso é considerado na medida em que a habilidade para desempenhar estas ocupações é uma parte essencial de sua avaliação. A ênfase nas AVD's e AIVD's e sua relevância têm aumentado ao longo do tempo e isso se atribui, em parte, ao reconhecimento de que o desempenho de atividades cotidianas é também importante para a saúde e qualidade de vida (CRUZ, 2010).

Meneses, *et al* (2012) conduziram um estudo com o intuito de identificar as áreas de desempenho ocupacionais mais afetadas em pacientes pós AVE, com 19 participantes, sendo este público caracterizado por nove (47,3%) do sexo feminino e dez (52,6%) do sexo masculino, com idades entre 36 e 74 anos (20-39 = 21%; 40-60 = 57,89%; > 60 = 21%), sendo treze (68,4%) casados ou em união estável. Estes participantes relataram 40 áreas problemas de desempenho ocupacional.

Os dados foram coletados por meio de entrevista estruturada contendo informações sócio demográficas e pela Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), envolvendo autocuidado, produtividade e lazer, o que leva a acreditar que a funcionalidade está comprometida, pois de acordo com Machado, Machado e Soares (2013) a execução de uma atividade é um dos aspectos constituintes da funcionalidade.

Desta maneira, especificamente na ocupação de autocuidado: A alimentação e a marcha foram os tópicos mais citados e conseqüentemente mais afetados pela patologia, porém outros pontos foram destacados como: Abotoar o botão do vestuário, higiene íntima, dirigir, pentear/amarrar o cabelo, vestir roupa, andar sozinha, fechar o sutiã, tomar banho, fazer uso da toalha, calçar meias, calçar sapatos, passar batom, prender cabelo, fazer uso do dinheiro. Assim inúmeras AVD's são afetadas pelos comprometimentos ocasionados pelo AVE, afetando diretamente o modo de vida dos indivíduos (MACHADO, MACHADO, SOARES, 2013).

Bem como a pesquisa acima, se pode citar o estudo transversal coordenado por Del Duca, Silva e Hallal (2009) ocorrido em Pelotas-RS, de outubro/2007 a janeiro/2008 que teve por objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade para atividades





básicas e instrumentais de vida diária em idosos, avaliou 598 sujeitos por meio do Índice de Katz e Escala de Lawton, avaliando seis AVD's e oito AIVD's, sendo estas, usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro.

A maioria dos sujeitos da pesquisa eram mulheres (62,9%). A idade dos indivíduos variou de 60 a 104 anos. O estudo teve como resultado principal em relação às AIVD's, que os idosos foram menos independentes para realizar deslocamentos utilizando algum meio de transporte (82,4%), fazer compras (83,9%) e lavar a roupa (84,1%) e ainda, observou-se maior acúmulo de atividades instrumentais com incapacidade, tendo 10,4% dos sujeitos relatado incapacidade em duas a quatro atividades e 11,3% acumulando cinco ou mais atividades instrumentais com incapacidade, diferentemente das AVD's, em que se apresentou apenas uma atividade com déficit em relação às avaliadas.

O que corrobora com o afirmado no estudo de Ortiz, *et al* (2005) realizado em sete países da América Latina e ilhas do Caribe com idosos de 75 anos ou mais, que encontrou maiores prevalências de incapacidade funcional para as AVD's no Chile (34,7%), México (30,2%), Argentina (32,1%) e Brasil (28,6%) e maior prevalência de incapacidade funcional em AIVD's no Brasil (33,8%), ocupando o primeiro lugar, seguido por Chile (30,3%), Argentina (27,6%) e Cuba (26,7%). Ainda, quando comparadas às regiões brasileiras, evidenciou-se maior prevalência de incapacidade funcional entre mulheres idosas na região Norte (19,6%) e menor na região Sul (14,7%). Por fim, afirmando e justificando a complexidade das AIVD's e AVD's.

Deste modo o processo de reabilitação do paciente que sofre um AVE inicia-se na fase de hospitalização. As intervenções devem começar logo que o paciente estiver clinicamente estável e essa assistência imediata é necessária para garantir maior recuperação das funções motoras e sensorio-perceptivas. A falta de orientação quanto ao posicionamento no leito e o atraso no início da estimulação sensorial podem acarretar perdas significativas na evolução e na recuperação do quadro de lesão (ROCHA, MELLO, 2004).

Para autores como Rocha e Mello (2004), a intervenção do terapeuta ocupacional em hospital deve promover ações que melhorem ao máximo a comunicação entre o paciente, a família e a equipe como parceiros da situação. Dessa forma, o profissional estará instrumentalizando o paciente e a família para o resgate de sua autonomia e independência





nas AVD's e AIVD's, proporcionando-lhe oportunidades de escolha e de tomadas de decisões.

A Terapia Ocupacional (T.O) tem como alvo principal a intervenção na disfunção ocupacional. Esta é traduzida no cotidiano do indivíduo como uma dificuldade para realizar alguma atividade que lhe seja rotineira. Portanto um dos aspectos cruciais no processo terapêutico ocupacional devido aos déficits cognitivos e funcionais são as AVD's e AIVD's (MELLO, MANCINI, 2011; THINEN, MORAES, 2013).

4. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, FUNCIONALIDADE E SATISFAÇÃO.

Para Delboni, Malengo e Schmidt (2010), os indivíduos acometidos por AVE, possuem o desempenho das atividades funcionais comprometidas, devido às sequelas ocasionadas pela patologia, interferindo diretamente em suas ocupações ao longo de sua vida. Desta maneira, necessitará de auxílio para realizar parcial ou totalmente as AVD's e AIVD's, sendo impedido de executar, como anteriormente as funções que realizava.

Segundo a OMS (2003), a funcionalidade deve ser entendida como termo genérico para as funções e estruturas do corpo, atividades e participação, indicando os aspectos positivos entre a interação de um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais, sejam eles ambientais ou pessoais.

Assim pode-se inferir que as sequelas remanescentes geram o luto do “corpo perdido”, ou da perda da independência, podendo afetar o indivíduo em todas as esferas que o ser humano se envolve e pertence, significando um novo pensar e viver, no qual a adaptação e exploração de suas habilidades remanescentes irão delinear o processo da satisfação e funcionalidade perdida (DELBONI, MALENGO, SCHMIDT, 2010).

A perda da funcionalidade reflete na Satisfação, envolvendo o bem-estar subjetivo individual, ou seja, o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva. A dependência nas AVD's e AIVD's em indivíduos com sequelas de AVE possuem estreita relação com a qualidade de vida, neste sentido o comprometimento em sua realização afeta o bem estar, físico, psicológico, social e conseqüentemente a satisfação (KIM, KIM, KIM, 2014). Pois para Sposito, *et al* (2013), a satisfação pode ser influenciada por variáveis de natureza física, como mobilidade e a independência funcional.

Desta maneira há fatores que influenciam a satisfação o bem-estar subjetivo e psicológico de Indivíduos acometidos por AVE, pois de acordo com Rabelo e Néri (2006) a





capacidade cognitiva, suporte social efetivo, continuidade de uma ocupação produtiva, manutenção da competência em AIVD's e humor positivo são fatores extremamente importantes, destacando também que há variáveis negativas, que são a incapacidade funcional, déficits cognitivos, depressão, dificuldade em restabelecer a identidade e restrição à possibilidade de desempenhar atividades e papéis que contribuem para a auto definição, afetando a qualidade de vida.

A Qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como "a percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", por este motivo a satisfação na realização funcional das AVD's e AIVD's proporciona ao indivíduo melhora na qualidade de vida, sendo ambos os conceitos denominados subjetivos, e estando intrinsecamente ligados, por estarem relacionados a vários fatores, como por exemplo, pessoais, ambientais, econômicos e sociais (JOIA, RUIZ, DONALISIO, 2007).

A satisfação pode ser considerada um aspecto da motivação. Porém necessita-se separa-las para melhor caracterização. A motivação se caracteriza como a necessidade de se cumprir determinada atividade e a satisfação personifica-se no sentimento de realização diante do que se tem a fazer. Concomitantemente, pode se dizer que o grau de satisfação é muito subjetivo e variável, dependente das circunstâncias, das pessoas e dos significados que estas atribuem a determinados eventos/acontecimentos, podendo sofrer a influência de fatores internos e externos ao ambiente (POCINHO, FRAGOEIRO, 2012).

Como afirma os autores já citados, em seu trabalho relacionando a satisfação de docentes de nível superior, a satisfação é como uma variável de natureza emocional, constituindo um processo mental de avaliação de conhecimentos empíricos, resultando num estado agradável ou desagradável, pois o homem carrega consigo a sua bagagem de crenças e valores individuais, realizando uma avaliação de sua conduta, podendo produzir uma avaliação positiva, ou seja, satisfação e avaliação negativa, insatisfação.

Desta forma Meneses, *et al* (2012) destaca que por muitas vezes a perda do papel de provedor da família, a incapacidade em realizar ocupações que antes eram comuns e rotineiras como a alimentação, o vestir, dirigir, escrever, fazer uso adequado do dinheiro, trabalhar, entre outros, além do sentimento de inutilidade, de baixa estima, de sobrecarga familiar e desmotivação para viver, influenciam e afetam diretamente a autonomia, a independência e a participação social dos pacientes.





Assim considerando que (OMS) preconiza que a saúde não é apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas o bem estar total do indivíduo, Cruz (2010) destaca que após um AVE a satisfação e qualidade de vida poderão ser alteradas e influenciar diretamente nas condições de saúde do indivíduo, além de evidenciar a importância desses aspectos no processo de reabilitação.

Neste sentido a reabilitação cognitiva vem como método de intervenção para indivíduos acometidos por AVE, que possuem déficits cognitivos que afetam suas habilidades na execução de suas atividades diárias, corroborando para insatisfação de suas ocupações, que por vezes são negligenciadas, assim sendo realizadas por outras pessoas (CUNHA, *et al.* 2011).

5. REFLEXÕES ACERCA DA REABILITAÇÃO COGNITIVA

Nesta perspectiva os estudos atuais abordam experiências de trabalhos com a aprendizagem, memória, atenção, percepção e ação voluntária. Deste modo, os pesquisadores observando a nova tendência das pesquisas juntamente com progressos tecnológicos, passaram a estudar o modo da estrutura mental do indivíduo, em conjunto com a percepção e o estímulo, os quais formam o comportamento e a compreensão entre a atitude do indivíduo e o que ele vê, lembra ou acredita. Surge então, a Neurociência Cognitiva que tem como objetivo a fusão dos conhecimentos sobre as funções mentais às questões filosóficas e psicológicas acerca do comportamento humano, estudando a interação do sistema funcional com as diversas zonas cerebrais (ANDRADE, 2002; BOTTINO, *et al.* 2002).

A Neurociência Cognitiva realiza estudos sobre o entendimento da recepção de estímulo, das diferentes modalidades de percepção, analisa e decompõe a informação, as quais levadas para regiões específicas do córtex cerebral produzem uma percepção integrada através da comunicação entre as vias intracorticais, porém as conexões não são exatamente as mesmas em todos os indivíduos, ou seja, a identidade individual é formada através das memórias, que englobam o modo como indivíduo se comunica e como age no mundo, através da linguagem e da motricidade (ANDRADE, 2002; BOTTINO, *et al.* 2002).

Sendo assim, pode-se classificar a reabilitação cognitiva como o (re) aprendizado do indivíduo em suas atividades, considerando suas limitações, tais quais, déficits de memória e planejamento motor, tornando-o mais independente nas situações, melhorando os aspectos cognitivos que podem influenciar na melhora dos aspectos funcionais (BOTTINO, *et al.* 2002).





Anteriormente a reabilitação era vista e dividida em duas grandes abordagens pelos profissionais, sendo estas, a reabilitação cognitiva restauradora/curativa ou dirigida aos processos, que consiste em treinamento direto ou restauração de habilidades cognitivas, diferente de outras teorias este método foca nos déficits dos mecanismos subjacentes, por exemplo, de memória, atenção e função executiva. Por outro lado, a abordagem adaptativa/funcional foca nas atividades e funções que uma pessoa precisa e quer desempenhar, ou seja, atividades que lhe sejam significativas, ela ensina e treina a pessoa diretamente para que esta as desempenhe apesar da incapacidade cognitiva, com estratégias de adaptação ao ambiente de acordo com as habilidades da pessoa (KATZ, BAUM, MAIER, 2014).

A concepção atual de reabilitação cognitiva coloca as várias abordagens em um *continuum* de intervenção, mesclando as diferentes abordagens e entendendo a complexidade do fenômeno. Composto este *continuum* da reabilitação cognitiva encontra-se a base neuroanatômica, configurando-se em protocolos de tratamento que focam em disfunções específicas, tal qual, a heminegligência, bem como a abordagem restauradora/curativa, consistindo na melhoria dos déficits cognitivos, porém este método é mais indicado e adequado para clientes com déficits cognitivos específicos, de mínimos a moderados, especialmente nos estágios iniciais após o início da lesão ou evento (KATZ, BAUM, MAIER, 2014; TOGLIA, 2014).

Assim modelos de intervenção da T.O, como abordagens cognitivas compensatórias, que colocam ênfase primária nas habilidades cognitivas atuais da pessoa, que são utilizadas para melhorar os aspectos mais amplos da função, com base no treinamento ampliando os ganhos cognitivos de aspectos não deficitários e ainda podemos apresentar as abordagens funcionais e ambientais, que exigem que a pessoa aprenda atividades funcionais específicas, elas dependem do cliente ser capaz de responder a uma atividade e/ou ambiente modificado para reduzir o impacto dos déficits cognitivos e possibilitar a participação ideal na ocupação significativa (KATZ, BAUM, MAIER, 2014; TOGLIA, 2014).

Dentre os modelos mais amplamente utilizados atualmente encontra-se o Modelo Interativo Dinâmico de Cognição na Reabilitação Cognitiva, Modelo Interativo Dinâmico para a Esquizofrenia, Modelo de Incapacidades Cognitivas e o Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) de Polatajko e Mandich (2004) traduzido para o português como Orientação Cognitiva para o Desempenho Ocupacional Diário, modelo este que centra-se no cliente em relação ao seu desempenho de resolução de problemas que





permite a aquisição de habilidades por um processo de utilização de estratégias e descobertas guiadas (POLATJKO, MANDICH, MCEWEN, 2014).

O principal objetivo do CO-OP é a aquisição de habilidades específicas que o cliente necessita, deseja e/ou que esperam que este possua em seu repertório para o desempenho. Ainda, o modelo apoia o alcance de três objetivos adicionais, sendo estes, utilização das estratégias cognitivas, que asseguram a aquisição de habilidades; generalização, dando suporte para que o indivíduo utilize as estratégias fora do ambiente terapêutico e; transferência que promove que o sujeito adapte suas habilidades e estratégias de acordo com a exigência de atividades novas que encontre em sua vida diária, gerando um bom desempenho em suas atividades rotineiras (POLATJKO, MANDICH, MCEWEN, 2014).

Diante disto, aliada a reabilitação cognitiva é inserida a avaliação funcional, onde se busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos indivíduos de forma autônoma e independente, ou seja, sem a necessidade de adaptações ou de auxílio de outras pessoas, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. Essa avaliação se torna, portanto, essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007).

Avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas para o desempenho das atividades da vida cotidiana, para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos requeridos em seu dia-a-dia. De modo geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesmas e de seu entorno e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial ou total (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007; DEL DUCA, DA SILVA, HALLAL, 2009).

Desta forma, entendendo a relação entre aspectos cognitivos e funcionais o estudo de caso de Cunha *et al* (2011), investiga a relação entre reabilitação cognitiva e funcionalidade nas AVD's com paciente idoso, de 68 anos que apresentam quadro de Doença de Alzheimer (DA) leve, aliado ao tratamento medicamentoso. Aos seis meses de tratamento multidisciplinar e treinos de memória por meio da intervenção terapêutica ocupacional pôde se evidenciar a restauração de habilidades cognitivas como memória, sequenciamento de





atividade e organização espacial e ainda, a melhora visível em habilidades funcionais requerentes a atividades rotineiras, principalmente relacionadas ao autocuidado.

As interferências dos déficits cognitivos nas AVD's e AIVD's, atividades sociais e ocupacionais do paciente, podem servir não somente como um auxílio importante para o diagnóstico, mas também para estimar o impacto da doença sobre o indivíduo, além de facilitar a monitoração do plano de reabilitação. Pois sabe-se que o nível de incapacidade funcional do sujeito pode ser avaliado por meio das AVD's, bem como o grau de comprometimento também é avaliado com base no nível de prejuízo cognitivo (CUNHA, *et al.* 2011).

Silva e Cunha (2014) sugerem que a prática de tarefas ou habilidades específicas, sejam elas novas ou já conhecidas, devem ser sempre o foco principal do programa de tratamento dos pacientes neurológicos, conduzindo assim a melhor recuperação funcional, para que desta forma a neuroplasticidade ocorra por meio de estímulos diários.

Sendo a neuroplasticidade um fator que se insere na capacidade de adaptação do sistema nervoso, especialmente a dos neurónios, às diversas mudanças nas condições do ambiente que ocorrem na vida diária dos indivíduos, aspecto este que influencia diretamente na reabilitação de indivíduos acometidos por AVE, pois permite a recuperação ou aquisição de habilidades, assim abordagens que estimulem este fator, terão resultados satisfatórios (LENT, 2001; ZILLI, LIMA, KOBLER, 2014).

Portanto a reabilitação cognitiva visa recuperar o equilíbrio entre as estruturas cerebrais e criar estratégias compensatórias para melhorar a funcionalidade, principalmente focando os objetivos funcionais do dia-a-dia do cliente e seus familiares, favorecendo o desempenho das AVD's e AIVD's, por meio dos ganhos cognitivos, fazendo uso de treino, reeducação e adaptação introduzindo os hábitos e rotinas do cliente (ÁVILA, *et al.* 2015).

Desta maneira, o presente trabalho objetivou relacionar a funcionalidade e a satisfação na realização das AVD's e AIVD's em paciente que foi acometido por AVE, por meio de atendimento terapêutico ocupacional utilizando a abordagem da reabilitação cognitiva. Objetivou-se também avaliar o nível de funcionalidade e investigar a satisfação do cliente de forma comparativa entre o resultado inicial e final do estudo.





6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo se apresenta como longitudinal de pré e pós intervenção, de cunho qualitativo através de intervenção com paciente acometido por AVE. Foi realizada pesquisa bibliográfica, a fim de construir o arcabouço teórico para escrita e conhecimento sobre o tema, sendo analisados nos bancos de dados da PERÍODICO DA CAPES, PUBMED, SCOPUS, UFSCAR, SCIELO e USP, fazendo uso das palavras-chave: “Acidente Vascular Encefálico”, “Funcionalidade”, “Satisfação”, “Reabilitação Cognitiva”, “Atividade de Vida Diária”, “Atividade Instrumentais de Vida Diária”, no período de março a junho de 2015.

6.2 LOCAL DA PESQUISA

As intervenções foram desenvolvidas na sala de Atividade de Vida Diária que fica localizado na Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (FFTO) da Universidade Federal do Pará (UFPA) e também no domicílio da paciente.

6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Ocorreu á seleção de pacientes acometidos por AVE, no mês Maio de 2016, proveniente do projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as Atividades de Vida Diária” da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará.

O universo inicial da amostra foi de 3 pacientes, selecionados para o projeto, que manifestaram seu aceite em participar assinando o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Porém, desta amostragem, dois pacientes abandonaram o tratamento, alegando dificuldades financeiras e de locomoção para chegar ao laboratório. Desta forma, o universo final contou-se com 1 paciente.

A viabilização da amostra foi constituída a partir da seleção do indivíduo que estivesse dentro dos seguintes critérios de inclusão.

6.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: pacientes elegíveis para o projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as atividades de vida diária”, de ambos os sexos, com idade entre 35 á 70 anos, acometidos por AVE, com algum comprometimento a nível cognitivo que prejudique a realização e independência nas AVD’s e





AIVD's; que possuam menos de 2 anos de acometimento da doença neurológica. É critério de inclusão que os indivíduos aceitem e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE A)

6.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram adotados como critérios de exclusão, pacientes não elegíveis ao projeto, adultos que não estejam na faixa etária estabelecida acima, que possuam outro tipo de patologia que não seja o AVE, que não possuam comprometimento em nível da realização das AVD's e AIVD's, que possuam mais de 2 anos de acometimento da patologia neurológica. Serão consideradas excluídas da pesquisa pacientes que não aceitem os termos do TCLE ou não o assinem, ainda que atendam aos demais critérios estabelecidos para inclusão.

6.4 ETAPAS DA PESQUISA DE CAMPO

1. Seleção de pacientes para pesquisa

2. Explicação sobre o propósito da pesquisa para os pacientes, apresentando o TCLE (APÊNDICE A). Assim aqueles que aceitarem participar deveram assinar o termo.

3. Aplicação dos protocolos KATZ, MIF e COPM na avaliação inicial, no mês de Maio.

4. Intervenções pautadas na reabilitação cognitiva com enfoque nas AVD's e AIVD's, iniciando em Maio e finalizando em Agosto de 2016, uma vez por semana com duração entre 45 minutos à 1 hora, na sala de AVD, localizada na FFTO e em domicílio, e registro dos atendimentos por meio de evoluções após as sessões.

5. Aplicação final dos protocolos KATZ, MIF e COPM, no mês de Agosto.

6. Análise dos resultados

6.5 COLETA DE DADOS

Avaliação

Realizada por meio da avaliação de AVE do projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as atividades de vida diária”, pelos protocolos KATZ e MIF a fim de mensurar a funcionalidade do indivíduo e o uso do protocolo COPM, com o intuito de avaliar a satisfação do indivíduo na realização das AVD's e AIVD's.

Atendimentos





Realizados no laboratório de AVD e em domicílio, pelo período de quatro meses, Maio, Junho, Julho e Agosto de 2016, uma vez por semana no total de dezessete atendimentos, sendo realizado registro dos atendimentos por meio de evoluções após as sessões.

Reavaliação

Aplicação dos protocolos KATZ, MIF e COPM.

6.5.1 PROTOCOLO KATZ

Katz e cols. desenvolveram o denominado “Index of ADL (Index of Activity Daily Living)”, um instrumento de medida das atividades de vida diária organizado para mensurar independência no desempenho dessas seis funções. Esse instrumento representa a descrição de um fenômeno observado em um contexto biológico e social e, apesar do desenvolvimento de outros, ainda tem sido dos mais utilizados na literatura gerontológica.

Dentre as atividades avaliadas, encontram-se:

a) “Banhar-se”: Análise em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações.

b) “Vestir-se”: Considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito.

c) “Ir ao banheiro”: Compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas.

d) “Transferência”: Avaliada pelo movimento desempenhado pela pessoa para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa.

e) “Continência”: Refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar.

f) “Alimentação”: Relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007).

Diante das atividades avaliadas o paciente pode ser classificado segundo suas informações, como “Independente” estando nos resultados do item “A”; “B”; “C” e “D”, onde pode se apresentar totalmente independente, ou independente para no mínimo três e dependente em atividades como “banhar-se”, “vestir-se” e outra função adicional. O paciente





apresenta-se dependente quando este apresenta limitação em todas e em quatro ou mais atividades, correspondentes aos itens “E”, “F”, “G” e “H”, relatando limitação em atividades como “banhar-se”, “vestir-se”, “ir ao banheiro” e “alimentação” e outra função adicional (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007).

Assim as pesquisadoras identificaram o nível de funcionalidade nas AVD's da paciente, na avaliação inicial que ocorreu no mês de Maio, e no mês de Agosto foi concluído o processo com a avaliação final.

6.5.2 PROTOCOLO MIF

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi desenvolvida em 1980, com o objetivo de elaborar um instrumento validado com a capacidade de mensurar o grau de necessidade de cuidados de terceiros para realização de atividades motoras e cognitivas (RIBERTO, *et al.* 2001).

A medida verifica o desempenho do indivíduo na realização de um conjunto de 18 atividades agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle dos esfíncteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação partindo-se de 1 (dependência total) e podendo chegar a 7 (independência completa). Através da realização da soma de cada dimensão obtém-se o escore total, que pode variar de 18 a 126 pontos, onde estes, irão caracterizar os níveis de dependência pelos seguintes sub-escores: 18 pontos: dependência completa (assistência total), 19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50%), 61-103 pontos: dependência modificada (assistência de até 25%) e 104-126 pontos: independência completa / modificada (AMENDOLA, 2007).

A MIF primordialmente mensura o que o indivíduo com incapacidade é capaz de realizar, e não o que deveria ou poderia fazer em circunstâncias diversas (BENVEGNO, *et al.* 2008).

Assim as pesquisadoras identificaram o nível de funcionalidade nas AVD's e AIVD's da paciente, na avaliação inicial que ocorreu no mês de Maio, e no mês de Agosto conclui-se o processo com a avaliação final.

6.5.3 PROTOCOLO COPM

A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), publicada pela primeira vez em 1990 por Law *et al.*, e foi desenvolvida por pesquisadores canadenses com o intuito de





ser utilizada como guia para terapeutas ocupacionais, baseando-se na prática centrada no cliente (CALDAS, FACUNDES, SILVA, 2011).

O desenvolvimento da medida teve como aspecto estruturador o Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, focalizando o desempenho nas áreas de autocuidado, produtividade e lazer, bem como os componentes de desempenho (físico, mental, sociocultural e espiritual), o ambiente, o estágio de desenvolvimento, os papéis na vida e a motivação do sujeito (LAW, *et al.* 2009).

A COPM caracteriza-se por ser uma medida individualizada, realizada através de entrevista semi-estruturada, em que o sujeito pontua as atividades mais importantes em seu cotidiano que se encontra em dificuldade. A medida abrange três áreas de desempenho ocupacional: atividades de autocuidado (cuidados pessoais, mobilidade funcional e funcionamento na comunidade), atividades produtivas (trabalho remunerado ou não, manejo das atividades domésticas, escola e brincar) e atividades de lazer (ação tranquila, recreação ativa e socialização). Na avaliação atribui-se um grau de importância a essas atividades, que varia numa escala de 1 a 10, de forma crescente.

O terapeuta pontua, com o cliente, os cinco principais problemas de desempenho ocupacional vivenciados, listando as atividades comprometidas conforme o grau de importância estabelecido. Em seguida, o sujeito auto-avalia seu desempenho e satisfação com esse desempenho também por meio de duas escalas de variação de 1 a 10 pontos para as respectivas atividades funcionais.

Estudos recentes referem que a COPM tem grande impacto na prática clínica e que pode ser útil para clientes com diferentes incapacidades, independente de diagnósticos específicos, tendo em vista a importância do uso do protocolo na avaliação funcional (CUNHA, *et al.* 2011; LAW, *et al.* 2009).

Assim as pesquisadoras identificaram o nível de satisfação da paciente na realização de suas AVD's e AIVD's, na avaliação inicial que ocorreu no mês de Maio, e na avaliação final no mês de Agosto.

6.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi feita a comparação de dados obtidos nos protocolos KATZ, MIF e COPM sendo aplicados na avaliação inicial e final da pesquisa, no período de Maio a



Agosto de 2016. Além da análise e observação dos atendimentos, que foram registrados por meio de evoluções, sendo comparados com a literatura.

6.7 CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa está de acordo com preceitos éticos estabelecidos na resolução 196/96 e suas complementares, que dispõem sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012). Sendo submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo comitê de ética com o número do protocolo: 54939615.0.0000.0018.



7. RESULTADOS

A paciente identificada com as iniciais do seu nome N. F. L. T., 60 anos, sexo feminino, procedente de Belém, exerce a ocupação de dona de casa, mora em casa de alvenaria, com quatro compartimentos, convive em seu lar com dois filhos, três netos, nora e irmã. Recebe benefício por incapacidade. Apresenta comorbidades associadas, sendo artrose e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e não possui histórico pregresso de etilismo e tabagismo.

Sofreu episódios de AVE em três momentos (sendo estes, o primeiro transitório e os dois seguintes, um em cada hemisfério cerebral), o primeiro ocorreu em 2003, o segundo episódio os familiares não souberam relatar a data e o terceiro ocorreu em janeiro de 2015, desta forma tais acometimentos acarretaram em grandes dificuldades cognitivas e perceptuais.

Como queixa principal relatou déficits relacionados a aspectos cognitivos, apresentando dificuldades iniciais em “organizar os pensamentos”, “cortar alimentos”, “cozinhar”, “organização financeira”, “vestir roupa, principalmente o sutiã”, “sentar na cadeira” e “mobilidade”. Realizava as AVD’s e AIVD’s, porém necessitando de auxílio, dicas e supervisão de terceiros.

Os familiares relataram no momento inicial que a paciente era independente no gerenciamento do lar e “fazer compras”, porém após o terceiro episódio de AVE apresentava “esquecimento”, não lembrando o sequenciamento das atividades antes rotineiras e até automáticas, além de ter elevado o histórico de quedas e machucados, pois, N. F. L. T não percebe a profundidade de obstáculos e/ou objetos.

Foi realizada uma avaliação inicial por meio da anamnese de AVE do projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as atividades de vida diária” para coletar informações necessárias sobre o histórico clínico, ocupacional e social da paciente.

Os testes padronizados, tal qual o índice de KATZ, MIF e a COPM, foram aplicados com o intuito de relacionar a funcionalidade com a satisfação no processo de reabilitação cognitiva por meio das AVD’s e AIVD’s, evidenciando a fidedignidade dos resultados. Os protocolos e a anamnese foram realizados com a paciente e um familiar confirmando as informações relatadas.





Os atendimentos foram realizados nas salas de AVD da FFTO, configurando-se em 8 sessões e 9 sessões em domicílio, pelo período de quatro meses, Maio, Junho, Julho e Agosto de 2016, uma vez por semana, com duração entre 45 minutos à 1 hora, totalizando dezessete sessões, para obtenção dos resultados a seguir.

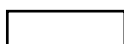
A análise dos dados coletados na avaliação inicial pelos protocolos, sugeriram prejuízos relacionados a funcionalidade e satisfação. O índice de KATZ apresentou dependência parcial por meio de ajuda humana nas AVD's de vestir, alimentação e transferir-se, porém, isto se alterou no momento da reavaliação, N. F. L. T., demonstrou independência em relação às AVD's avaliadas, como descrito no Quadro. 1.

Quadro 1- Resultado do índice de KATZ aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.

FUNÇÃO	AVALIAÇÃO	REAVALIAÇÃO
Banhar-se	Independente	Independente
Vestir-se	Dependência parcial ajuda humana	Independente
Uso do banheiro	Independente	Independente
Transferir-se	Dependência parcial ajuda humana	Independente
Controle esfinteriano	Independente	Independente
Alimentar-se	Dependência parcial ajuda humana	Independente

Fonte: o próprio autor.

A MIF, na avaliação inicial demonstrou prejuízos na funcionalidade das AVD's e AIVD's. No tópico do autocuidado apresentou supervisão para alimentação e vestir metade inferior e assistência moderada em vestir metade superior, porém na reavaliação todas as atividades foram pontuadas como independência completa.





Quadro 2- Resultado do protocolo MIF/ Autocuidados aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.

	AUTOUIDADOS					
	A- Alimentação	B- Higiene pessoal	C- Banho (lavar o corpo)	D- Vestir metade superior	E- Vestir metade inferior	F- Utilização do vaso sanitário
Avaliação inicial	5	7	7	3	5	7
Reavaliação	7	7	7	7	7	7

Fonte: o próprio autor.

O controle de esfínteres não apresentou comprometimento na avaliação inicial e na reavaliação, como exposto no quadro 3.

Quadro 3- Resultado do protocolo MIF/ Controle dos esfínteres aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.

	CONTROLE DOS ESFÍNCTERES	
	G- Controle da urina	H- Controle das fezes
Avaliação inicial	7	7
Reavaliação	7	7

Fonte: o próprio autor.

A mobilidade/ transferência do leito para cadeira, pontuou assistência com contato mínimo na avaliação inicial, porém na reavaliação atingiu independência completa, assim como nos outros itens avaliados, que não apresentaram modificação durante as avaliações.

Quadro 4- Resultado do protocolo MIF/ Mobilidade - Transferência aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.





MOBILIDADE/ TRANSFERÊNCIAS			
	I- Leito, cadeira	J- Vaso sanitário	K- Banheira, chuveiro
Avaliação inicial	4	7	7
Reavaliação	7	7	7

Fonte: o próprio autor.

A locomoção em relação à marcha apresentou na avaliação inicial assistência com contato mínimo e independência completa na reavaliação. Nas escadas apresentou dependência modificada em ambas as avaliações.

Quadro 5- Resultado do protocolo MIF/ Locomoção aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.

LOCOMOÇÃO		
	L- Marcha	M- Escadas
Avaliação inicial	4	6
Reavaliação	□ 7	□ 6

Fonte: o próprio autor.

Em comunicação na avaliação inicial a compreensão foi destacada com pontuação de facilitação mínima, na reavaliação apresentou facilitação potencial. Não houve mudanças na pontuação da expressão, apresentando facilitação potencial.

Quadro 6- Resultado do protocolo MIF/ Comunicação aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.





COMUNICAÇÃO		
	N- Compreensão	O- Expressão
Avaliação inicial	4	5
Reavaliação	5	5

Fonte: o próprio autor.

A cognição social no item interação social na avaliação inicial apontou independência modificada, na resolução de problemas apresentou orientação máxima, e em memória pontuou facilitação mínima. Na reavaliação a interação social pontuou como independência total, a resolução de problemas foi classificada com orientação moderada e a memória foi pontuada como supervisão.

Quadro 7- Resultado do protocolo MIF/ Cognição social aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.

COGNIÇÃO SOCIAL			
	P- Interação social	Q- Resolução de problemas	R- Memória
Avaliação inicial	6	2	4
<input type="checkbox"/> Reavaliação	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Fonte: o próprio autor.

O resultado da MIF demonstra o aumento significativo na funcionalidade, pois apresentou na avaliação inicial, dependência modificada (assistência de até 25%), e na reavaliação pontuou como independência completa ou modificada, o que corrobora para a melhoria da execução das AVD's e AIVD's.





Quadro 8- Resultado total da MIF aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.

RESULTADO TOTAL DA MIF	
AVALIAÇÃO INICIAL	97
REAValiação	116

Fonte: o próprio autor.

A COPM revelou grande insatisfação no desempenho das AVD's e AIVD's, com necessidade de auxílio para sua realização na avaliação inicial. Na reavaliação apresentou aumento significativo no desempenho e na satisfação.

Quadro 9- Resultado do Protocolo COPM aplicado no momento da avaliação e quatro meses após a intervenção.

	AVALIAÇÃO INICIAL		REAValiação	
	DESEMPENHO 1	SATISFAÇÃO 1	DESEMPENHO 2	SATISFAÇÃO 2
PROBLEMAS DE DESEMPENHO OCUPACIONAL				
Alimentação	5	3	7	8
Limpeza da casa	5	3	8	9
Vestir-se	3	3	8	7
Pentear o cabelo	2	3	10	10
Ir a feira	3	3	10	10
Pontuação final	3,6	3,0	8,6	8,8

Fonte: o próprio autor.

Quadro 10- Resultado da mudança de escore do protocolo COPM.





	DESEMPENHO	SATISFAÇÃO
ESCORES DE MUDANÇA	43 – 18	44 - 15
TOTAL	25	29

Fonte: o próprio autor.

O total do escore de mudança da COPM demonstra o aumento do desempenho em 25 pontos, e da satisfação em 29 pontos, aumento este relevante para contribuição da discussão na relação entre funcionalidade e satisfação, demonstrando a intrínseca relação entre ambos.

Com base nos resultados expostos na avaliação inicial, planejou-se as intervenções com o objetivo de trabalhar as limitações nas AVD's e AIVD's, estimulando as habilidades cognitivas, buscando melhora na funcionalidade e aumento na satisfação, considerando os problemas apontados como causadores de insatisfação. As sessões eram seguidas de orientações para a paciente e para o cuidador para a realização diária do que havia sido treinado, estimulado e adaptado para inserção no seu cotidiano.

O quadro 11 apresenta de forma sucinta as atividades desenvolvidas nas sessões e seus objetivos. A descrição detalhada das atividades está no Apêndice B.

Quadro 11- Número de sessões, atividades e os objetivos dos atendimentos.

Sessão	Atividade	Objetivo
Sessão 1	Aplicação da Avaliação de AVE do Projeto de Extensão	Mensurar e avaliar aspectos cognitivos e motores
Sessão 2	Aplicação dos Protocolos KATZ, MIF e COPM e Atividade de Organização do ambiente da cozinha do laboratório.	Elencar o nível de (in) dependência em AVD's por meio do protocolo KATZ e questões problemas por meio do protocolo COPM, além de trabalhar memória de curto prazo, sequenciamento e habilidades construtivas.
Sessão 3	Confecção do quadro de rotina	Déficits:





		<ul style="list-style-type: none"> • De memória de médio prazo • De atenção.
Sessão 4	AVD de vestir	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades construtivas • De percepção de profundidade • De praxia de vestimenta • De memória • De atenção • De sequenciamento.
Sessão 5	AVD de pentear o cabelo e atividade objetivando estimular a memória □	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial, • De habilidades construtivas • De percepção de profundidade • De memória de médio prazo • De atenção • De sequenciamento
Sessão 6	AVD de calçar os sapatos e atividade objetivando estimular memória e atenção	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades construtivas





		<ul style="list-style-type: none"> • De habilidades espaciais • De praxia de vestimenta e de marcha • De memória • De atenção • De sequenciamento.
Sessão 7	Orientação espacial	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades espaciais • De praxia de marcha • De memória • De atenção.
Sessão 8	<input type="checkbox"/> Orientação espacial <input type="checkbox"/>	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades construtivas • De habilidades espaciais • De percepção de profundidade • De praxia de vestimenta e de marcha • De memória • De atenção • De sequenciamento.
Sessão 9	Orientações in loco	Déficits:



		<ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades construtivas • De habilidades espaciais • De percepção de profundidade • De praxia de vestimenta e de marcha • De memória • De atenção • De sequenciamento.
Sessão 10	Estratégias de memorização por meio de cartões e rota	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De habilidades espaciais • De praxia de marcha • De memória de médio prazo • De atenção
Sessão 11	AVD de alimentação e AIVD de cozinhar	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades construtivas • De habilidades espaciais • De percepção de profundidade • De memória • De atenção • De sequenciamento.



Sessão 12	AVD de alimentação e AIVD de cozinhar	Déficits: <ul style="list-style-type: none">• De gnosia visuoespacial• De habilidades construtivas• De habilidades espaciais• De percepção de profundidade• De memória• De atenção• De sequenciamento
Sessão 13	AIVD de cozinhar	Déficits: <ul style="list-style-type: none">• De gnosia visuoespacial• De habilidades construtivas• De habilidades espaciais• De percepção de profundidade• De memória• De atenção• De sequenciamento
Sessão 14	AVD de alimentação e AIVD de cozinhar	Déficits: <ul style="list-style-type: none">• De gnosia visuoespacial• De habilidades construtivas• De habilidades espaciais





		<ul style="list-style-type: none"> • De percepção de profundidade • De memória • De atenção • De sequenciamento
Sessão 15	AVD de alimentação e AIVD de cozinhar	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades construtivas • De habilidades espaciais • De percepção de profundidade • De memória • De atenção • De sequenciamento
Sessão 16	AIVD limpeza (gerenciamento do lar)	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial • De habilidades construtivas • De habilidades espaciais • De percepção de profundidade • De memória • De atenção • De sequenciamento
Sessão 17	AIVD limpeza (gerenciamento do lar) e	<p>Déficits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De gnosia visuoespacial





	aplicação do protocolo KATZ, MIF e COPM	<ul style="list-style-type: none"> • De habilidades construtivas • De habilidades espaciais • De percepção de profundidade • De memória • De atenção • De sequenciamento. <p>Além de reavaliar o nível de (in) dependência por meio do protocolo KATZ e as questões problemas por meio do protocolo COPM</p>
--	---	--

Fonte: o próprio autor.

Como exposto, as atividades treinadas possuíam mais de um objetivo, porém para melhor dinamização do texto serão elencadas apenas algumas atividades referentes a cada déficit do sujeito da pesquisa.

Déficit na gnosis visuoespacial

Os déficits avaliados na paciente foram compatíveis com o que a literatura descreve para Agnosia visuoespacial, tais quais: dificuldade de identificar frente e trás da roupa, derramar o alimento do prato e dificuldades em passar por obstáculos nas ruas. (GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010; GUSMÃO, CAMPOS, TEIXEIRA, 2007). Assim os atendimentos realizados com o objetivo de trabalhar este aspecto e exemplificar o déficit, foram as AVD's de vestir e de alimentação.

Desta forma na sessão 4 para trabalhar a AVD de vestir, realizada no laboratório de AVD, foi utilizado à estratégia de sequenciamento e experimentação de recursos que facilitassem o desempenho, como pregadores, fita adesiva e clipe, sobre a orientação de coloca-los atrás da roupa para que assim pudesse distinguir frente e costa. A paciente seguia as etapas do vestir desde pegar a roupa no armário que estava pendurada no cabide até o ato de vestir-se, realizando ao final do atendimento sem dificuldade e com independência por





meio da estratégia proposta, possuindo dificuldade apenas com roupas complexas, com várias tiras e alças finas. Na sessão 9 foi realizada orientação em domicílio, para lembrar as atividades já trabalhadas, averiguando a manutenção do desempenho, sendo observada a independência no vestir da paciente.

Na AVD de alimentação, trabalhada na sessão 11 em domicílio, a paciente trazia o alimento para a borda do prato, assim deixando-o cair para fora, desta forma foi orientado o uso de um prato fundo, que já havia na casa, e colocar pouco alimento na colher, o que facilitou a alimentação, configurando-se como uma estratégia adaptativa, porém nas sessões 12, 14 e 15, realizadas em domicílio percebeu-se que às vezes a comida ainda caía, em pouca quantidade, desta forma resolvendo parcialmente a dificuldade.

Na AVD de vestir e alimentação observou-se durante os atendimentos melhora nos déficits citados acima.

Déficits na praxia

Observou-se que na AVD alimentação a paciente apresentou dificuldades na praxia construtiva, relacionada à organização da mesa, demonstrando dificuldade inicial em elencar objetos domésticos ou alimentos solicitados, mesmo com a presença de pistas visuais, como a fixação dos nomes nos mesmos; discriminação dos objetos requeridos em meio a outros; e na relação da quantidade de pessoas e a quantidade de utensílios domésticos necessários, por vezes designando utensílios iguais para a mesma pessoa e esquecendo-se de colocar para si.

Neste sentido, foram realizadas duas atividades no laboratório de AVD, na sessão 2 simulando a organização do espaço doméstico, apresentando a cozinha, armários e utensílios presentes no espaço para desta forma, solicitar que a paciente organizasse os potes de mantimentos solicitados no armário e simulasse a organização da mesa para o almoço, elencando os objetos e informando suas funções. Para isso, foram utilizadas pistas visuais, como a nomeação dos utensílios em cartões e comandos verbais, indicando que a paciente lesse os rótulos e frases como “Você tem certeza?” e “A colher é está?” “Vamos verificar se está correto?”.

Posteriormente, realizou-se treino direto no domicílio da paciente, no qual foram realizadas orientações domiciliares, como a respeito de disposição de mantimentos ou utensílios em prateleiras mais baixas e organização da mesa, em que observou-se que ao final, a paciente apresentou maior capacidade em selecionar utensílios e alimentos, não sendo





necessária a fixação de rótulos ou comandos verbais, demonstrando maior facilidade na discriminação de objetos em meio a outros e apresentando maior habilidade em designar utensílios para a quantidade correta de pessoas, porém ainda necessitando de comandos verbais simples, como “Está certo?” para designar objetos para si.

Ao que diz respeito à praxia de vestimenta pode se elencar principalmente a AVD de calçar os sapatos, em que inicialmente a paciente apresentou dificuldades em lateralidade, não conseguindo identificar o lado correspondente do sapato, calçando o sapato do pé direito no pé esquerdo; demonstrando dificuldades em identificar o par de sapatos solicitado em meio a outros; além de não conseguir identificar o que seria a parte frontal do calçado, mesmo que este fosse habitualmente utilizado.

Desta forma, foram realizadas na sessão 6 duas atividades no laboratório de AVD, para o treino do calçar, desde a organização e seleção do sapato até o próprio ato de calçar. Para isso, foram utilizados comandos verbais e dicas físicas, como um toque em uma das pernas para indicar o lado correto e a demonstração de onde o sapato estava na sapateira. Posteriormente, realizou-se treino direto no domicílio da paciente, no qual foram realizadas orientações domiciliares, como a organização da sapateira, indicando uma altura adequada e a organização dos sapatos em pares. Observou-se que ao final, a paciente apresentou maior habilidade na organização e seleção dos sapatos, não demonstrou dificuldades na identificação da parte frontal de seus sapatos e ainda, demonstrando maior desenvoltura no ato de calçar, sem a necessidade de dica física.

Na praxia da marcha podemos identificar na AIVD de orientação dentro do Campus da Universidade, que ocorreu nas sessões 7, 8 e 10 em que a paciente apresentou dificuldades em identificar a profundidade de obstáculos e/ou degraus mesmo com a utilização de óculos de grau. Para isto, foram realizadas três atividades no laboratório de AVD para o treino da marcha de forma segura, por meio de orientações e realizando o caminho dentro da Universidade. Foram utilizados comandos verbais, dicas físicas e pistas visuais, como mapas.

Observou-se que ao final, ainda apresentou dificuldades na realização da marcha de forma segura, não realizando percursos sozinha, solicitando dicas físicas e comandos verbais para indicar o caminho, e ainda demonstra dificuldade moderada em relação à profundidade, porém é essencial descrever que a paciente possui dificuldades na utilização do óculos, relatando que não está mais suprindo sua necessidade, portanto, não é possível afirmar que a





dificuldade é oriunda apenas da apraxia de marcha. No entanto ao final de todos os atendimentos a paciente demonstrou-se mais segura na realização da marcha, realizando percursos sozinha, a lugares próximos a sua casa.

Déficits nas habilidades construtivas

Observou-se que na AVD de pentear o cabelo e na AIVD de limpeza, a paciente apresentou dificuldades iniciais em habilidades construtivas, relacionadas à seleção de objetos, evocação e movimentos necessários e a execução em série dos mesmos.

Neste sentido, foram realizadas duas atividades no laboratório de AVD, na sessão 5 para o treino de pentear, desde a seleção de objetos em meio a outros, indicando suas funções até a execução da atividade por etapas, como colocar os cabelos para frente para melhor visualização em frente ao espelho, após, pentear os cabelos em suas pontas, gerando uma amplitude de movimento reduzida inicialmente, para depois pentear todo o cabelo, aumentando a amplitude. Para a AIVD de limpeza foram realizadas três atividades no domicílio da paciente, nas sessões 16 e 17, englobando a orientação quanto à organização dos espaços, estabelecimento de rotinas, como indicar apenas um dia para a realização da limpeza e o próprio ato de limpar. Para isso, foram utilizados comandos verbais e dicas físicas.

Observou-se que ao final, a paciente apresentou maior habilidade na seleção de objetos corretos e demonstrou maior capacidade em evocar os movimentos necessários para as atividades, além de melhor desempenho na execução dos movimentos, tornando o ato de pentear-se automático novamente, porém ainda necessitando de auxílio com comandos verbais simples na AIVD de limpeza.

Déficits nas habilidades espaciais

A paciente apresentou dificuldades em: encontrar o caminho e lembrar-se de pontos de referência, o que dificultava a sua ida a feira, igreja, posto de saúde e para a UFPA sozinha. Desta maneira para a sessão 7 objetivou-se trabalhar orientação espacial, fazendo o percurso do final da linha da UFPA até a FFTO, ao ser indagada sobre o caminho e os principais pontos de referência na sala de AVD, a paciente apresentou muita dificuldade em se lembrar da rota percorrida, desta maneira foi utilizada a estratégia de desenhar o caminho, e após dicas verbais os pontos de referência foram sendo rememorados.





Na sessão 8, a paciente foi acompanhada desde sua chegada à UFPA, sendo orientada durante o trajeto para a FFTO. Desta forma, foi utilizado o ônibus circular e no caminho foram dadas orientações acerca de pontos de referência e pontos de parada. Ao chegar para finalizar o atendimento foi proposta a construção de um mapa com a rota realizada. A paciente apresentou grande dificuldade em lembrar os pontos de referência. Portanto, utilizou-se um mapa da Universidade (disponível no site da instituição) para ajuda-la a localizar-se, a mesma ainda apresentou dificuldades, porém concluiu a atividade sem intercorrências. Ao final dos atendimentos foram dadas orientações sobre o que foi trabalhado para o acompanhante, para ser treinado em casa e quando estivesse indo em locais diferentes.

A paciente apresentou melhoras em se localizar nos lugares, pois no final dos atendimentos segundo seu relato e de familiares, a mesma já se locomovia de forma independente para lugares próximos de sua casa, como, feira, igreja e posto de saúde.

Déficits na percepção de profundidade

Observou-se que na AIVD cozinhar a paciente apresentou dificuldades em percepção de profundidade, relacionada a fazer o café e/ou suco, organização de utensílios e alimentos necessários, etapas da atividade, dificuldades em encaixe de objetos e na profundidade, principalmente no uso de eletrodomésticos.

Neste sentido, as habilidades necessárias para o desempenho dessas atividades foram trabalhadas nas sessões 11, 12, 13, 14 e 15 no domicílio da paciente, evidenciando um número de sessões maior, devido a grande dificuldade de realização da atividade de forma independente. Desta maneira foi realizado o treino de fazer o suco/café, organização e separação dos objetos necessários, organização do espaço doméstico e execução dos movimentos de forma sequenciada. Para isso, foram utilizados comandos verbais, dicas físicas e demonstração da atividade, como encaixe de objetos e indicando a posição correta para o uso do eletrodoméstico, favorecendo a percepção da profundidade. Observou-se que ao final, a paciente apresentou maior capacidade em selecionar utensílios e alimentos, em seguir as etapas da atividade, executar os movimentos de forma independente e maior consciência e percepção visual da profundidade e encaixe de objetos.

Déficits de memória





A paciente apresentou dificuldades em: lembrar o nome de objetos, de lugares e pessoas, assim, a memória foi trabalhada na sessão 3, na sala de AVD, por meio de um quadro para a rotina diária da paciente, confeccionado com recursos de baixo custo, assim as atividades realizadas durante o dia seriam selecionadas e colocadas no quadro. A paciente demonstrou uma latência maior para se organizar, achar os dias e colocar as atividades no espaço correto, porém conseguiu com auxílio por meio de pistas verbais e visuais. Na sessão 9, realizada em domicílio, foi destacado a dificuldade em usar o quadro, pois o material de que era feito o recurso, não ficava suspenso por muito tempo na parede do domicílio da paciente, assim houve modificação no material de confecção do recurso para que ele ficasse mais resistente.

Também foi trabalhada na sessão 5 e 6 no laboratório de AVD, a associação de cores com objetos e memória. Na sessão 5 a paciente não demonstrou dificuldade em achar as cores no início da atividade, porém no final a mesma teve dificuldade em encontrar a cor verde e rosa, em relação a associação das cores com objetos que estavam na sala e frutas, era necessário pistas verbais, porém na sessão 6 a paciente não demonstrou dificuldade durante toda a atividade, não necessitando de auxílio, inclusive conseguiu associar os acessórios que estavam na sala com os que a mesma teria em seu domicílio.

Na sessão 10 realizada no laboratório de AVD foram utilizados como recurso cartões para trabalhar a memória, pois a paciente esquecia qual o nome do ônibus que pegava para chegar a UFPA, onde fica localizada a FFTO, local em que ocorria o atendimento, e também um cartão com o nome e o número de telefone de uma pessoa da família, para o caso de se perder, assim a paciente foi orientada, para que fizesse uso dos cartões de acordo com a necessidade, se fosse para UFPA, que levasse ambos os cartões, se fosse para outro local, seria necessário levar apenas o cartão com o contato do familiar.

Observou-se durante os atendimentos que a paciente apresentou melhora na memória, lembrando-se de acontecimentos diários e semanais de seu cotidiano.

Déficits de atenção

Para trabalhar este déficit com a paciente que apresentava dificuldades em manter a atenção por períodos longos de tempo durante uma atividade que exigisse empenho, foi realizada na sessão 6 no laboratório de AVD, a atividade que a paciente teria que nomear, dar a função, e como seriam usados os acessórios e as maquiagens, que foram colocadas sobre





uma mesa. A paciente não apresentou dificuldades em se manter atenta durante a atividade, e não necessitou de auxílio ou pistas, o desempenho positivo, pode ter sido influenciado também pelo fato de o ambiente não possuir grandes distrações.

Déficits de sequenciamento

A paciente apresentava dificuldades em realizar o sequenciamento das AVD's e AIVD'S, deixando confusa a execução das ocupações, influenciando na finalidade do que era pretendido, neste sentido, a organização por etapas, evidenciando o sequenciamento da AVD de vestir e calçar os sapatos, realizadas no laboratório nas sessões 4, 6 e 9 e a AIVD de cozinhar realizadas em domicilio nas sessões 11, 12, 13, 14 e 15, demonstram a importância de trabalhar este déficit, pois a paciente apresentou melhora no sequenciamento da execução das atividades, durante as sessões.





8. DISCUSSÃO

Os déficits cognitivos dificultam a realização das ocupações, influenciando diretamente na satisfação de sua realização, pois agnosias, apraxias, habilidades construtivas, espaciais, memória, atenção e sequenciamento, afetaram a funcionalidade na execução de atividades diárias (FERRO, LINS, FILHO, 2013; GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010; MENESES, *et al.* 2012).

Rabelo e Néri (2006) destacam em seu estudo aspectos que envolvem as temáticas abordadas neste trabalho tal como, a funcionalidade, cognição e ocupações, destacando as AVD's e AIVD's, além de apresentar outros fatores como, o humor, a identidade e os papéis ocupacionais, expondo que estes aspectos influenciam na satisfação no bem-estar subjetivo e psicológico de indivíduos acometidos por AVE.

Desta forma, Del Duca, Silva e Hallal (2009); Meneses, *et al* (2012) e Ortiz, *et al* (2006) ratificam em seus estudos as principais áreas de desempenho e ocupações comprometidas em indivíduos acometidos por AVE, destacando as AVD's e AIVD's, corroborando com este relato de caso, demonstrando a importância de trabalhar estas atividades em indivíduos acometidos por sequelas neurológicas, pois estas influenciam na funcionalidade e na satisfação.

Barrett e Muzaffar (2014) em sua pesquisa destacam que atividades funcionais e cognitivas devem ser realizadas conjuntamente, pois assim a reabilitação trará resultados mais expressivos para melhora dos pacientes, assim a AVD e a AIVD, que exigem complexas habilidades motoras e cognitivas se inserem como um fator de extrema importância na reabilitação.

Neste sentido a reabilitação cognitiva é um método de intervenção que contribui para a melhora na satisfação e na funcionalidade da execução das AVD's e AIVD's (ÁVILA, *et al.* 2015), os dados coletados pelos protocolos KATZ, MIF e COPM, ratificam e apresentam uma melhora significativa na funcionalidade e na satisfação.

Na reavaliação do índice de Katz as AVD's de vestir e alimentação apresentaram como resultado a independência, porém no protocolo COPM apesar de apresentar melhora, não foram destacados com a maior pontuação, evidenciando a opinião do indivíduo em relação ao seu desempenho, e não apenas a execução, pois a funcionalidade leva em consideração tudo o que interfere e envolve a ocupação do ser humano.





Neste sentido a AVD com maior pontuação no protocolo COPM foi a de pentear o cabelo, sendo este item não existente no índice de KATZ, e a AIVD de ir à feira, demonstrando que quanto melhor o desempenho na opinião do indivíduo em uma atividade, maior a satisfação, sendo estas atividades significativas.

Meneses, *et al* (2014) analisaram que a satisfação e o desempenho após três e seis meses de intervenção pela T.O, melhoraram a percepção de pacientes pós-AVE em atividades auto listadas como importantes e significativas. Corroborando com os resultados deste relato de caso que apresentou melhoras em quatro meses de intervenções, validando que a funcionalidade e a satisfação devem estar relacionadas pra melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Os protocolos demonstraram ser eficazes na avaliação das AVD's e AIVD's neste relato de caso, pois na COPM é possível elencar as principais atividades que a paciente gostaria de possuir melhor desempenho e o grau de satisfação em sua realização. Foi possível avaliar a funcionalidade por meio do Katz e da MIF apresentando melhora nas AVD's e AIVD's destacadas com menor independência, nesta perspectiva a relação proposta entre funcionalidade e satisfação, tornou-se evidente, pela análise dos resultados dos protocolos aqui citados.

No entanto, no presente estudo percebeu-se a necessidade de um protocolo de avaliação padronizado e específico que permitisse observar as melhoras cognitivas por meio das AVD's e AIVD's, evidenciando os déficits em relação à funcionalidade, pois Pedrosa (2007) evidencia que protocolos que avaliam funcionalidade não são sensíveis o suficiente para mensurar melhoras cognitivas relacionadas a este aspecto.

O relato de caso destacado apresentou uma variação de déficits cognitivos, que se caracterizaram pelo acometimento em ambos os hemisférios cerebrais, sendo a funcionalidade afetada na realização das AVD's e AIVD's, havendo assim uma diminuição na satisfação. Treinos e estratégias de intervenção evidenciaram a melhora e a relação entre funcionalidade e satisfação.

Shigaki, *et al* (2014) expõem que para efeitos de investigação precoce, estudos de caso único, tendo como alvo os déficits específicos relacionados à cognição, e com ênfase em resultados funcionais a longo prazo, pode ser uma alternativa interessante, que contribua com resultados relevantes, pois grupos de estudos controlados de grande proporção podem ser





mais úteis quando as especificidades da eficácia do tratamento a nível individual são bem definidas.

Neste sentido as intervenções pautadas nos déficits cognitivos que interferiam nas AVD's e AIVD's, foram trabalhadas, apesar de não haver medidas quantitativas de maneira geral em relação à melhora cognitiva, a observação durante os atendimentos e os resultados dos testes, principalmente da MIF no domínio cognição social, demonstrou de forma indireta uma relativa melhora neste fator, pois o método de intervenção usado foi à reabilitação cognitiva.

Desta forma é importante destacar, discutindo os déficits cognitivos apresentados por N.F.L.T., a partir dos resultados dos protocolos, das observações e evoluções dos atendimentos, com os dados apresentados pela literatura, pois os déficits influenciaram na funcionalidade e satisfação na realização das AVD's e AIVD's da paciente.

Déficits na gnosis visuoespacial

O déficit na gnosis visuoespacial, demonstrou resultados satisfatórios em relação à AVD de vestir e alimentação, pois este déficit possui baixa perspectiva de reabilitação. No entanto, treinos pautados na repetição e pistas visuais e verbais, orientação em relação à organização e etapas auxiliaram neste processo (GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010).

Cunha, *et al* (2011) evidenciam em seu estudo que atividades envolvendo a realização de AVD's básicas (escovar os dentes, vestir roupas, tomar banho e alimentar-se) foram facilitadas, através da organização prévia de materiais, instruções verbais e demonstrações e a utilização de etapas na execução de atividades, demonstrando resultados satisfatórios no desempenho e na satisfação do paciente.

Déficits na praxia

Como já explicitado anteriormente e como corrobora Silva (2010) déficits em praxia são recorrentes em lesões cerebrais e apresentam incapacidade de programar uma sequência de movimentos, apesar de os sujeitos não apresentarem funções motoras e sensoriais com prejuízos aparentes. Ainda, o mesmo autor afirma que os sujeitos podem realizar ações por demonstração ou até automáticas, porém os mesmos não conseguem realizar estes gestos de forma voluntária.





Ilustrando o exposto, o comportamento da paciente demonstrava esta atitude, necessitando principalmente de pistas verbais para iniciar as atividades e executá-las. Inicialmente, principalmente no que diz respeito ao déficit em praxia construtiva, a paciente apresentava relações espaciais e com os objetos deficitárias, mesmo estes sendo utilizados com frequência. Após as intervenções, observou-se a maior habilidade em discriminar, selecionar e organizar objetos, como visualizado na organização da mesa para o café, estes ganhos expandindo-se para também uma melhor relação de números de pessoas, número de objetos e para a resolução de problemas sem a necessidade de auxílio, como Oliveira, Araújo e Soares (2014) indicam em seu estudo, afirmando que a melhora na apraxia construtiva, pode estender-se para uma melhor desenvoltura em funções executivas, no que diz respeito expressivamente em resolução de problemas.

Isto está explícito no que diz Brito (2013) em que afirma que o nível de saúde física, mental e a funcionalidade, esta refletida na capacidade para o desempenho de AVD's e AIVD's, são críticos para o bem-estar subjetivo do idoso. Dentre elas o AVE, que tem grande potencial para gerar déficits no funcionamento físico, sensorial e cognitivo, tem impacto no cotidiano e no desempenho do indivíduo frente às AVD's e AIVD's, afetando a avaliação subjetiva que ele faz da sua vida.

Déficits nas habilidades construtivas

Grieve e Gnanasekaran (2010) afirma que além das relações bi e tridimensionais, a habilidade construtiva envolve o planejamento e a execução do movimento, o que colabora para a identificação deste déficit na paciente. Pois a mesma inicialmente apresentou dificuldades na seleção de objetos, evocação e execução de movimentos em sequência. Fato este que impedia a participação na AIVD de gerenciamento do lar (limpeza), atividade de grande significado para a paciente.

Percebeu-se que segmentos e pressupostos tidos como simples para a maioria das pessoas, dificultavam ainda mais a execução da atividade, como fazer um laço, mesmo não sendo especificamente uma capacidade funcional envolvendo uma AVD, este pode apresentar-se como segmento de uma, e para um paciente com déficits em habilidades construtivas isto se torna complexo e abstrato, o que pode ser indicado pelo o que Maciel e Brito (2013) relatam que o declínio cognitivo é o maior preditor de incapacidade funcional, o que ocorreu com a paciente inicialmente. Após o treino deste seguimento, pode-se perceber a melhora no





desempenho da paciente quanto atividade como um todo, demonstrando maior capacidade nas relações espaciais e na execução de sequências, o que corroborou para a melhora em sequenciamento motor.

Déficits nas habilidades espaciais

A habilidade espacial foi trabalhada nas AVD's e AIVD's, porém especificamente, na habilidade de encontrar o caminho, ela foi mais perceptível, pois é uma habilidade fundamental para fazer ajustes contínuos, em relação a atividades de, andar, ler sinais enquanto dirigimos, evitar obstáculos e realizar centenas de AVD's (BARRETT, MUZAFFAR, 2014). Este déficit foi trabalhado por meio de rotas físicas, pistas visuais e verbais, havendo melhora na orientação topográfica, e espacial sendo este tipo de estratégia a mais utilizada nas intervenções (GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010; GUARIGLIA, NITRINI, 2009).

Neste sentido Kober, *et al* (2013) em sua pesquisa com onze pacientes neurológicos com lesões focais cerebrais, que possuíam déficits na orientação espacial, bem como um grupo controle de onze pacientes sem comprometimentos neurológicos, utilizou como método de intervenção rotas em um ambiente virtual para treinamento. Os participantes aprenderam e recordaram as diferentes rotas para a navegação em uma cidade virtual ao longo de cinco sessões de treinamento.

Assim a orientação espacial, por meio de rotas, ou caminhos se mostra eficaz em pacientes com desorientação topográfica, pois a paciente demonstrou melhora neste aspecto, conseguindo se orientar espacial e de maneira topográfica nos lugares próximos a sua casa.

Déficits na percepção de profundidade

Ao que aponta a literatura, como Grieve e Gnanasekaran (2010) indicam que a percepção de profundidade e o reconhecimento de um objeto dependem da representação mental que temos destes e da relação destes objetos com nossas ações rotineiras.

É interessante ressaltar a importância da informação contextual, indicando que as avaliações funcionais, conseqüentemente a cognitiva também, são facilitadas no ambiente doméstico da pessoa e na utilização de objetos conhecidos pela mesma, são estas as abordagens chamadas “top-down” (GRIEVE, GNANASEKARAN. 2010).





Desta forma, podemos indicar como positiva a intervenção junto ao domicílio da participante, corroborando para um desempenho ótimo em detrimento da habilidade outrora reduzida. Pois para realizar a AIVD de fazer o café, bastante significativa para a paciente, é essencial que se possa ter familiaridade com o espaço reservado para a atividade e com os objetos selecionados. No início das intervenções era evidente que a paciente não conseguia perceber a profundidade de objetos e eletrodomésticos, bem como habilidade reduzida para encaixes, como tampas de garrafas, por vezes necessitando elevá-las para ficar mais próxima do seu campo visual.

Após o período de intervenção, contabilizando cinco sessões com treinos de AIVD de cozinhar (fazer suco e café), em que optou-se por graduar a atividade, ressaltando que o objetivo principal da intervenção era fazer café, se iniciou os treinos com a produção de sucos, utilizando-se de etapas similares a da realização do café, identificando e selecionando objetos e ingredientes. Indicando que a paciente inicialmente prepara-se o espaço que utilizaria, pois percebe-se o efeito positivo de um espaço organizado e familiar, separa-se os ingredientes, utensílios domésticos e eletrodomésticos necessários e colocasse-os em um único local e calmamente iniciasse a atividade. Durante a atividade foi necessário o uso de demonstrações, dicas físicas e pistas verbais, como “Tá certo desta forma?”, “É assim mesmo?” e conseqüentemente a paciente retificava o movimento e/ou postura.

Inicialmente a paciente apresentava prejuízos na realização de encaixes, por possuir dificuldades na relação de profundidade de objetos, necessitando com frequência de dicas físicas e por vezes, demonstração, necessitando anteriormente ao despejo do café na garrafa térmica, senti-la, principalmente ao que se refere a sua forma e na relação espacial com demais objetos. Após o período de intervenções foi evidente a melhora no que tange as relações de profundidade e encaixe, não apenas para a realização desta AIVD, como também para outros campos da vida cotidiana da paciente. Foi observado que a participante apresentou maior iniciativa na realização da atividade, confiança e passou a não necessitar de dicas físicas e pistas verbais, não apresentando os mecanismos de elevar objetos e de sentir a forma dos objetos anterior a utilização.

Ressalta-se que esta AIVD não foi evidente no início das intervenções e desta forma, não foi elencada como objetivo terapêutico, porém conforme a independência gradativa em atividades elencadas anteriormente, as expectativas da paciente passaram também a se





depositar em outras atividades, sendo significativas para a sua participação social e ocupacional, recuperando a autoconfiança e em partes a ocupação perdida.

Déficits de memória

Outro déficit a ser destacado é a memória, que Segundo Shigaki, *et al* (2014) para trabalhar este aspecto, obtendo resultados satisfatórios, é necessário reduzir a distração e incluir estratégias de ensino internalizadas com aspectos mnemônicos, estratégias comportamentais, como por exemplo, manter sempre as chaves no mesmo lugar, e também estratégias compensatórias externas e ferramentas, tais como, receber sugestões durante o processo de aprendizagem, e em seguida ir eliminando gradualmente as pistas.

Outras opções incluem a aprendizagem sem erros, podendo ser contrastado com a aprendizagem de tentativa e erro, o que incentiva a adivinhar. A aprendizagem sem erros pode ativar sistemas de memória implícita, melhorando o desempenho, mesmo sem consciência, mesmo em pacientes com problemas de memória grave (SHIGAKI, *et al.* 2014).

Zucchella, *et al* (2014) em seu estudo sobre a abordagem da reabilitação cognitiva após o AVE, realizada com noventa e dois pacientes que foram aleatoriamente designados para um grupo de estudo (GE) e um grupo controle (GC), consistindo em dezesseis sessões individuais de uma hora em que os pacientes realizavam exercícios de computador guiado pelo terapeuta. Após quatro semanas, todos os pacientes foram reavaliados, e o GE demonstrou resultados relevantes em todos os testes, porém a memória e atenção visual se destacaram com aumento significativo em relação ao GC, que apresentou melhora discreta.

As atividades relacionadas à memória eram a procura de alvos entre distratores (elementos estilizados ou de objetos); enigmas da busca da palavra; encontrar as diferenças entre as imagens / cenas; busca de elementos por categorias, destacando que essas atividades devem ser incorporadas na vida cotidiana (ZUCHELLA, *et al.* 2014).

Assim as próprias AVD's e AIVD's e atividades preparadas para trabalhar os déficits específicos, tais quais, o uso do quadro de orientação da rotina, a atividade de encontrar, nomear e dizer a função de objetos de uso pessoal, e a atividade de associar cores com objetos, trabalhadas durante as sessões correspondiam a este processo, evidenciando a memória, sendo estimulada a partir de estratégias, adaptações, aprendizagem e treino, corroborando com a melhoria deste déficit neste estudo.





Déficits de atenção

O déficit em atenção está intrinsicamente ligado à memória, durante as AVD's e AIVD's foi trabalhada de maneira integrada, sendo utilizado neste processo o treinamento de exercícios cognitivos envolvendo a atenção, estratégias e suportes ambientais, o uso de dispositivos externos, e suporte psicossocial, pois estas abordagens podem ser utilizadas de maneira isolada ou em conjunto (SOHLBERG, MATEER, 2011).

Assim Zucchella, *et al* (2014) destacou no processo de atenção visual por meio de um computador, atividades que influenciaram na melhora cognitiva neste aspecto, sendo estas o reconhecimento de pares de palavras, com ou sem ligações lógicas; lembrar listas; reconhecimento facial; memorização de cenas e histórias, em seguida, responder a um questionário e localização de objeto.

Nesta perspectiva durante as AVD's e AIVD's foi observado melhora na atenção, utilizando abordagens e atividades similares voltadas para a realidade das ocupações da paciente, utilizando objetos reais e ambiente físico no desenvolver do processo.

Déficits de sequenciamento

Leggio, *et al* (2008) afirma que quando se possui uma lesão cerebral em que déficits como incapacidade de gerar sequências, principalmente relacionadas ao movimento estão presentes, o indivíduo demonstra não somente déficits quanto à aprendizagem por meio de execução direta, mas também por observação específica. O que pode colaborar para o fato de a paciente da pesquisa ter necessitado de um número maior de pistas verbais, dicas físicas e demonstrações no que tange o sequenciamento de atividades como a produção de suco e/ou café e calçar sapatos.

Para tanto, pode-se destacar a melhora nos aspectos relacionados ao déficit na percepção, organização e sequenciamento de movimentos para a execução das atividades. Inicialmente a paciente não possuía iniciativa de realizar a atividade proposta, sempre indicando com a fala “não sei por onde começar”. Desta forma, a dica física se fazia necessária para, por exemplo, calçar os sapatos e/ou a demonstração, em situação mais complexas como fazer o café.

Antes de qualquer treino, se fazia necessário explicar que o sequenciamento da atividade partia desde a organização do ambiente, separação dos objetos, uma boa postura até





a sequência de movimentos para cada atividade. Com o passar dos atendimentos foi nítida a melhora da paciente em sequências de movimentos, apresentando maior confiança, iniciativa e necessitando pouco ou nada de pistas verbais.

18 empty rectangular boxes stacked vertically, likely for a checklist or data recording.





9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

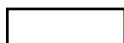
Os déficits cognitivos e funcionais decorrentes do AVE, afetam a realização das ocupações interferindo na satisfação, sendo necessário uma abordagem de reabilitação que proporcione resultados satisfatórios, tal qual a reabilitação cognitiva, além de direcionar as intervenções para as AVD's e AIVD's, que são evidentemente afetadas pelo AVE.

A Funcionalidade e satisfação estão relacionadas, pois com a melhoria na funcionalidade a satisfação conseqüentemente aumenta, influenciando positivamente na execução da AVD's e AIVD's, proporcionando qualidade de vida, corroborando para melhora dos déficits cognitivos, impulsionando o indivíduo a ser independente e a buscar ativamente sua autonomia, o que pode se perceber claramente em N. F. L. T, após o período de intervenção. No entanto a melhora de suas habilidades funcionais remanescentes e a aquisição de novas habilidades pode ter sido influenciada não somente pelas intervenções, mas também pelo processo de recuperação envolvendo a neuroplasticidade, favorecendo assim, a representação cortical afetada.

Ressalta-se que as pesquisadoras compreendem as limitações deste estudo, envolvendo a própria dinâmica de intervenção, como atendimentos realizados distante do local de residência dos pacientes, o que pode ter gerado a não aderência de outros possíveis sujeitos de pesquisa, além de intervenções que poderiam ser consideradas complexas realizadas pelo período da tarde, em horários que poderiam dificultar a realização e também o acesso, devido a condições climáticas, bem como protocolos e amostragem de participantes limitados.

Percebeu-se também a importância da inclusão de protocolos que possam mensurar as melhoras cognitivas por meio da AVD's e AIVD's, evidenciando os déficits em relação à funcionalidade se torna necessário para estudos posteriores que venham discutir esses aspectos, considerando também técnicas de intervenções, favorecendo a ascensão da temática, bastante discutida dentre os cursos de T.O, no entanto com pouca fundamentação teórica nas bases de dados vigentes.

Para finalizar deve ser destacada a necessidade de estudos que abordem a temática com uma magnitude mais expressiva, como um número maior de participantes e com um período maior de intervenção, para que haja uma estatística significativa, em prol da disseminação do conhecimento teórico-prático.





REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F. Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo. São Paulo, 2007.

American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. **American Journal of Occupational Therapy**. 3 ed. v. 68, s. 1, 2014.

ÁVILA, A., et al. Effectiveness of an Occupational Therapy Home Programme in Spain for People Affected by Stroke. **Occup. Ther. Int.** v. 22, 2015. p. 1-9.

BARRETT, A. M.; MUZAFFA, T. Spatial cognitive rehabilitation and motor recovery after stroke. **Curr. Opin. Neurol.** v. 27, n.6, 2014. p. 653–658.

BOTTINO, C. M. C. Reabilitação Cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. **Arq. Neuropsiquiatr.** v.60, n. 1, 2002. p.70-79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da republica Federativa do Brasil, Brasília, 1996.

BRITO, R. G.; et al. Instrumentos de avaliação funcional específicos para o acidente vascular cerebral. **Rev Neurocienc,** v. 21, n. 4, 2013, p. 593-599.

CALDAS, A. S. C.; FACUNDES, V. L. D.; SILVA, H. J. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,** v. 22, n. 3, 2011. p. 238-244.

CARR, J. H.; SHEPHERD, R. B. Reabilitação neurológica: Otimizando o desempenho motor. São Paulo: Manole. 2008. p. 253-259.

CARVALHO, A. J. M.; DE GRANDE, A. A. B. Perfil das Atividades de Vida Diária dos atletas paraolímpicos de alta performance elaborado através do questionário HAQ (Health Assessment Questionnaire). **Cad. Ter. Ocup. UFSCar,** São Carlos, v. 20, n. 2, 2012. p. 273-278.

CECATTO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos clínicos. In: CRUZ, D. M. C. **Terapia ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico:** Atividades de Vida Diária e Interdisciplinaridade. São Paulo: Editora Santos, 2012. p. 367-377.





CUNHA, F. C. M. *et al.* Abordagem funcional e centrada no cliente na reabilitação de idoso com demência de Alzheimer avançada – relato de caso. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, 2011. p. 145-152.

CRUZ, D. M. C. Preditores de Independência Funcional nas Atividades De Vida Diária PósAcidente Vascular Encefálico. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Set/Dez, v. 18, n.3, 2010. p. 275-286.

DELBONI, M. C. C. MALENGO. P. C. M. SCHMIDT E. P. R. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.2, 2010. p. 165-175.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, 2009. p. 796-805.

DOBKIN, B. Strategies for stroke rehabilitation. **Lancet. Neurol.**, v. 3, 2004. p. 528-536.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, 2007. p. 317-325.

FEIGIN V. L., *et al.* Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease study 2010. **Lancet**. v. 383, n. 9913, 2014. p. 245– 254.

FEIGIN V. L., *et al.* Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990–2013: The GBD 2013 Study. **Neuroepidemiology**. v. 45, n. 3, 2015. p.161–176.

FERNANDES, P. T.; L. L. MIM. Aspectos Psicológicos. In: CRUZ, D. M. C. **Terapia ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico: Atividades de Vida Diária e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Editora Santos, 2012. p. 367-377.

FERRO, A. O.; LINS, A. E. S.; FILHO, E. M. T. Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de Acidente Vascular Encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, 2013. p. 521-527.

GRIEVE, J. GNANASEKARAN, L. **Neuropsicologia para Terapeutas Ocupacionais: Cognição no Desempenho Ocupacional**. Tradução: Silvia Spada. 3 ed, São Paulo: Santos Editora, 2010.

GUARIGLIA, C. C.; NITRINI, R. Topographical disorientation in Alzheimer's disease. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** vol. 67, n.4, 2009. p. 967-972.

GUSMÃO, S. S.; CAMPOS, G. B.; TEIXEIRA, A. L. **Exame Neurológico: Bases Anatomofuncionais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter. 2007.





JOIA, C. L.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 1. p. 131-8. 2007.

KATZ, N.; BAUM, C. M.; MAEIR, A. Introdução à intervenção cognitiva e à avaliação cognitiva funcional. In: KATZ, N. **Neurociência, Reabilitação Cognitiva e modelos de intervenção em Terapia Ocupacional**. Tradução: Shirly Gabay; Terezinha Oppido. 3 ed, São Paulo: Editora Santos, 2014. p. 3-12.

Kim, K.; Kim, Y. M.; Kim, E. K. Correlation between the Activities of Daily Living of Stroke Patients in a Community Setting and Their Quality of Life, **J. Phys. Ther. Sci.** v. 26, n. 3, 2014. p. 417–419.

Kober *et al.* Virtual reality in neurologic rehabilitation of spatial disorientation. **Journal of Neuro Engineering and Rehabilitation**. v. 10, n. 17, 2013. p.02-13.

LAVADOS, P. M. *et al.* Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. **Lancet. Neurol.**, v. 6, 2007. p. 362-372.

LEGIO, M. G.; *et al.* Cognitive sequencing impairment in patients with focal or atrophic cerebellar damage. **Brain**, v. 131, p. 1332-1343, 2008.

LENT, R. Cem Bilhões de Neurônios. 2 ed. Atheneu, 2001. p. 145-179.

MACHADO, F.N.; MACHADO, A.N.; SOARES, S.M. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. nov./dez. v. 21, n. 6, 2013. p.1321-9.

MELLO, M. A. F.; MANCINI, M. C. Métodos e técnicas de avaliação nas áreas de desempenho Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. R. C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011. p. 49-54.

MENESES, K. V. P.; *et al.* Perfil sócio demográfico e áreas de desempenho ocupacional afetadas em pacientes pós-ave atendidos por um serviço de terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, maio/ ago. 2012. p. 107-112.

[OMS] Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: **Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP**; 2003.

OLIVEIRA, T. P.; ARAÚJO, R. C. T.; SANTOS, E. Negligência unilateral pós-acidente vascular encefálico: atuação da Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v.22, n. 2, 2014. p. 419-428.

Ortiz, C. A.; *et al.* Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 43, n. 1, 2006, p. 21-33.





PEDROSA, H. M. D. Avaliação Funcional de Doentes com Defeito Cognitivo Ligeiro – a escala ADCS MCI ADL. 2007. 83f. Dissertação(Mestrado em Neurociências) –Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa. 2007.

POCINHO, M.; FRAGOEIRO, J. G. Satisfação dos docentes do ensino superior. **Revista Acta Colombiana de Psicología**, v. 15, n. 1, 2012. p. 87-97.

POLESE, J. C.; *et al.* Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. Neurocienc.** v. 16, n. 3, 2008. p. 175-178.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia**. v. 11, n. 2, 2006.169-177.

RIBERTO, M.; *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, v.1, n.8, p.45-52, 2001.

ROCHA, E. F.; MELLO, M. A. F. Os sentidos do corpo e da intervenção hospitalar. In: CARLO M. M. R. P.; LUZO M. C. M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 29-46.

RODRIGUES, A. A. C. Confiabilidade e validade dos itens de Coordenação bilateral e sequenciamento Motor da avaliação da coordenação e destreza. 2006. 71p. (Mestrado em Ciências da Reabilitação). Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, 2006.

SHIGAKI, *et al.* Rehabilitation of Poststroke Cognition. **Semin Neurol**. v. 34, n. 5, 2014. p. 496–503.

SILVA, A. K. R.; CUNHA. F. M. A. M. A influência da fisioterapia na neuroplasticidade em pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa. *Revista Digital*. v.19, n.197. 2014.

SILVA, E. J. A. Reabilitação após AVC. 2010 (Mestrado integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Porto. Porto, 2010.

SOHLBERG, M. M.; MATEER, C. A. Reabilitação cognitiva: Uma abordagem neuropsicológica integrada. São Paulo: Santos, 2011. p. 126-150.

SPOSITO, G.; *et al.* A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, 2013. p. 3475-3482.

THINEN, N. C.; MORAES, A. C. F. Manual de orientação de posicionamento e execução de Atividades da Vida Diária para pacientes com acidente vascular cerebral. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, 2013 . p. 131-139.





TOGLIA, J. P. Modelo Interativo Dinâmico de Cognição na Reabilitação Cognitiva. In: KATZ, N. **Neurociência, Reabilitação Cognitiva e modelos de intervenção em Terapia Ocupacional**. Tradução: Shirly Gabay; Terezinha Oppido. 3ed, São Paulo: Editora Santos, 2014. p.149-188.

ZILLI, F.; LIMA, E. C. B. A.; KOBLEK, M. C. Neuroplasticidade na reabilitação de pacientes acometidos por AVC espático. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo. set./dez.; v. 25, n. 3, 2014. p. 317-322.

ZUCHELLA, C.; *et al.* Assessing and restoring cognitive functions early after stroke. **Functional Neurology**. v. 29, n.4, 2014. p. 255-262.

World Health Organization (WHO).The Atlas of Heart Disease and Stroke. 2002. Disponível em:<http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>. Acesso em: 23 jun. 2015.





APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre a relação da funcionalidade e satisfação nas AVD's e AIVD's em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico (AVE), por meio da abordagem da reabilitação Cognitiva, que está sendo desenvolvida no projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as Atividades de Vida Diária” na Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará- UFPA.

Para que eu decidisse participar ou não da pesquisa me foram prestadas as seguintes informações:

1. O título da pesquisa é:

- Relação entre Funcionalidade e satisfação em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico: O uso da Reabilitação Cognitiva por meio das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.

2. Os objetivos da pesquisa são Entender a relação entre funcionalidade e a satisfação na realização das AVD's e AIVD's em pacientes acometidos por AVE, por meio da abordagem da reabilitação cognitiva. Selecionar paciente acometido por AVE. Realizar atendimentos em paciente acometido por AVE. Avaliar o nível de funcionalidade, na realização das AVD's e AIVD's em pacientes acometidos por AVE, na avaliação inicial e final do estudo. Investigar a satisfação na realização das AVD'S e AIVD's em pacientes acometidos por AVE, na avaliação inicial e final do estudo.

3. Os pesquisadores responsáveis são Graziela Fazzi e Sally Silva; estando disponíveis para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa.

5. A participação neste estudo contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema, ratificando a importância da reabilitação cognitiva em pacientes acometidos por AVE com déficits que influenciam na funcionalidade e satisfação na realização da AVD's e AIVD's, desta forma contribuindo para melhoria na qualidade de vida, não ocasionando nenhum risco a sua integridade física, psicológica, social e intelectual;

6. Em qualquer momento da pesquisa, no caso de riscos aos participantes, sejam estes identificados pelos mesmos ou pelas pesquisadoras, o participante pode se retirar do estudo, recebendo orientação e atendimento de acordo com sua demanda ou necessidade;

7. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

8. Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como qualquer pessoa poderá deixar a pesquisa no momento que quiser, pois não haverá prejuízo por esta causa.

9. Não haverá nenhum tipo de despesas para participação da pesquisa, assim como não haverá nenhuma forma de pagamento para participação.





10. A participação na pesquisa é sigilosa, isto significa que, somente os pesquisadores ficarão sabendo de sua participação. Os dados utilizados na pesquisa terão uso exclusivo neste trabalho, sem a identificação individual do participante. Ao término desta pesquisa, as informações coletadas poderão também ser publicadas em revistas científicas, congressos, etc.



Assinatura do Pesquisador Responsável



CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido (a) acerca do conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as atividades propostas.

CONSENTIMENTO DO USO DE IMAGENS

Autorizo a utilização de minhas imagens fotográficas e vídeos para fins de ilustração das atividades, devendo as imagens serem publicadas apenas para esse fim.

Belém, ____ / ____ / ____

Eu, _____, residente e domiciliado no endereço: _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF _____ nascido em ____ / ____ / ____, abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) deste estudo e declaro compreender as informações contidas neste termo.



.....

Responsável pelo Projeto: Adriene Damasceno Seabra

e-mail: adalseabra@bol.com.br

telefone: (91) 983332228

Endereço do CEP: Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de





Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66075-110 - Belém-Pará.
Tel/Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br.





APÊNDICE B- EVOLUÇÕES DOS ATENDIMENTOS SESSÃO 1

Objetivo: Aplicar a avaliação destinada a AVE.

Recursos Utilizados: Avaliação confeccionada pelo Projeto de Extensão de Reabilitação Neurológica.

Duração do atendimento: 45 minutos.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional acompanhada da irmã, consciente e desorientada temporalmente. Optou-se pela aplicação da avaliação de AVE em que observou-se, redução da amplitude de movimento em membros superiores (MMSS), desvio ulnar em membro superior esquerdo, déficits em esteriognosia, memória, propriocepção, informando dificuldades em AVD's de autocuidado, banho e vestuário.

SESSÃO 2

Objetivo: Aplicar testes padronizados para mensurar a (in)dependência em AVD's e AIVD's.

Recursos Utilizados: Medida de Independência Funcional (MIF), Índice de Katz e Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), copo, talheres, pratos e etiquetas para identificação de mantimentos.

Duração do atendimento: 45 minutos

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional acompanhada da irmã, consciente e desorientada temporalmente. Para o atendimento, objetivou-se avaliar aspectos relacionados às AVD's, AIVD's, a funcionalidade e satisfação da paciente. Para isto, aplicaram-se os testes padronizados já citados. Além de trabalhar organização, associação de objetos com cores, sequenciamento e memória. Foi proposta a atividade de preparação para a refeição, como organizar a mesa, utilizou-se os recursos relacionados à cozinha, com diferentes cores, porém havendo pares de cor da colher, prato e copo, para que assim pudesse ocorrer à associação de cores com os objetos, também foram colocadas palavras escritas na frente de alimentos que estavam guardados em recipientes para que a paciente pudesse encontra-los em diversos locais da cozinha, como armário, mesa e pia. A paciente demonstrou dificuldade no sequenciamento, não sequenciava mesmo com instrução. E apresentou perda de memória recente, manipulava o objeto o colocava sob a mesa e não conseguia achá-lo novamente, necessitando de auxílio por meio de pistas visuais e verbais para conseguir realizar as etapas e concluir a atividade.

Durante o atendimento a paciente relatou algia em MMSS, ao ser indagada sobre questões patológicas e sobre esforço físico, a mesma informou possuir artrite e realizar a limpeza do chão molhado várias vezes por dia, desta forma, foi dada a orientação para que parasse de fazer a limpeza repetidamente para que pudessemos verificar se as dores citadas eram por esforço físico, por uma atividade realizada incorretamente e repetidamente, o que consequentemente agrava as repercussões que a artrite engloba.





SESSÃO 3

Objetivo: Organizar a rotina da paciente por meio do Quadro de Atividades.

Recursos Utilizados: Quadro de Atividades confeccionado em AVE com velcro, canetas hidrocores, cola de isopor e tesoura.

Duração do atendimento: 50 minutos.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional acompanhada da neta, consciente e orientada. Confeccionou-se o Quadro de Atividades, com os dias da semana e tiras de velcro para colocar o que a paciente realiza em sua rotina, a mesma informou quais eram as atividades desempenhadas, e quais as palavras que sentia maior facilidade em ler e pronunciar, ex: a palavra UFPA era muito difícil para ela, por isso foi colocado UNIVERSIDADE, pois não era comum a mesma referenciar-se a instituição por este nome (UFPA), e desta forma, a mesma pode executar a leitura, para assim realizar a atividade proposta. A paciente demonstrou uma latência maior para se organizar, achar os dias e colocar as atividades no espaço correto, porém conseguiu com auxílio por meio de pistas verbais e visuais.

A paciente queixou-se de dores novamente nos MMSS, porém ao ser questionada sobre a orientação dada no atendimento anterior, para que diminuísse o número de vezes que fazia a limpeza, a mesma relatou não ter conseguido seguir as orientações, desta forma foi pedido novamente para que ela seguisse a orientação, depois de ela descrever como faz a limpeza do chão, também orientamos para que a mesma utilizasse um pano na ponta da vassoura, assim não precisaria se agachar.

SESSÃO 4

Objetivo: Treinar a AVD de vestir.

Recursos Utilizados: Roupas da própria paciente, pregadores, cliques e fita adesiva.

Duração do atendimento: 45 minutos.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional acompanhada da neta, consciente e orientada. Para este atendimento objetivou-se trabalhar a AVD de vestir, por meio do sequenciamento e experimentação de recursos já citados, que facilitassem seu desempenho, sobre a orientação de coloca-los atrás da roupa para que assim pudesse distinguir frente e costa, desta maneira, o primeiro a ser utilizado foi a fita adesiva, depois o clipe e por ultimo pregador, a paciente seguia as etapas do vestir desde pegar a roupa no armário que estava pendurada no cabide até o ato de vestir-se, realizando sem dificuldade e com independência por meio da estratégia proposta. A mesma relatou preferir o pregador em detrimento aos outros recursos, pois é um objeto que ela tem muito em casa, ainda destacou gostar muito de como foi trabalhado a sua dificuldade de vestir-se. Ao final dos atendimentos foram dadas orientações sobre o que foi trabalhado para a acompanhante, para ser treinado em casa.





SESSÃO 5

Objetivo: Treinar a AVD de pentear o cabelo, associação de cores com objetos e memória.

Recursos Utilizados: Pente e quadrados de AVE de diversas cores.

Duração do atendimento: 45 minutos.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional acompanhada da filha, consciente e orientada. Para este atendimento objetivou-se trabalhar a AVD de pentear os cabelos e quadrados de EVA de cores variadas que foram dispostas no chão para que a paciente quando indagada sobre as cores poderia ficar dentro do quadrado solicitado pela cor, onde era perguntado sobre objetos e frutas que possuíam a mesma cor. A paciente não demonstrou dificuldade em achar as cores no início da atividade, porém no final da atividade a mesma teve dificuldade em encontrar a cor verde e rosa, em relação à associação das cores com objetos e frutas, era necessário pistas verbais, ex: falar a letra inicial. O pentear o cabelo ocorreu sem problemas, no entanto apresentou dificuldades no amarrar o cabelo com a presilha, como solução foi proposta a utilização de uma presilha maior. Ao final do atendimento foram dadas orientações sobre o que foi trabalhado para o acompanhante, para ser treinado em casa.

SESSÃO 6

Objetivo: Treinar a AVD de calçar os sapatos, associação de cores com objetos e memória.

Recursos Utilizados: Sapato da própria paciente, cadeira e quadrados de EVA.

Duração do atendimento: 50 minutos.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional acompanhada da neta, consciente e orientada. Para este atendimento objetivou-se trabalhar a AVD de calçar os sapatos, associação de cores com objetos e memória, com os recursos já citados. A paciente não demonstrou dificuldade em achar ou associar as cores com objetos que estavam na sala e objetos que a mesma possuísse na sua casa. Outra atividade foi nomear, dar a função, e como seriam usados os acessórios e as maquiagens, que foram colocadas sobre uma mesa, a paciente não apresentou dificuldades durante a atividade, e não necessitou de auxílio ou pistas. O calçar sapatos ocorreu sem dificuldades, foram ensinadas estratégias para favorecer o desempenho e a diminuição do gasto energético, tais quais: realizar o calçar por etapas, 1º selecionar o sapato desejado; 2º organiza-lo na posição de calçar na frente da cadeira; 3º sentar na cadeira e flexionar a perna e colocar uma sobre a outra; 4º pegar o sapato e calçar; estas adaptações na forma de calçar segundo a paciente melhoraram o desempenho e a deixava menos cansada. Ao final do atendimento foram dadas orientações sobre o que foi trabalhado para o acompanhante, para ser treinado em casa.

SESSÃO 7

Objetivo: Treinar orientação espacial, memória e sequenciamento.





Recursos Utilizados: Papel A4, lápis de cor e o próprio espaço da UFPA.

Duração do atendimento: 1 hora.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional acompanhada da filha, consciente e orientada. Foi feito o caminho do terminal de ônibus da UFPA até a FFTO, a paciente apresentou muita dificuldade em lembrar na, ao ser indagada sobre o caminho e os principais pontos de referência, assim o caminho foi desenhado, e após dicas verbais ela se lembrou do caixa eletrônico do Banco Brasil, do R.U, da ponte e do poema (restaurante). Ao final do atendimento foram dadas orientações sobre o que foi trabalhado para o acompanhante, para ser treinado em casa e quando saírem.

SESSÃO 8

Objetivo: Treinar rotas por meio de orientação espacial.

Recursos Utilizados: Papel A4, lápis, mapa eletrônico e o próprio espaço da UFPA.

Duração do atendimento: 1 hora.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional, consciente, orientada em tempo-espaço e acompanhada da filha. Para este atendimento objetivou-se recuperar o aspecto trabalhado anteriormente de orientação espacial, por meio de trilhas. Neste dia, acompanhou-se a paciente desde sua chegada à Universidade, observando e orientando-a no trajeto para a faculdade. Desta forma, se esperou o ônibus circular e no caminho foram dadas orientações a cerca de pontos de referência e pontos de parada. Ao chegar para finalizar o atendimento foi proposta a construção de um mapa com a rota realizada. A paciente apresentou grande dificuldade em lembrar os pontos de referências. Portanto, utilizou-se um mapa da Universidade (disponível no site da instituição) para ajudá-la a localizar-se, a mesma ainda apresentou dificuldades, porém concluiu a atividade sem intercorrências.

SESSÃO 9

Objetivo: Recuperar os aspectos já trabalhados.

Recursos Utilizados: Roupas da própria paciente, pente de pentear os cabelos e sapatos dos da própria paciente.

Duração do atendimento: 45 minutos.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional, consciente, orientada em tempo-espaço e acompanhada da filha. Para este atendimento objetivou-se recuperar e relembrar alguns aspectos trabalhados ao longo das sessões, bem como analisar o desempenho nas atividades após as intervenções e estratégias repassadas para o domicílio.

Desta forma, para o atendimento, trabalhou-se a AVD de vestir, em que verificou-se que a paciente não apresenta dificuldades em relação à figura-fundo e já identificando o lado





correto da roupa para vestir-se. Para a AVD de pentear o cabelo, a paciente não apresentou grandes dificuldades, demonstrando aumento em amplitude de movimento (ADM) e ainda, melhora em organização e identificação de objetos necessários para atividade, dentre outros espalhados no quarto do laboratório. Para o calçar observou-se que a paciente ainda apresenta relativa dificuldade, porém com melhora evidente, relatando em seu discurso que as estratégias de organização dos sapatos (deixas os pares juntos, em um local acessível, destinado apenas para seus sapatos e ainda, memorizar um ponto específico do sapato, como laços de sapatilhas para identificar o lado correto) foram fundamentais para o processo.

SESSÃO 10 (ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Objetivos: Orientações in loco.

Recursos Utilizados: -

Duração de atendimento: 45 minutos.

Evolução: Atendimento realizado em domicílio com o objetivo de trabalhar as AVD's que foram realizadas em laboratório, foram dadas orientações em relação à organização do espaço para que as AVD's fossem realizadas de maneira adequada, desta forma foi sugerido que os sapatos que ficavam em uma mesinha baixa, fossem colocados em uma sapateira que fica suspensa no quarto, que possui várias fileiras, foi pedido para que os sapatos ficassem na ultima fileira, sendo o espaço específico para que ela sempre encontre no mesmo local, assim fica organizado, facilitando o pegar dos pares de sapatos sem confusão, pois a paciente cansava ao pegar os sapatos, pois a mesinha era muito baixa, e se confundia com os pares, pois ficavam misturados com sapatos de outras pessoas.

A paciente foi orientada em relação ao uso do quadro que organizava a rotina, trabalhando os aspectos cognitivos, usamos o quadro colocando o que a paciente fez no dia, assim reforçando o uso do recurso para paciente e seus familiares, para auxiliar na organização da rotina. Sobre o vestir a mesma relatou não possuir mais dificuldades, se veste e se penteia sozinha. Outro ponto é a alimentação, durante o lanche da tarde a filha e a irmã de N. F. L. T., destacaram a dificuldade da mesma em preparar o café, algo que era feito por ela, porém por medo de se queimar ela prefere que os outros façam, foi pedido para que ela fizesse o café para observarmos, ela apresenta dificuldade no momento de colocar e retirar a panela do fogo, e na hora de coar, pois não consegue posicionar o coador corretamente, assim déficits de atenção, figura fundo, e de agnosia visuoespacial, são extremamente observados. Enquanto comia cuscuz no prato, N. F. L. T., levava o alimento todo para a borda do prato, desta forma segundo seu relato e dos seus familiares (filha e irmã), a comida às vezes derrama para fora, neste sentido orientamos que ela usasse um prato mais fundo.

SESSÃO 11

Objetivos: Treinar estratégias de memorização.

Recursos Utilizados: Papel cartão, caneta hidrocor, EVA e cola isopor.





Duração do Atendimento: 45 minutos.

Evolução: Paciente compareceu ao atendimento terapêutico ocupacional, consciente, orientada em tempo-espaço e acompanhada da filha. Para este atendimento objetivou-se trabalhar estratégias de memorização, para auxiliar durante o trajeto de casa para UFPA e para sempre possuir algum contato de emergência, caso se perca. Na confecção dos cartões, o primeiro continha o nome do ônibus para chegar a UFPA (TAPANÃ UFPA), a cor do ônibus (AMARELO) e o número da linha do ônibus (860), o segundo possuía o nome de uma pessoa da família (FILHA) para contato em emergência, foi feito o cartão apenas para esse ônibus, por ser o único que a paciente utiliza como condução, pois ela não gosta de sair de ônibus para muito longe, pois se perde. A mesma gostou muito dos cartões e achou uma ideia ótima para que ela pudesse se lembrar do nome do ônibus. Foram dadas orientações ao acompanhante para estimular os aspectos trabalhados no atendimento.

SESSÃO 12 (ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Objetivo: Treinar a AIVD cozinhar.

Recursos Utilizados: liquidificador, maracujá, água, açúcar e copos.

Duração do atendimento: 1 hora.

Evolução: Atendimento realizado em domicílio com o objetivo de trabalhar as AVD's que foram realizadas em laboratório. Foi trabalhado a AIVD cozinhar, checar os itens orientados no atendimento anterior (quadro para organização do dia-a-dia, sapateira e prato) e orientação topográfica, de casa para a feira, para o posto de saúde e para a igreja.

Em relação às orientações a filha de N. F. L. T., relatou que ela está comendo em um prato mais fundo e maior, assim o alimento não derrama, a sapateira está sendo utilizada corretamente, a paciente destacou que desta forma fica melhor, e que assim se confunde e cansa menos, o quadro não está sendo utilizado, a mesma destacou possuir dificuldades em utiliza-lo, pois não dá para coloca-lo na parede suspenso, o que facilitaria seu uso.

Para trabalhar a AVD alimentação foi feito um suco de maracujá, pois está atividade se configura como uma forma de graduar a atividade de fazer café, pois o suco é feito com água fria, tem que ser coado, adoçado, e colocado em um recipiente, passando assim por um processo semelhante ao do café. A paciente realizou todas as etapas do preparo com o auxílio de pistas verbais, visuais e auxílio físico da estagiária, limpou os objetos utilizados e os guardou adequadamente sem auxílio, apresentou dificuldade em enrolar o cabo do liquidificador, dificuldades de organização e sequenciamento da atividade, atenção, figura fundo, e de agnosia visuoespacial. No momento de colocar a tampa no recipiente que continha o suco, ela fez várias tentativas, até conseguir encaixar, demonstrando que possui déficit de habilidades construtivas. Assim foi orientado que a paciente fizesse suco em casa, regularmente, de maracujá, acerola, goiaba, que possuem processos semelhantes ao que foi treinado, para assim poder iniciar o processo de fazer o café. Quando N. F. L. T. foi lanchar, na hora de colocar o café no copo ela elevava o objeto até chegar na garrafa, assim ocorre





desequilíbrio e o uso de força exacerbada, desta forma, orientou-se que ela deixasse o copo na mesa e trouxesse a garrafa até ele, facilitando o processo de despejar café no copo, a mesma concordou com a orientação.

Sobre o aspecto topográfico, N. F. L. T. relatou encontrar o caminho da feira, do posto de saúde e da igreja, por causa dos pontos de referência (Manoelito e Paraíba), e que os lugares ficam perto da casa e próximos um do outro, não esquecendo o caminho, por que o faz com frequência, relatou não estar mais indo à feira, pois sua irmã está indo, assim a paciente foi orientada a ir junto com sua irmã, pois é importante para trabalhar a questão da habilidade topográfica e de relação social.

SESSÃO 13 (ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Objetivo: AIVD de cozinhar.

Recursos Utilizados: Liquidificador, leite, água, bananas, açúcar e copos.

Duração do atendimento: 1 hora.

Evolução: Para este atendimento optou-se pela realização de uma vitamina de banana, a qual segue os mesmos princípios do suco, procedimento semelhante ao do suco, porém com água gelada, desta forma, preparando a paciente para atividade e trabalhando a questão do medo, favorecendo o processo de confiança em seu desempenho.

Foi solicitado que a paciente indicasse os recursos que usaria para a atividade e os separa-se, colocando-os sobre a mesa. N. F. L. T. foi instigada a explicar as etapas da vitamina e assim, realizando-a. A paciente necessitou de auxílio moderado com dicas verbais e físicas, principalmente relacionadas ao encaixe da tampa do liquidificador e no manuseio do mesmo.

SESSÃO 14 (ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Objetivos: AIVD de cozinhar.

Recursos Utilizados: Água, café, açúcar, coador de café, colher e garrafa.

Duração do atendimento: 1 hora.

Evolução: Em relação às orientações N. F. L. T. relatou ter feito durante a semana os sucos (acerola), destacou ter possuído muita dificuldade, principalmente quando vai coar o suco no coador para o recipiente, pois ela derrama o líquido, não conseguindo manter o coador no local adequado, assim necessitou de auxílio para realizar a atividade. Outra orientação foi o corte de alimentos, porém N. F. L. T. relatou não ter tentado, pois segundo ela, se estressava só em pensar que não iria conseguir cortar de forma adequada. Desta forma reforçamos a orientação de fazer os sucos, como uma estratégia para graduar a atividade, e a de cortar os alimentos, iniciando com pedaços grandes, ex. iniciar cortando uma cebola em rodela, para fazer salada, para temperar o bife ou colocar no cozido. Sobre a orientação topográfica, N. F.





L. T. está indo para igreja com companhia ou sozinha, relatando que foi para o posto de saúde sozinha para se consultar, só não está indo para a feira, familiares confirmaram o relato.

Para trabalhar a AVD alimentação foi feito o café, iniciamos separando os materiais necessários, e perguntando o passo a passo antes de irmos para a prática, a paciente lembrou-se de todas as etapas, e todos os materiais, não possui dificuldade em encontrar os objetos e alimentos em sua casa. N. F. L. T. colocou, água no recipiente, não enchendo totalmente, pois orientamos diminuir a quantidade, depois ligou o fogo e colocou o recipiente com água no fogo, tampou o recipiente e esperou até a água ferver para colocar a açúcar e o pó de café, orientamos não mexer os ingredientes na água com tanta força e velocidade, pois poderia derramar o líquido e machuca-la, a próxima etapa foi coar o café, orientamos a colocar o coador encaixado na garrafa de café, porém nesta etapa estivemos auxiliando verbalmente e com contato físico, para que ela conseguisse realizar esta etapa, sendo está a maior dificuldade.

N. F. L. T. organizou os copos na mesa para que pudéssemos tomar café, realizando esta etapa sem dificuldades, na hora de colocar o café no copo ela elevou o objeto até chegar na garrafa, assim ocorrendo o desequilíbrio e o uso de força exacerbada, desta forma, orientou-se novamente que ela deixasse o copo na mesa e trouxesse a garrafa até ele.

SESSÃO 15 (ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Objetivo: AIVD de cozinhar.

Recursos Utilizados: Água, café, açúcar, coador de café, colher e garrafa.

Duração do atendimento: 45 minutos.

Evolução: Foi indagado se a paciente tinha realizado a atividade de fazer o café pela manhã, a mesma informou que sim, porém em quantidade menor, como foi indicado anteriormente, para que a paciente começasse a realizar a atividade com quantidades pequenas e aos poucos aumentando, desta forma, graduando a atividade. Após a conversa a paciente foi solicitada a separar os utensílios que usaria e depois explicasse o sequenciamento, a mesma realizou as duas etapas sem intercorrências ou dificuldades. N. F. L. T. nesta sessão não apresentou dificuldades em encaixar o coador de café na garrafa térmica e também em coar o café e ainda, em sua fala lembrou-se de não mexer o café no fogo com muita força ou velocidade, pois poderia causar um acidente. Necessitou de pouco auxílio, sendo estes apenas pequenas dicas verbais.

Sessão 16 (ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Objetivo: AIVD limpeza.

Recursos Utilizados: Vassoura, pano de chão, sacola e pregadores.

Duração do atendimento: 50 minutos.





Evolução: Atendimento realizado em domicílio com o objetivo de trabalhar a AIVD/ limpeza. Para iniciar orientamos um alongamento ativo, pois segundo N. F. L. T. ela estava com dores nos MMSS, um dos motivos seria uma batida no seu braço, que estava edemaciado e roxo, para isso foi colocado gelo na região, após o gelo e o alongamento a mesma disse se sentir bem melhor.

A paciente destacou as principais atividades relacionadas à limpeza, relatando o varrer, limpar e secar o chão do banheiro e da cozinha e pendurar as roupas no varal. Assim N. F. L. T. fez o passo a passo das atividades para que pudéssemos orienta-la, desta maneira a mesma foi orientada a colocar um pano na vassoura amarrando-o, para que ele não saísse da vassoura, desta forma estas etapas foram treinadas, pois a mesma apresentou dificuldades em fazer o laço, porém depois de algumas tentativas a mesma conseguiu realizar com menos dificuldade, foi tentado também ao invés de amarrar, colocar pregadores, no entanto ela relatou ser mais fácil amarrar o pano, outra opção que a própria destacou foi fazer ou comprar um saco de pano.

N. F. L. T. foi orientada a fazer alongamentos diariamente duas vezes ao dia, ao acordar e antes de dormir, também foi orientada a treinar as etapas de amarrar o pano na vassoura, ou no pano sozinho, outro ponto foi em relação a mudar várias vezes por dia a roupa de posição, neste sentido foi orientado para que ela diminuísse o número de vezes, modificando para uma vez por dia, outro fator foi diminuir a altura do varal, e de colocar o balde de roupas sempre em cima da cadeira, para que não se agache repetidas vezes. Por fim a paciente verificará a possibilidade de colocar a sapateira em seu quarto.

SESSÃO 17 (ATENDIMENTO DOMICILIAR)

Objetivo: AIVD de limpeza.

Recursos Utilizados: Vassoura, pano de chão, sacola e pregadores.

Duração do atendimento: 45 minutos.

Evolução: Atendimento realizado em domicilio objetivando trabalhar a AIVD/ limpeza. Para iniciar a sessão indagamos a paciente a respeito das dores que estava a sentir e os alongamentos indicados a serem realizados ao acordar e antes de dormir, N. F. L. T. informou estar com menos dores e ter realizado o alongamento. Para reafirmar a importância da realização correta do alongamento, foram repassados quais os movimentos para os seguimentos do corpo também realizando perguntas para a paciente para a mesma indicar se lembrava dos movimentos.

Após, foram treinadas as atividades de limpezas elencadas e realizadas no atendimento anterior, a paciente apresentou-se com menos dificuldade em realizar o nó no pano, demonstrando lembrar-se das etapas, ainda demonstrou mais atenção, concentração e melhora da coordenação e paciência.

Ainda, foi indicado que ao realizar alguma atividade a paciente pratique o hábito de lembrar a sequência e os recursos necessários separando-os antecipadamente para que a



□

execução da atividade ocorra sem intercorrências, no mais, foi orientado também quanto a melhor organização da cozinha.

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□



APÊNDICE C- Artigo Relação entre funcionalidade e satisfação em pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico: O uso da reabilitação cognitiva por meio das Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Relationship between functionality and satisfaction in patients affected by stroke: The use of cognitive rehabilitation through the Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living.

**Graziela Cabral Fazzi¹, Sally Carol Viana da Silva¹, Adriene Damasceno Seabra²,
Glenda Miranda da Paixão²**

RESUMO

No mundo o Acidente Vascular Encefálico é a segunda causa de morte. Em 2013, havia cerca de 25,7 milhões de sobreviventes, havendo um aumento significativo no número absoluto de indivíduos com déficits relacionados à patologia, havendo maior preponderância nos países em desenvolvimento. O objetivo deste trabalho é identificar a relação entre Funcionalidade e satisfação na realização das AVD's e AIVD's em pacientes acometidos por AVE, por meio da abordagem da reabilitação cognitiva. Estudo de caso único, os atendimentos foram realizados em ambulatório e em domicílio, a coleta de dados foi realizada no início e ao final da pesquisa, por meio dos protocolos KATZ, MIF, COPM. Os resultados apresentaram melhora significativa na funcionalidade e na satisfação das AVD's e AIVD's, havendo relação entre ambos, sendo constatado por meio dos resultados dos protocolos e por meio da análise das evoluções das sessões. Desta forma a Funcionalidade e a Satisfação possuem uma intrínseca relação no processo de Reabilitação cognitiva com enfoque nas AVD's e AIVD's, em pacientes acometidos por AVE, assim contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Acidente Vascular Encefálico; Funcionalidade; Satisfação, Reabilitação Cognitiva; Atividade de Vida Diária e Atividade Instrumental de Vida Diária.

ABSTRACT

In the world the Stroke is the second leading cause of death. In 2013, there were about 25.7 million survivors, with a significant increase in the absolute number of individuals with disease-related deficits, with a higher prevalence in developing countries. The objective of this study is to identify the relationship between functionality and satisfaction in performing ADLs and IADL's in patients affected by stroke, through the cognitive rehabilitation approach. Study one event, the children were treated in outpatient and at home, the data collection was performed at the beginning and end of the study, through KATZ protocols,





MIF, COPM. The results showed significant improvement in functionality and satisfaction of ADLs and IADL's, with relationship between them, and revealed by the results of the protocols and through analysis of the evolutions of the sessions. In this way the functionality and satisfaction have an intrinsic relationship in cognitive rehabilitation process focusing on ADLs and IADL's, in patients affected by stroke, there by contributing to improving the quality of life of patients.

KEYWORDS: Stroke; Functionality; Satisfaction; Cognitive Rehabilitation; Activities of Daily Living and Instrumental Activity of Daily Living.



INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é conceituado pela interrupção do fluxo cerebral vascular, de origem isquêmica ou hemorrágica, de etiologias diversas, possuindo fatores predisponentes que levam a algumas alterações físicas, cognitivas e comportamentais diferenciadas e que dependem da área encefálica acometida (CECATTO, 2012).

O AVE denota-se como uma das causas mais comuns de morte em todo o mundo, contribuindo para a principal causa de incapacidade e invalidez. Dois terços das mortes ocorrem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como em países da América Latina e do Caribe (DOBKIN, 2004; LAVADOS et al., 2007; POLESE et al., 2008).

Um ano após o primeiro AVE, os domínios mais afetados são a independência física, contemplando 66% da população acometida, e a ocupação destacando-se com 75%, englobando as Atividades de Vida Diária (AVD's), sendo este o termo disposto na Associação Americana de Terapeutas Ocupacionais AOTA (2014), que compreende ao autocuidado como arrumar-se, higiene bucal, toalete, vestir-se, alimentar-se, rotina de medicamentos, manutenção da saúde, respostas de emergência, mobilidade em comunidade, mobilidade funcional, comunicação funcional e hardware ambiental (BRASIL, 2013).

Outra ocupação que é extremamente afetada pelos déficits ocasionados pelo AVE é a AIVD, conceituada pela AOTA (2014), como atividades de apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, que muitas vezes necessitam de interações mais complexas, como, cuidar de outros, gerenciamento de comunicação, do aspecto financeiro, de manutenção da saúde, além de dirigir e possuir mobilidade na comunidade, Estabelecimento e gerenciamento do lar, Preparar refeições e limpeza, Atividades e expressão religiosa e espiritual, Segurança e manutenção emergencial e fazer compras.





As sequelas de AVE se caracterizam de acordo com a área comprometida, podendo ocorrer em ambos os hemisférios cerebrais, comprometendo aspectos relacionados às funções que estes executam, como aspectos sensório-motores, cognitivos e comportamentais, ocasionando em déficits que comprometem a funcionalidade, interferindo nas ocupações, influenciando negativamente na satisfação do indivíduo em estar inserido na realização das AVD's e AIVD's (CECATTO, 2012; DELBONI, MALENGO, SCHMIDT, 2010).

Ferro, Linz e Filho (2013) citam que indivíduos acometidos por AVE, podem apresentar déficits envolvendo quase todas as áreas da cognição, que segundo Grieve e Gnanasekaran (2010) é a habilidade de receber, armazenar, entender e modular a capacidade de resposta a estímulos do ambiente e de tudo que está ao nosso redor, pois a cognição compreende a todos os processos mentais no cérebro referentes a aquisição e uso do conhecimento.

Assim, como principais déficits que envolvem a cognição Ferro, Linz e Filho (2013) retratam a orientação espaço-temporal, memória, atenção, linguagem e funções executivas, que possuem intrínseca relação com o desempenho nas atividades cotidianas, influenciando no comprometimento funcional do que tange à realização das tarefas diárias, sejam elas ocupacionais, de lazer ou mesmo as básicas de autocuidado e as de relação com outros, no que incorpora a família e o ambiente.

Desta forma as informações que se apresentam chamam atenção para a importância de ações voltadas à vigilância à saúde dessas pessoas, tanto no sentido de reabilitação quanto de prevenção e promoção da saúde, corroborando com o intuito de favorecer a qualidade de vida da população (BRASIL, 2013).

Neste sentido a abordagem da reabilitação cognitiva vem colaborar para o processo de reabilitação no AVE, propiciando e oportunizando a melhora ou reaquisição de experiência e orientação para conseguir as habilidades de atender as demandas de sua família, trabalho e vida comunitária, promovendo melhora de habilidades cognitivas que pode contribuir para o seu desempenho funcional e conseqüentemente para a sua satisfação diante de sua performance (KATZ, BAUM, MAEIR, 2014).

Desta forma, a pesquisa objetivou identificar a relação entre Funcionalidade e satisfação, verificando se a partir das estratégias de reabilitação cognitiva, houve melhora na funcionalidade em pacientes acometidos por AVE, e investigando se a presença desta melhora foi acompanhada de um conseqüente aumento da satisfação durante a realização das AVD's e AIVD's.





METODOLOGIA

Estudo de caso único, apresenta-se como longitudinal de pré e pós intervenção, de cunho qualitativo, com aprovação do comitê de ética com protocolo número: 54939615.0.0000.0018, e a participante que concordou em participar do estudo assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Ocorreu á seleção de pacientes acometidos por AVE, no mês Maio de 2016, proveniente do projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as Atividades de Vida Diária” da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará.

A viabilização da amostra foi constituída a partir da seleção do indivíduo que estivesse dentro dos seguintes critérios de inclusão foram: Pacientes elegíveis para o projeto de Extensão “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as atividades de vida diária”, de ambos os sexos, com idade entre 35 á 70 anos, acometidos por AVE, com algum comprometimento a nível cognitivo que prejudique a realização e independência nas AVD’s e AIVD’s e que possuíssem menos de 2 anos de acometimento da doença neurológica. Foram selecionados 3 indivíduos, porém destes, 2 abandonaram a pesquisa, alegando fatores econômicos e de deslocamento.

A abordagem utilizada para a intervenção foi a reabilitação cognitiva, utilizando as AVD’s e AIVD’s neste processo. As intervenções foram desenvolvidas na sala de Atividade de Vida Diária que fica localizado na Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará e também no domicílio da paciente, pelo período de Maio a Agosto de 2016, configurando-se em 17 atendimentos, a coleta de dados foi realizada no início e ao final da pesquisa, por meio dos protocolos KATZ, MIF, COPM e por meio de registro das evoluções, a fim de mensurar a funcionalidade, e avaliar a satisfação dos indivíduos na realização das AVD’s e AIVD’s. As sessões eram seguidas de orientações para a paciente e para o cuidador para a realização diária do que havia sido treinado, estimulado e adaptado para inserção no seu cotidiano.

RELATO DE CASO

A Paciente identificada com as iniciais do seu nome N. F. L. T., 60 anos, sexo feminino, procedente de Belém, exerce a ocupação de dona de casa, separada, convive com familiares em seu domicílio, possui comorbidades associadas, sendo artrose e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não possui histórico pregresso, etilismo e tabagismo, atualmente





recebe benefício por incapacidade. Sofreu episódios de AVE em três momentos (sendo estes, o primeiro transitório e os dois seguintes, um em cada hemisfério do cérebro).

Como queixa principal relatou déficits relacionados a aspectos cognitivos, que influenciavam na funcionalidade e na satisfação da realização das AVD's e AIVD's, tais como: Déficit na gnosis visuoespacial, praxia, percepção de profundidade, habilidades contrutivas, espaciais, memória, atenção e sequenciamento. Assim apresentando dificuldades iniciais em “organizar os pensamentos”, “cortar alimentos”, “cozinhar”, “organização financeira”, “vestir roupa, principalmente o sutiã”, “sentar na cadeira” e “mobilidade”. Realizava as AVD's e AIVD's, porém necessitando de auxílio, dicas e supervisão de terceiros.

RESULTADOS

A análise dos dados coletados na avaliação inicial pelos protocolos sugeriram prejuízos relacionados à funcionalidade e satisfação. O índice de KATZ apresentou dependência parcial por meio de ajuda humana nas AVD's de vestir, alimentação e transferir-se, porém, isto se alterou no momento da reavaliação, N. F. L. T., demonstrou independência em relação às AVD's avaliadas, como descrito no Quadro. 1.

TABELA 1 – Médias das avaliações inicial e reavaliação do KATZ

Função	Avaliação	Reavaliação
Banhar-se <input type="checkbox"/>	Independente	Independente
Vestir-se <input type="checkbox"/>	Dependência parcial ajuda humana <input type="checkbox"/>	Independente
Uso do banheiro <input type="checkbox"/>	Independente	Independente
Transferir-se <input type="checkbox"/>	Dependência parcial ajuda humana <input type="checkbox"/>	Independente
Controle esfincteriano <input type="checkbox"/>	Independente	Independente
Alimentar-se <input type="checkbox"/>	Dependência parcial ajuda humana <input type="checkbox"/>	Independente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	





Fonte:



A MIF, na avaliação inicial demonstrou prejuízos na funcionalidade das AVD's e AIVD's, no tópico do auto-cuidado apresentou supervisão para alimentação e vestir metade inferior e assistência moderada em vestir metade superior, porém na reavaliação todas as atividades foram pontuadas como independência completa.

TABELA 2 - Médias das avaliações inicial e final da MIF.

Função	Avaliação	reavaliação
Cuidados pessoais	34	42
Controle de esfíncteres	14	14
Mobilidade e transferência	18	21
Locomoção	10	13
Comunicação	9	10
Comportamento social	12	16
Total	97	116

Fonte:



O controle de esfíncteres não apresentou comprometimento na avaliação inicial e na reavaliação. A mobilidade/ transferência do leito para cadeira, pontuou assistência com contato mínimo na avaliação inicial, porém na reavaliação atingiu independência completa, assim como nos outros itens avaliados, que não apresentaram modificação durante as avaliações. A locomoção em relação a marcha apresentou na avaliação inicial assistência com contato mínimo e independência completa na reavaliação, nas escadas apresentou dependência modificada em ambas avaliações

Em comunicação na avaliação inicial a compreensão foi destacada com pontuação de facilitação mínima, na reavaliação apresentou facilitação potencial. Não houve mudanças na pontuação da expressão, apresentando facilitação potencial. A cognição social no item interação social na avaliação inicial apontou independência modificada, na resolução de problemas apresentou orientação máxima, e em memória pontou facilitação mínima, na reavaliação a interação social pontuou como independência total, a resolução de problemas foi classificada com orientação moderada e a memória foi pontuada como supervisão.

O resultado da MIF demonstra o aumento significativo na funcionalidade, pois apresentou na avaliação inicial, dependência modificada (assistência de até 25% na tarefa), e





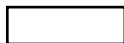
na reavaliação pontuou como independência completa ou modificada, o que corrobora para a melhoria da execução das AVD's e AIVD's.

A COPM revelou grande insatisfação no desempenho das AVD's e AIVD's, com necessidade de auxílio para sua realização na avaliação inicial, na reavaliação apresentou aumento significativo no desempenho e na satisfação.

QUADRO 1 – Médias das avaliações inicial e reavaliação do COPM.

PROBLEMAS DE DESEMPENHO OCUPACIONAL	AVALIAÇÃO INICIAL		REAVALIAÇÃO	
	DESEMPENHO 1	SATISFAÇÃO 1	DESEMPENHO 2	SATISFAÇÃO 2
Alimentação	5	3	7	8
Limpeza da casa	5	3	8	9
Vestir-se	3	3	8	7
Pentear o cabelo	2	3	10	10
Ir a feira	3	3	10	10
Pontuação final	3,6	3,0	8,6	8,8

Fonte:



O total do escore de mudança da COPM, demonstra o aumento do desempenho em 25 pontos, e da satisfação em 29 pontos, aumento este relevante para contribuição da discussão na relação entre funcionalidade e satisfação, demonstrando a intrínseca relação entre ambos.

	DESEMPENHO	SATISFAÇÃO
ESCORES DE MUDANÇA	43 – 18	44 - 15
TOTAL	25	29

Fonte:



Com base nos resultados expostos na avaliação inicial, planejou-se as intervenções com o objetivo de trabalhar as limitações nas AVD's e AIVD's, estimulando as habilidades cognitivas, buscando melhora na funcionalidade e aumento na satisfação, considerando os problemas apontados como causadores de insatisfação. As sessões eram seguidas de





orientações para a paciente e para o cuidador para a realização diária do que havia sido treinado, estimulado e adaptado para inserção no seu cotidiano.

DISCUSSÃO

Os déficits cognitivos dificultam a realização das ocupações, influenciando diretamente na satisfação de sua realização, pois agnosias, apraxias, habilidades construtivas, espaciais, memória, atenção e sequenciamento, afetaram a funcionalidade na execução de tarefas diárias (FERRO, LINS, FILHO, 2013; GRIEVE, GNANASEKARAN, 2010; MENESES, *et al.* 2012).

Rabelo e Néri (2006) destacam em seu estudo aspectos que envolvem as temáticas abordadas neste trabalho tal como, a funcionalidade, cognição e ocupações, destacando as AVD's e AIVD's, além de apresentar outros fatores como, o humor, a identidade e os papéis ocupacionais, expondo que estes aspectos influenciam na satisfação no bem-estar subjetivo e psicológico de indivíduos acometidos por AVE.

Desta forma, Del Duca, Silva e Hallal (2009); Meneses, *et al* (2012) e Ortiz, *et al* (2006) ratificam em seus estudos as principais áreas de desempenho e ocupações comprometidas em indivíduos acometidos por AVE, destacando as AVD's e AIVD's, corroborando com este relato de caso, demonstrando a importância de trabalhar estas atividades em indivíduos acometidos por sequelas neurológicas, pois estas, influenciam na funcionalidade e na satisfação.

Barrett e Muzaffar (2014) em sua pesquisa destaca que atividades funcionais e cognitivas devem ser realizadas conjuntamente, pois assim a reabilitação trará resultados mais expressivos para melhora dos pacientes, assim a AVD e a AIVD, que exigem complexas habilidades motoras e cognitivas se inserem como um fator de extrema importância na reabilitação.

Neste sentido a reabilitação cognitiva é um método de intervenção que contribui para a melhora na satisfação e na funcionalidade da execução das AVD's e AIVD's (ÁVILA, *et al.* 2014), os dados coletados pelos protocolos KATZ, MIF e COPM, ratificam e apresentam uma melhora significativa na funcionalidade e na satisfação.

Na reavaliação do índice de Katz as AVD's de vestir e alimentação apresentaram como resultado a independência, porém no protocolo COPM apesar de apresentar melhora, não foram destacados com a maior pontuação, evidenciando a opinião do indivíduo em relação ao seu desempenho, e não apenas a execução, pois a funcionalidade leva em consideração tudo o que interfere e envolve a ocupação do ser humano.





Neste sentido a AVD com maior pontuação no protocolo COPM foi a de pentear o cabelo, sendo este item não existente no índice de KATZ, e a AIVD de ir à feira, demonstrando que quanto melhor o desempenho na opinião do indivíduo em uma atividade, maior a satisfação, sendo estas atividades significativas.

O protocolo MIF apresentou no tópico autocuidado, maior diferença na pontuação da avaliação para a reavaliação, demonstrando que as AVD's tiveram uma melhora significativa na vida da paciente.

Meneses, *et al* (2012) analisou que a satisfação e o desempenho após três e seis meses de intervenção pela Terapia ocupacional, melhorou a percepção de pacientes pós-AVE em atividades autolistasadas como importantes e significativas. Corroborando com os resultados deste relato de caso que apresentou melhoras em quatro meses de intervenções, validando que a funcionalidade e a satisfação devem estar relacionadas pra melhora da qualidade de vida dos indivíduos.

Os protocolos demonstraram ser eficazes na avaliação das AVD's e AIVD's neste relato de caso, pois na COPM é possível elencar as principais atividades que a paciente gostaria de possuir melhor desempenho e o grau de satisfação em sua realização. Foi possível avaliar a funcionalidade por meio do Katz e da MIF apresentando melhora nas AVD's e AIVD's destacadas com menor independência, nesta perspectiva a relação proposta entre funcionalidade e satisfação, tornou-se evidente, pela análise dos resultados dos protocolos aqui citados.

No entanto, no presente estudo percebeu-se a necessidade de um protocolo de avaliação padronizado e específico que permitisse observar as melhoras cognitivas por meio das AVD's e AIVD's, evidenciando os déficits em relação à funcionalidade, pois Pedrosa (2007) evidencia que protocolos que avaliam funcionalidade não são sensíveis o suficiente para mensurar melhoras cognitivas relacionadas a este aspecto.

O relato de caso destacado apresentou uma variação de déficits cognitivos, que se caracterizaram pelo acometimento em ambos os hemisférios cerebrais, sendo a funcionalidade afetada na realização das AVD's e AIVD's, havendo assim uma diminuição na satisfação. Assim treinos e estratégias /de intervenção, evidenciaram a melhora e a relação entre funcionalidade e satisfação.

Shigaki, *et al* (2014) expõem que para efeitos de investigação precoce, estudos de caso único, tendo como alvo os déficits específicos relacionados à cognição, e com ênfase em resultados funcionais a longo prazo, pode ser uma alternativa interessante, que contribua com





resultados relevantes, pois grupos de estudos controlados de grande proporção podem ser mais úteis quando as especificidades da eficácia do tratamento a nível individual são bem definidas.

Neste sentido as intervenções pautadas nos déficits cognitivos que interferiam nas AVD's e AIVD's, foram trabalhadas, apesar de não haver medidas quantitativas de maneira geral em relação à melhora cognitiva, a observação durante os atendimentos e os resultados dos testes, principalmente da MIF no domínio cognição social, demonstrou de forma indireta uma relativa melhora neste fator, pois o método de intervenção usado foi a reabilitação cognitiva.

CONCLUSÃO

Os déficits cognitivos e funcionais decorrentes do AVE, afetam a realização das ocupações interferindo na satisfação, sendo necessário uma abordagem de reabilitação que proporcione resultados satisfatórios, tal qual a reabilitação cognitiva, além de direcionar as intervenções para as AVD's e AIVD's, que são evidentemente afetadas pelo AVE.

A Funcionalidade e satisfação estão relacionadas, pois com a melhoria na funcionalidade a satisfação consequente aumenta, influenciando positivamente na execução da AVD's e AIVD's, proporcionando qualidade de vida, corroborando para melhora dos déficits cognitivos, impulsionando o indivíduo a ser independente e a buscar ativamente sua autonomia, o que pode se perceber claramente em N. F. L. T, após o período de intervenção. No entanto a melhora de suas habilidades funcionais remanescentes e a aquisição de novas habilidades pode ter sido influenciada não somente pelas intervenções, mas também pelo processo de recuperação envolvendo a neuroplasticidade, favorecendo assim, a representação cortical afetada.

Ressalta-se que as pesquisadoras compreendem as limitações deste estudo, envolvendo a própria dinâmica de intervenção, como atendimentos realizados distante do local de residência de pacientes, o que pode ter gerado a não aderência de outros possíveis sujeitos de pesquisa, intervenções que poderiam ser consideradas complexas realizadas pelo período da tarde, em horários que poderiam dificultar a realização e também o acesso, devido a condições climáticas, bem como protocolos e amostragem de participantes limitados.

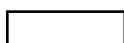
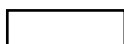
Porém, com isto, percebeu-se a importância da inclusão de protocolos que possam mensurar as melhoras cognitivas por meio da AVD's e AIVD's, evidenciando os déficits em relação à funcionalidade, se torna necessário para estudos posteriores que venham discutir





esses aspectos, considerando também técnicas de intervenções, favorecendo a ascensão da temática, bastante discutida dentre os cursos de T.O, no entanto com pouca fundamentação teórica nas bases de dados vigentes.

Para finalizar deve ser destacada a necessidade de estudos que abordem a temática com uma magnitude mais expressiva, como um número maior de participantes e com um período maior de intervenção, para que haja uma estatística significativa, em prol da disseminação do conhecimento teórico-prático.



REFERÊNCIAS

American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. **American Journal of Occupational Therapy**. 3 ed. v. 68, s. 1, 2014.

ÁVILA, A., et al. Effectiveness of an Occupational Therapy Home Programme in Spain for People Affected by Stroke. **Occup. Ther. Int.** v. 22, 2014. p. 1-9.

BARRETT, A. M.; MUZAFFA, T. Spatial cognitive rehabilitation and motor recovery after stroke. **Curr. Opin. Neurol.** v. 27, n.6, 2014. p. 653–658.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CECATTO, R. B. Acidente Vascular Encefálico: Aspectos clínicos. In: CRUZ, D. M. C. **Terapia ocupacional na Reabilitação Pós-Acidente Vascular Encefálico: Atividades de Vida Diária e Interdisciplinaridade**. São Paulo: Editora Santos, 2012. p. 367-377.

DELBONI, M. C. C. MALENGO. P. C. M. SCHMIDT E. P. R. Relação entre os aspectos das alterações funcionais e seu impacto na qualidade de vida das pessoas com sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.34, n.2, 2010. p. 165 -175.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, 2009. p. 796 -805.

DOBKIN, B. Strategies for stroke rehabilitation. **Lancet. Neurol.**, v. 3, 2004. p. 528-536.

FERRO, A. O.; LINS, A. E. S.; FILHO, E. M. T. Comprometimento cognitivo e funcional em pacientes acometidos de Acidente Vascular Encefálico: Importância da avaliação cognitiva para intervenção na Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 3, 2013. p. 521-527.





GRIEVE, J. GNANASEKARAN, L. **Neuropsicologia para Terapeutas Ocupacionais: Cognição no Desempenho Ocupacional**. Tradução: Silvia Spada. 3 ed, São Paulo: Santos Editora, 2010.

KATZ, N.; BAUM, C. M.; MAEIR, A. Introdução à intervenção cognitiva e à avaliação cognitiva funcional. In: KATZ, N. **Neurociência, Reabilitação Cognitiva e modelos de intervenção em Terapia Ocupacional**. Tradução: Shirly Gabay; Terezinha Oppido. 3 ed, São Paulo: Editora Santos, 2014. p. 3-12.

LAVADOS, P. M. et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. **Lancet. Neurol.**, v. 6, 2007. p. 362-372.

MENESES, K. V. P. et al. Perfil sócio demográfico e áreas de desempenho ocupacional afetadas em pacientes pós-ave atendidos por um serviço de terapia ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 23, n. 2, maio/ ago. 2012. p. 107-112.

Ortiz, C. A.; *et al.* Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 43, n. 1, 2006, p. 21-33.

PEDROSA, H. M. D. Avaliação Funcional de Doentes com Defeito Cognitivo Ligeiro – a escala ADCS MCI ADL. 2007. 83f. Dissertação (Mestrado em Neurociências) –Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa. 2007.

POLESE, J. C. et al. Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. Neurocienc.** v. 16, n. 3, 2008. p. 175-178.

RABELO, D. F.; NÉRI, A. L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia**. v. 11, n. 2, 2006.169-177.

SHIGAKI, *et al.* Rehabilitation of Poststroke Cognition. **Semin Neurol**. v. 34, n. 5, 2014. p. 496–503.



ANEXO A- Parecer do comitê de ética em pesquisa.

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_634455.pdf	02/04/2016 13:20:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_plataforma.pdf	02/04/2016 13:12:19	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODOPEQUISADOR.pdf	02/04/2016 13:06:35	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
Outros	declaracao_onus_financeiro.pdf	06/01/2016 16:20:13	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PLATAFORMA.pdf	06/01/2016 15:51:44	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	06/01/2016 15:43:22	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
Orçamento	CUSTO_FINANCEIRO.docx	02/12/2015 16:59:52	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_consentimento_da_instituicao_e_dos_autores.jpg	02/12/2015 16:21:51	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.jpg	02/12/2015 00:07:21	Adriene Damasceno Seabra	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/12/2015 22:53:08	Adriene Damasceno Seabra	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

Página 02 de 03

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.535.637

Não

BELEM, 09 de Maio de 2016

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamã **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

ANEXO B- Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ (modificado)

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada (0)	DEPENDÊNCIA		
		PARCIAL		COMPLETA O idoso não faz a atividade considerada (3)
		Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito

CONTROLE ESFINCTERIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	Evacuação	Independência para controlar os movimentos intestinais	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca		Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.

ANEXO C- Medida de Independência Funcional (MIF)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL
 PROJETO DE EXTENSÃO: REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA E TREINO DE AVD'S
 AVALIAÇÃO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

NOME:	IDADE:	SEXO
DIAGNOSTICO:		
SEQUELAS:		

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL				
NÍVEIS	7 – Independência completa (Tempo, Segurança) 6 – Independência modificada (aparelho)	SEM ASSISTENTE		
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito = 75%+) 3 – Assistência Moderada (Sujeito = 50%+) Completa Dependência 2 – Assistência Máxima (Sujeito = 25%+) 1 – Assistência Total (Sujeito = 0%+)	ASSISTENTE		
Avaliação	Atividades	1° Av.	2° Av.	3° Av.
	Cuidados pessoais			
A.	Alimentar-se			
B.	Arrumar-se			
C.	Banhar-se			
D.	Vestir-se. Parte superior			
E.	Vestir-se. Parte inferior			
F.	Higiene pessoal			
	Controle Esfincteriano			
G.	Controle vesical			
H.	Controle intestinal			
	Mobilidade			
	Transferência			
I.	Leito, Cadeira, C/Rodas			
J.	Sanitário			
K.	Banheira, Chuveiro			
	Locomoção			
L.	Marcha/ Cadeira de Rodas	M <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/>
M.	Escadas			
	Comunicação			
N.	Abrangência	B <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/>
O.	Expressão	VO <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/>	VO <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/>	VO <input type="checkbox"/> NV <input type="checkbox"/>
	Conhecimento Social			
P.	Interação Social			
Q.	Resolução de Problemas			
R.	Memória			
Total				

Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, B= ambas, VI= Visual, VO= vocal e NV= não verbal.

Ass. Terapeuta ocupacional: _____ Data: ____/____/____

PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando as cartões de pontuação, peça ao cliente para classificar cada problema no que diz respeito ao Desempenho e Satisfação, depois calcule a pontuação total. Para calcular a pontuação total some a pontuação do desempenho ocupacional ou da satisfação de todos os problemas e divida pelo número de problemas.

PASSO 4: REAVALIAÇÃO

No intervalo de tempo apropriado para reavaliação, o cliente classifica novamente cada problema, no que se refere ao Desempenho e à Satisfação.

Problemas de Desempenho Ocupacional	Avaliação Inicial		Reavaliação	
	Desempenho 1	Satisfação 1	Desempenho 2	Satisfação 2
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Problemas de Desempenho Ocupacional	Pontuação do Desempenho 1	Pontuação da Satisfação 1	Pontuação do Desempenho 2	Pontuação da Satisfação 2
$\text{Pontuação Total} = \frac{\text{Pontuação Total do Desempenho ou da Satisfação}}{\text{Nº de Problemas}}$	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___	___ / ___ = ___

PASSO 5: COMPUTANDO OS ESCORES DE MUDANÇA

Calcule as mudanças, subtraindo a pontuação obtida na avaliação da obtida na reavaliação.

Mudança no Desempenho = Pontuação do Desempenho 2 ___ – Pontuação do Desempenho 1 ___ = ___

Mudança na Satisfação = Pontuação da Satisfação 2 ___ – Pontuação da Satisfação 1 ___ = ___

ANOTAÇÕES ADICIONAIS E OBSERVAÇÕES

Avaliação inicial:

Reavaliação:

¹Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Versão brasileira traduzida por Lúcia C. Magalhães, Lílian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso.

²Publicada pela CASI Publicações ACE. © R. Lew, S. Bajbouh, A. Corwell, M. A. McCall, R. Polintola, K. Pollock, 2000



ANEXO E – Avaliação de AVE do projeto “Reabilitação Neurológica e Terapia Ocupacional: Enfoque sobre as AVD’s”.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO



1. IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____



Endereço: _____



Telefone: _____



Tipo de AVE: _____

Data do AVE: _____

Encaminhado por (procedência): _____

Data da avaliação: _____



2. HISTÓRIA CLÍNICA DA LESÃO (TEMPO, COMORBIDADE, ÁREA DA LESÃO):



3. QUEIXA PRINCIPAL:

4. AVALIAÇÃO MOTORA

4.1 TIPO DE TÔNUS PREDOMINANTE:

() Hipertônico

() Hipotônico

() Normal



4.2 ADM E GRAU DE FORÇA





(Para efeitos de avaliação serão testados em FM a força relativa à grupos musculares recrutados para a execução de um movimento, e não músculos isolados).

Movimento (indicar a articulação testada)	ADM ativa		ADM passiva		FM (0 a 5)
	D	E	D	E	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ESCALA MODIFICADA DE ASHWORTH		
Classificação da Espasticidade		
Grau	Descrição	
<input type="checkbox"/>	0	Sem aumento do tônus muscular <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1	Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1+	Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2	Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas
<input type="checkbox"/>	3	Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4	A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão. <input type="checkbox"/>



Observações complementares:



4.3 SENSIBILIDADE:

() Presente () Ausente

() Tátil () Sinestésica () Proprioceptiva () Dolorosa () Esterognosia

Observações complementares:

5. AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

5.1 ORIENTAÇÃO

() Orientado () Desorientado () Confuso

5.2 MEMORIA

() Relato () Perda Recente

5.3 LINGUAGEM

() Normal () Afasia () Disartria () Alexia

Observações complementares:

CONCLUSÃO: _____
