



# **Avaliação de função motora e cognitiva.**

## **Práticas na Reabilitação Neurológica**

Jéssica Mortimer Antunes  
Terapeuta Ocupacional  
CREFITO 3/20826-TO

# Índice

01 Avaliação e seus motivos

02 Modelos de avaliar e intervir

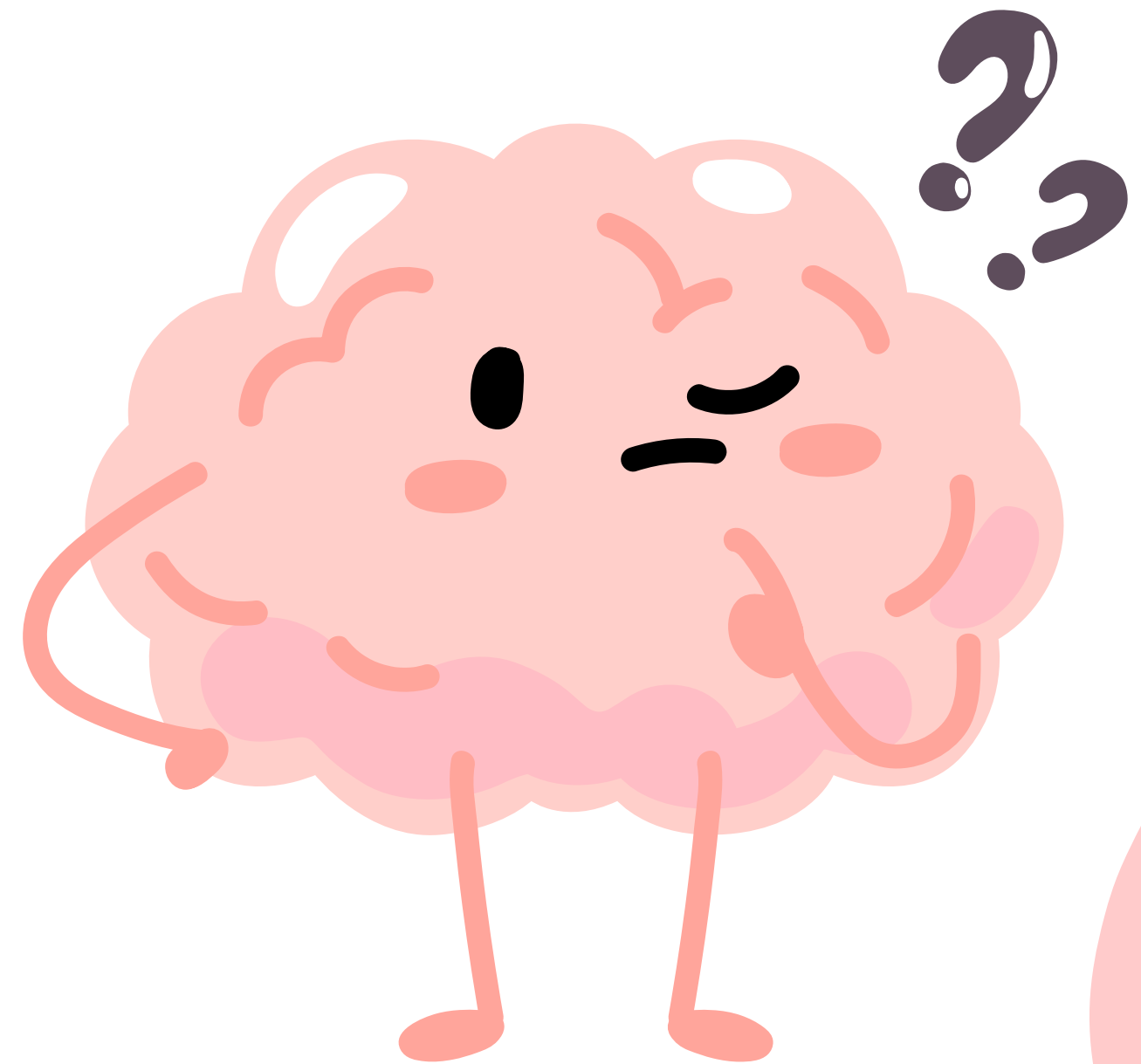
03 Uso e Prática

04 Conclusão

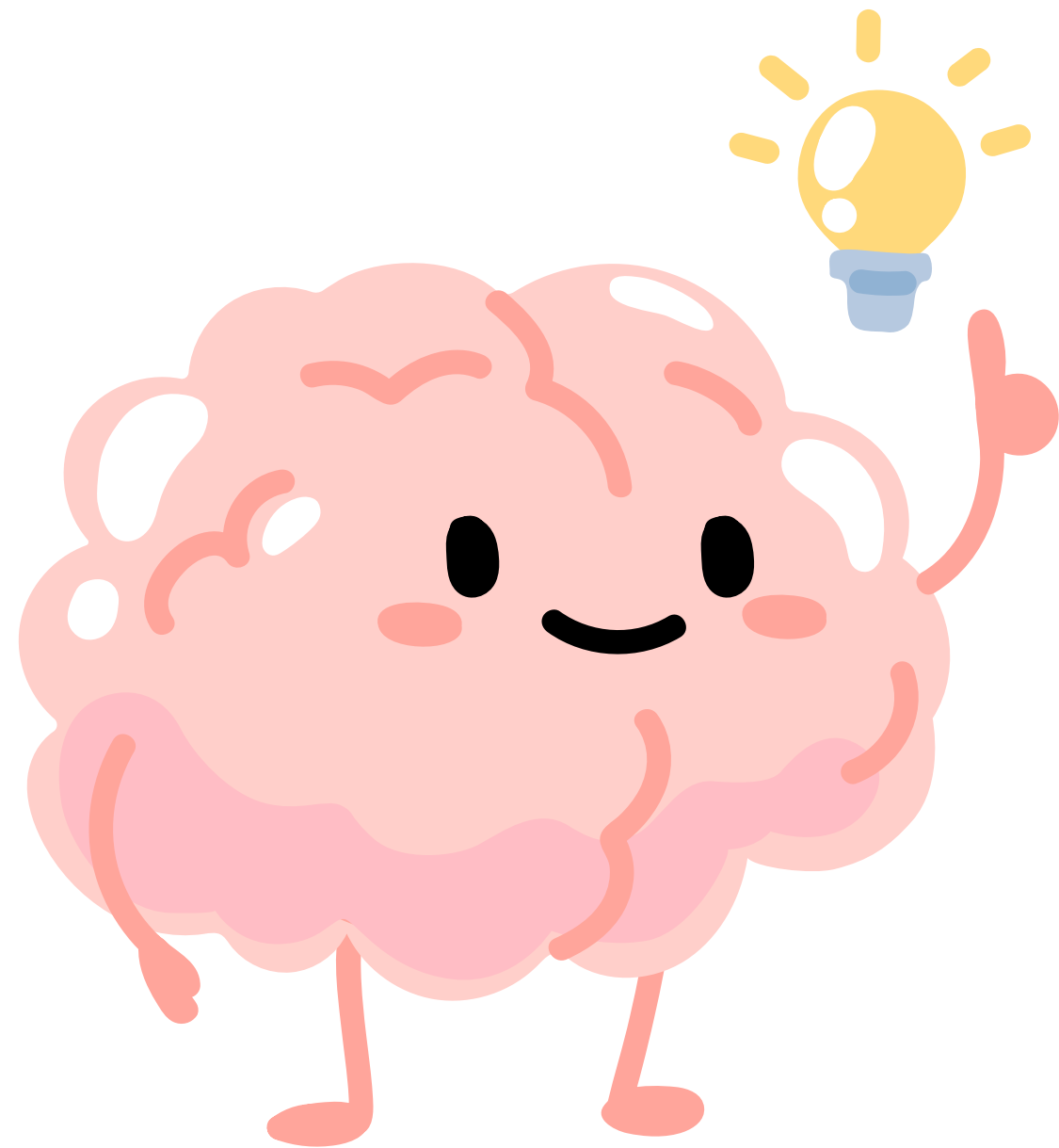


# Avaliação

**Entendendo motivos,  
direcionando olhares**



# Informações básicas



Responsável por todo funcionamento corporal, emocional, funcional. Cada estrutura possui função especializada. (Lembrar Brodman, e Homúnculo de Penfield).

Possui cerca de 1,5 KG e cerca de 100 bilhões de neurônios, sendo que sua maioria encontra-se no cerebelo 69 bi

Tudo o que você conhece, sente, imagina ou pensa, nasce de reações fisiológicas destas estruturas. Consome 20% de toda a energia corporal

# O que é avaliar?

- Avaliar **não** tem o objetivo de padronizar aspectos funcionais. Serve para categorizar e organizar a análise.
- É importante estar atento às singularidades dos pacientes, sem deixar de lado os aspectos clínicos.
- O uso de escalas padronizadas surge como direcionador.



**Anamnese e observação valem mais  
que registro de performance!!!**

# ○ Direcionar o olhar



## **Compreender**


Entender por meio dos testes e observação quais as funções deficitárias, observar os fatores limitantes e as potencialidades



## **Agir**

Estipular o plano de ação, as estratégias para reabilitar, ajustar ou manter as habilidades/funções ocupacionais

## 2. Modelos para avaliar e intervir



Existem diversos modelos que direcionam a intervenção. Cognitivos compensatórios - treino cognitivo, Orientação Cognitiva para Desempenho Ocupacional Diário - CO-PO, intervenção dinâmica, Neurofuncional, e outros são exemplos.

Porém, os modelos existentes dependem de um olhar apurado para compreender aspectos que compõem o indivíduo.



# 3. Uso e Prática - Olhar geral (Domínios)



**Fatores do  
Cliente**

**Habilidades de  
Desempenho**

**OCUPAÇÕES**

**Contextos e  
ambientes**

**Padrões de  
Desempenho**





**AVD'S**

**GES. SAÚDE**

**DESCANSO/  
SONO**

**AIVD'S**

**LAZER**

**OCUPAÇÕES**

**TRABALHO**

**BRINCAR**

**PARTIC.  
SOCIAL**

**EDUCAÇÃO**



# Fatores do Cliente

## Valores

Cultura, “certo e errado”

## Crenças

Verdade sobre si e outros

## Espiritualidade

Fé, propósito, significado

## Funções do corpo

### Funções sensoriais

Sentidos (visão, audição, tato, olfato, propriocepção, função vestibular)

### Funções neuromusculoesqueléticas

Força, tônus, reflexos, estabilidade articular, padrão de marcha, etc)

### Funções mentais

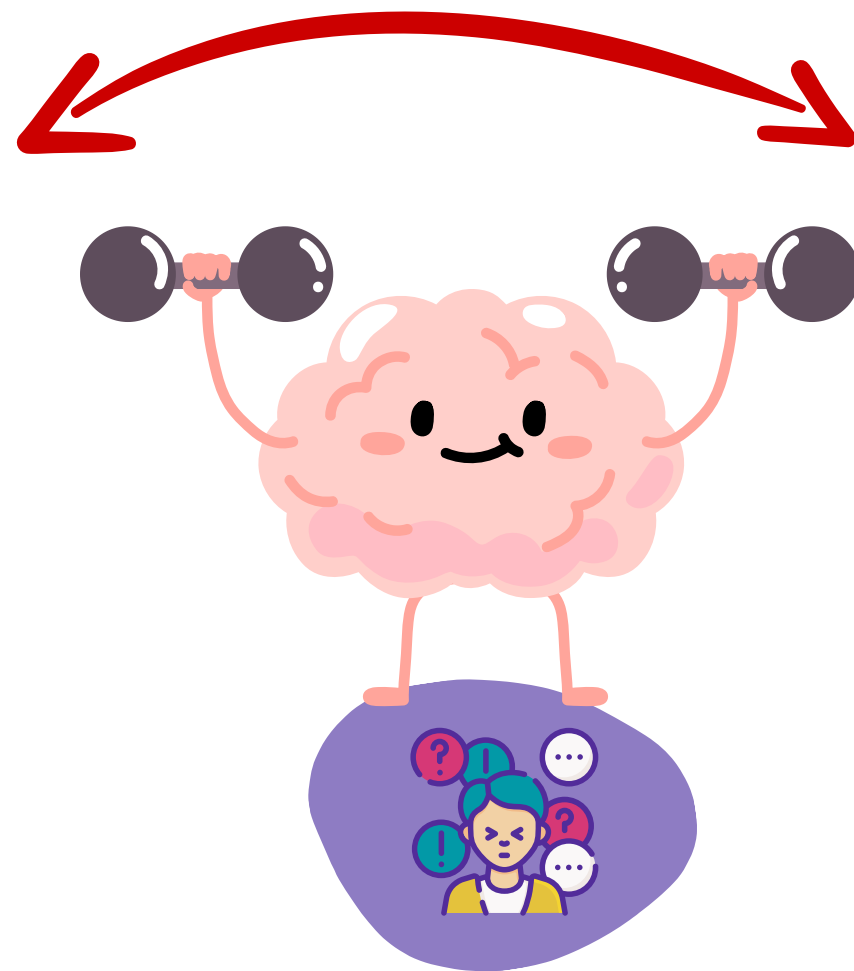
Função cognitiva superior (alto nível, metacognitivas - julgamento, conceituação, insight)  
Habilidades cognitivas básicas (atenção, memória, pensamento etc)

# Habilidades de Desempenho



## Motoras

Preensão, manipulação, coordenação, posicionamento, sustentação, fluidez, ritmo, etc



## Sociais

Gesticulação, discurso, questionamento, desenvoltura, fluência



## Processuais

Atenção, indagação, organização, sequenciamento, ritmo

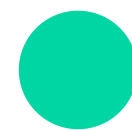
# Padrões de Desempenho



**Hábitos**



**Rotinas**

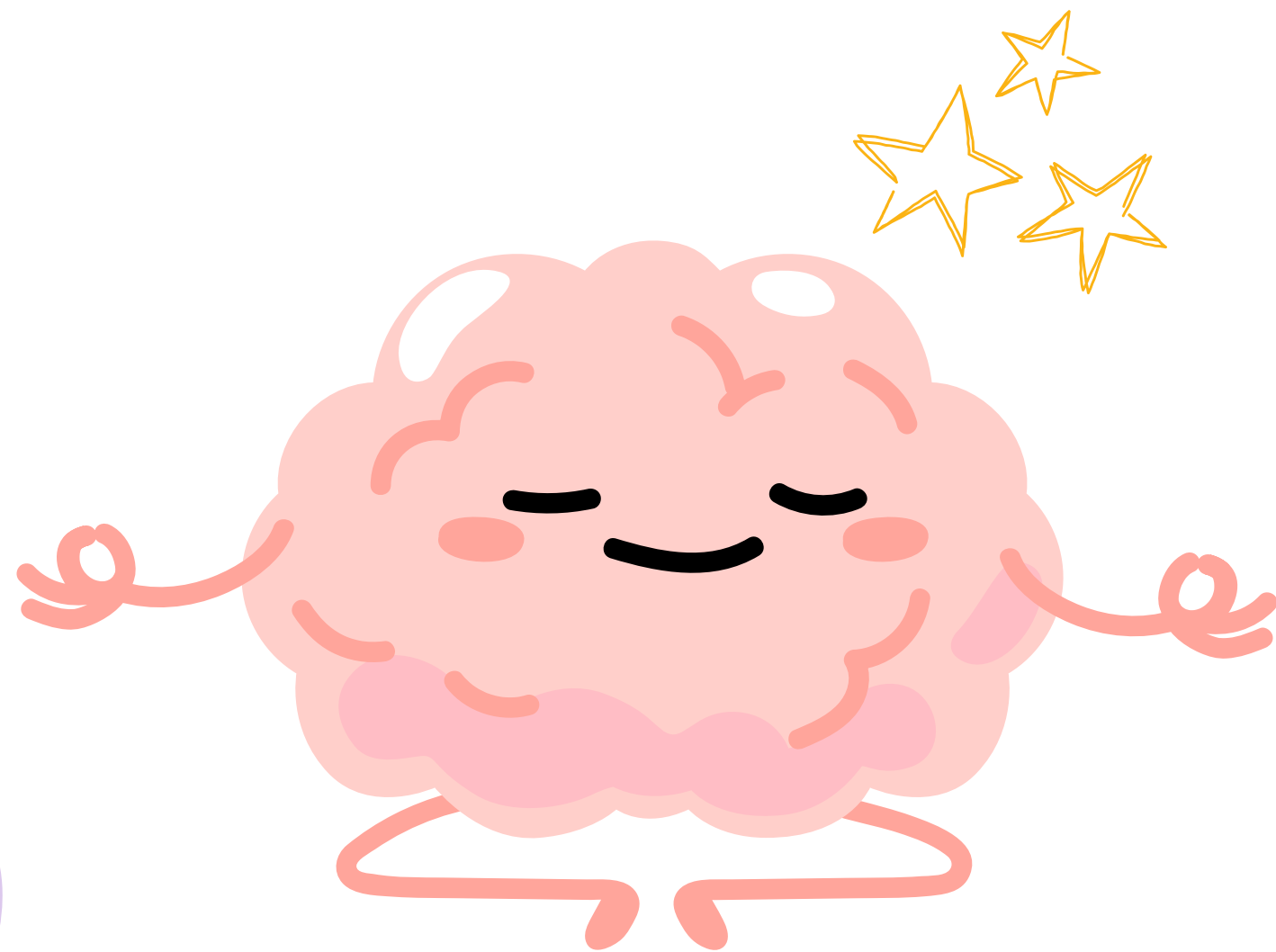


**Rituais**



**Papéis**

# Escalas de Avaliação

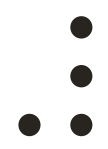


## AVALIAÇÃO DOS FATORES DO CLIENTE

- Escala de Ashworth.
- Escala Visual Analógica (EVA) - Dor
- Avaliação de estereognosia.
- Avaliação Sensorial de Nottingham.
- Sensibilidade Tátil / Força

## AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES DE DESEMPENHO

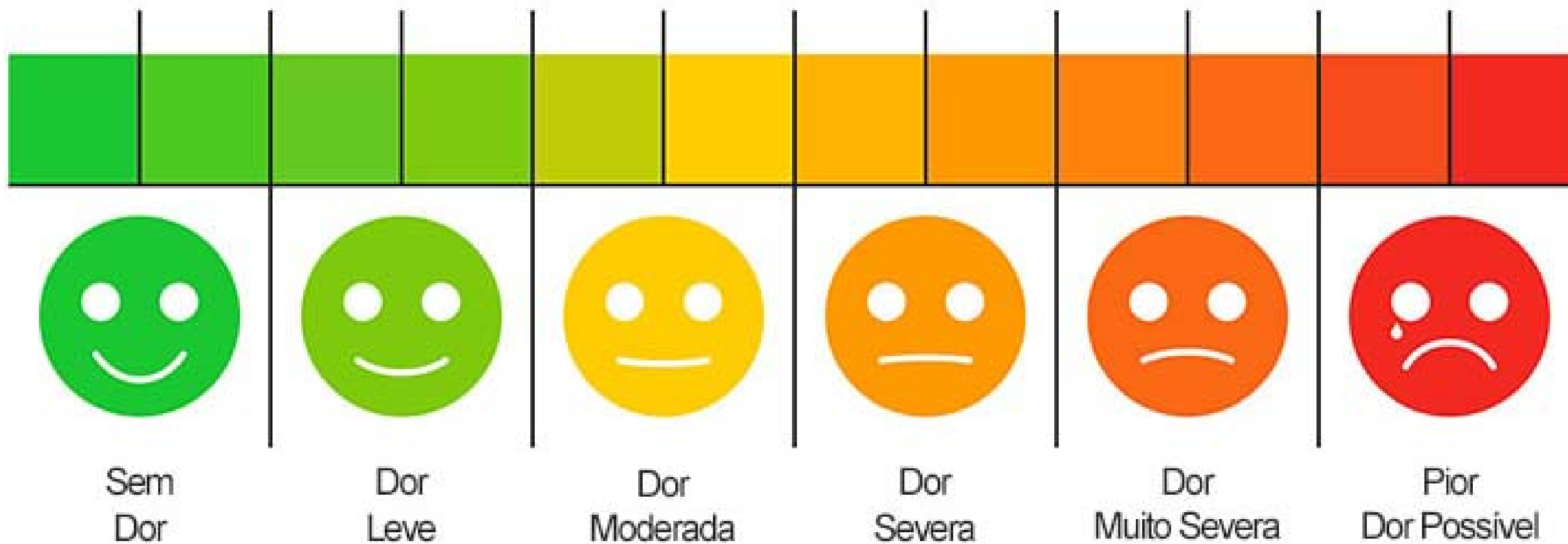
- *National Institutes of Health Stroke Scale - NIHSS.*
- Avaliação Fugl-Meyer (FMA).
- Miniexame do Estado Mental / ACER.
- Teste do Relógio.



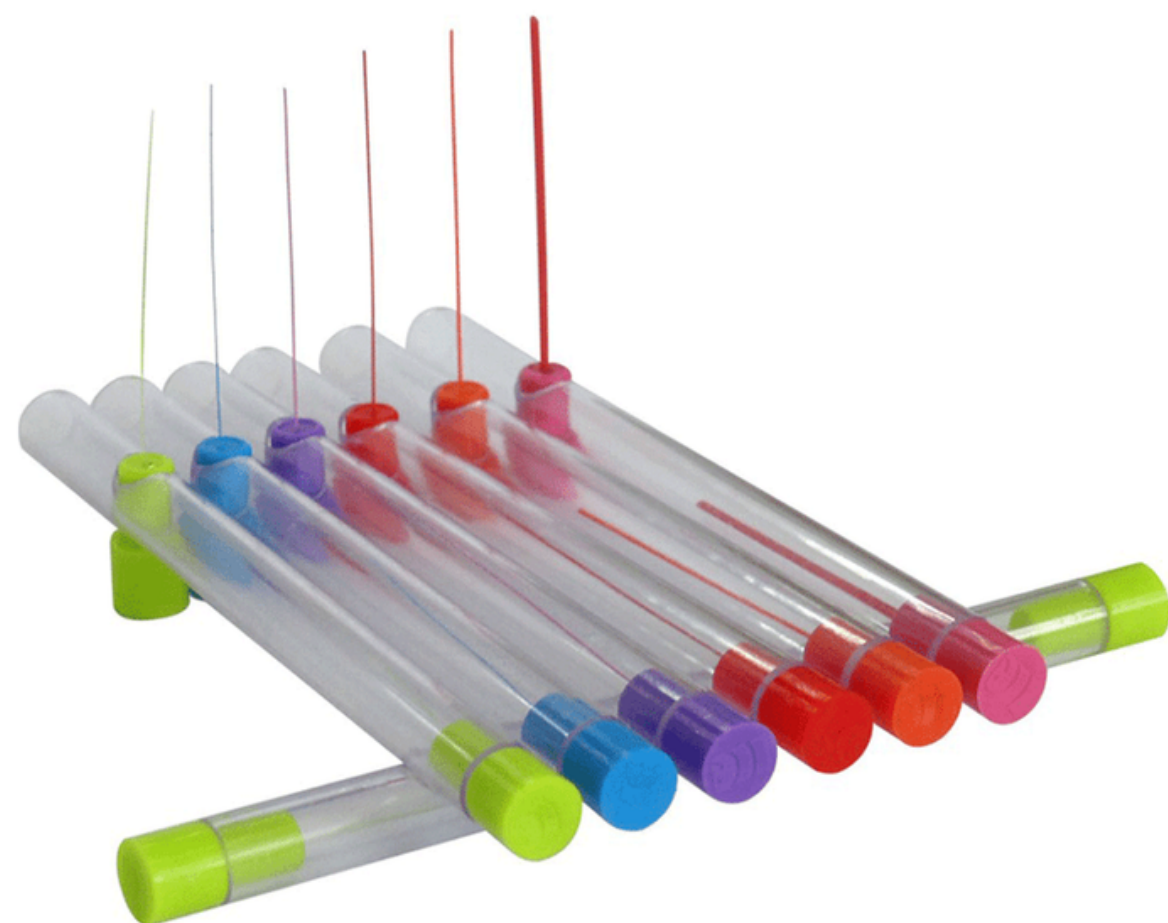
# Escala de Ashworth Modificada








- 1 Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
- 1+ Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
- 2 Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
- 3 Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
- 4 Partes rígidas em flexão ou extensão.

# Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



# Sensibilidade - Estesiômetro



O toque mais leve que se pode sentir é do filamento:	INTERPRETAÇÃO	Código tradicional para mapeamento no prontuário:
<b>Verde</b> (Nominal: 0,07gf)	- Sensibilidade dentro da faixa considerada normal para mão e pé.	Bolinha verde 
<b>Azul</b> (Nominal: 0,2gf)	- Sensibilidade diminuída na mão, com dificuldade quanto a discriminação fina. Ainda dentro do "normal" para o pé.	Bolinha azul 
<b>Violeta</b> (Nominal: 2,0gf)	- Sensibilidade protetora para a mão diminuída, permanecendo o suficiente para prevenir lesões. - Dificuldade com a discriminação de forma e temperatura.	Bolinha roxa 
<b>Vermelho escuro</b> (Nominal: 4,0gf)	- Perda da sensação protetora para a mão, e às vezes, para o pé. - Vulnerável a lesões. - Perda da discriminação quente / frio.	Bolinha vermelha 
<b>Laranja</b> (Nominal: 10gf)	- Perda da sensação protetora para o pé, ainda podendo sentir pressão profunda e dor.	"X" em vermelho 
<b>Magenta / rosa</b> (Nominal: 300gf)	- Sensibilidade à pressão profunda mantida, podendo ainda sentir dor.	Circulo vermelho 
<b>Nenhuma resposta</b>	- Perda de sensibilidade à pressão profunda, normalmente não podendo sentir dor.	Bolinha preta 



# Estereognosia





# Avaliação Sensorial de Nottingham

## Estereognosia

<input type="checkbox"/>	Moeda de R\$ 0,01
<input type="checkbox"/>	Moeda de R\$ 0,10
<input type="checkbox"/>	Moeda de R\$ 1

<input type="checkbox"/>	Caneta esferográfica
<input type="checkbox"/>	Lápis

<input type="checkbox"/>	Pente
<input type="checkbox"/>	Tesoura

<input type="checkbox"/>	Esponja
<input type="checkbox"/>	Flanela

<input type="checkbox"/>	Xícara
<input type="checkbox"/>	Copo

## Discriminação entre dois pontos

	mm	Pontuação
Palma da mão		

	mm	Pontuação
Pontas dos dedos		

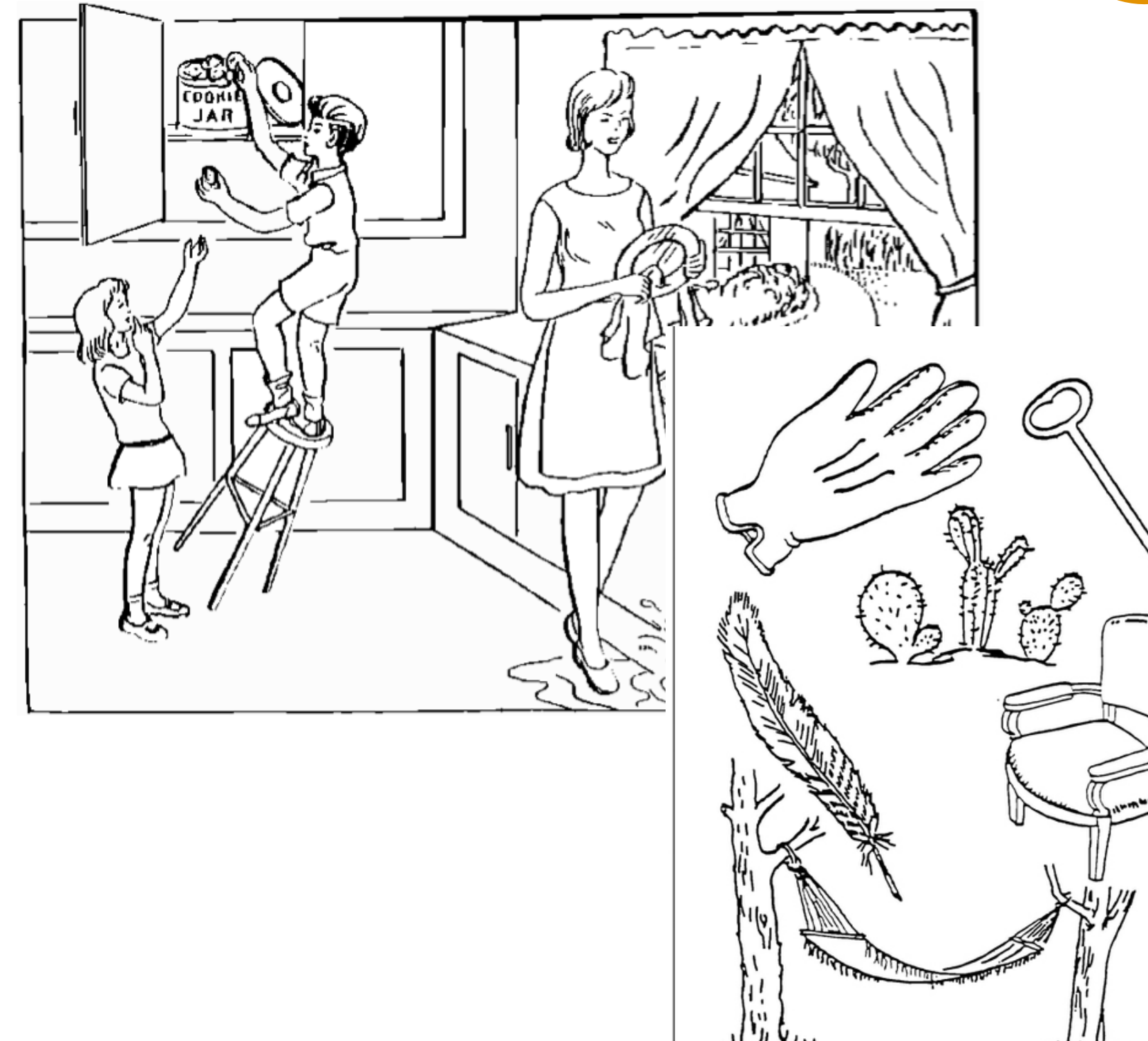
## Pontuação

Sensação Tátil e Estereognosia	Propriocepção	Discriminação entre 2 pontos
0: Ausente	0: Ausente	0: Ausente
1: Alterado	1: Execução do movimento (direção errada)	1: >3mm dedos e >8 mm mão
2: Normal	2: Direção do movimento (>10°)	2: <3mm dedos e <8 mm mão
4 a 9: Não testável	3: Normal ou posição articular <10°	4 a 9: Não testável
	4 a 9: Não testável	

Comentários: (por exemplo: edema ou palidez presente, meias de compressão, presença de reflexos).

# National Institutes of Health Stroke Scale NIHSS

- A NIHSS é a escala que mensura a limitação funcional de indivíduos na fase aguda do AVC. Ela possui 11 itens para avaliar a consciência, linguagem, negligência, campo visual, coordenação, função motora e sensorial.
- Cada item tem pontuação específica, onde os maiores valores apontam maiores déficits. A pontuação total varia de 0-42 pontos onde (maior que 25 muito grave), de 15-24 pontos grave, 5-14 leve a moderado e 1-5 leve.



# Fulg Meyer

## ANEXO 1. PROTOCOLO DE DESEMPENHO FÍSICO DE FUGL-MEYER.

### TESTE / PONTUAÇÃO

#### EXTREMIDADE SUPERIOR

##### I. REFLEXOS DA EXTREMIDADE SUPERIOR

Bíceps e/ou flexores dos dedos ( ) Tríceps ( )

0: Nenhuma atividade reflexa presente / 2: Atividade reflexa pode ser observada

##### II. MOVIMENTOS

Elevação do ombro ( )

**Retração do ombro:** Abdução ( $\geq 90^\circ$ ) ( ) / Rotação externa ( )

Flexão do cotovelo ( ) / Supinação do antebraço ( )

Adução do ombro/rotação interna ( ) / Extensão do cotovelo ( )

Pronação do antebraço ( )

0: Não pode ser realizado completamente / 1: Parcialmente realizado / 2: Realizada completamente.

##### a. Mão à coluna lombar ( )

0: Nenhuma ação específica realizada / 1: A mão ultrapassa a espinha ilíaca ântero-superior / 2: Ação realizada completamente

##### b. Flexão do ombro até $90^\circ$ ( )

0: O braço é imediatamente abduzido ou ocorre flexão do cotovelo no início do movimento / 1: A abdução ou flexão do ombro ocorre na fase tardia do movimento / 2: Ação realizada

##### c. Pronação/Supinação antebraço com cotovelo em $90^\circ$ e o ombro em $0^\circ$ ( )

0: Posição correta do ombro e cotovelo não pode ser atingida, e/ou pronação ou supinação não pode ser realizada totalmente / 1: A pronação ou supinação ativa pode ser realizada com uma amplitude limitada de movimento, e em algum momento o ombro e o cotovelo são corretamente posicionados / 2: Pronação e supinação completa com correta posição do cotovelo e ombro

0: 2 a 3 reflexos fásicos são marcadamente hiperativos / 1: um reflexo marcadamente hiperativo, ou 2 reflexos estão vivos / 2: não mais que um reflexo está vivo, e nenhum está hiperativo

#### IV. CONTROLE DE PUNHO

##### a. Estabilizar cotovelo em $90^\circ$ , e ombro em $0^\circ$ ( )

0: Paciente não pode dorsifletir o punho até  $15^\circ$  / 1: Dorsiflexão é realizada, mas nenhuma resistência é aplicada / 2: Posição pode ser mantida com alguma resistência (leve)

##### b. Flexão/extensão, cotovelo em $90^\circ$ , ombro em $0^\circ$ ( )

0: Movimentos voluntários não ocorrem / 1: Não pode mover o punho através de toda a amplitude de movimento / 2: Não realiza, pequena movimentação

##### c. Estabilizar cotovelo e ombro a $0^\circ$ ( )

Pontuação semelhante a do item a

##### d. Flexão/extensão, cotovelo e ombro a $0^\circ$ ( )

Pontuação semelhante a do item b

##### e. Circundução ( )

0: Não pode ser realizado / 1: Circundução incompleta ou movimentos de empurrar / 2: Movimento completo, com exatidão

#### V. CONTROLE MANUAL

##### a. Flexão em massa dos dedos ( )

0: Nenhuma flexão ocorre / 1: Alguma flexão mas com amplitude incompleta /

2: Flexão ativa completa (comparada com a mão não afetada)

##### b. Extensão em massa dos dedos ( )

0: Não ocorre extensão / 1: O paciente pode libera ativamente a flexão em massa /

<p><b>V. Função motora membro inferior:</b> Motricidade Reflexa A) Aquiles ( ) B) Patelar ( ) (4)</p> <p>1 - Motricidade reflexa: Patelar e aquileu/ adutor ( ) (2)</p> <p>2 - Sinergia flexora: flexão quadril, joelho e dorsiflexão (dec.dorsal) ( ) Pont. máx: (6)</p> <p>3 - Sinergia extensora: extensão de quadril, adução de quadril, extensão de joelho, flexão plantar ( ) Pont máx: (8)</p> <p>4 - <u>Mov. com e sem sinergias:</u> a) a partir de leve extensão de joelho, realizar uma flexão de joelho além de <math>90^\circ</math>. (sentado) ( ) b) Dorsiflexão de tornozelo (sentado) ( ) c) Quadril a <math>0^\circ</math>, realizar a flexão de joelho mais que <math>90^\circ</math> (em pé) ( ) d) Dorsiflexão do tornozelo (em pé) ( ) Pont. máx: (8)</p>	<p>0 - sem atividade reflexa 2 - atividade reflexa pode ser avaliada 0 - 2 ou 3 reflexos estão marcadamente hiperativos 1 - 1 reflexo esta hiperativo ou 2 estão vivos 2 - não mais que 1 reflexo esta vivo</p> <p>*</p> <p>*</p> <p>a) 0 - sem movimento ativo 1 - o joelho pode ativamente ser fletido até <math>90^\circ</math> (palpar) 2 - o joelho pode ser fletido além de <math>90^\circ</math> b) * c) 0 - o joelho não pode ser fletido se o quadril não é fle 1 - inicia flexão de joelho sem flexão do quadril, po joelho ou flete o quadril durante o término do movimento 2 - a tarefa é realizada completamente d) *</p>
<p><b>VI. Coordenação/ Velocidade MI:</b> a) Tremor ( ) b) Dismetria ( ) c) Velocidade: calcanhar-joelho 5 vez ( ) (dec. Dorsal) Pont. máx: (6)</p>	<p>a) 0 - tremor marcante/ 1 - tremor leve/ 2 - sem tremor b) 0 - dismetria marcante/ 1 - dismetria leve/ 2 - sem dis c) 0 - 6 seg. mais lento que o lado não afetado/ 1 - 2 a 5 - menos de 2 segundos de diferença</p>
<p><b>VII. Equilíbrio:</b> a) Sentado sem apoio e com os pés suspensos ( ) b) Reação de pára-quedas no lado não afetado ( ) c) Reação de pára-quedas no lado afetado ( ) d) Manter-se em pé com apoio ( ) e) Manter-se em pé sem apoio ( )</p> <p>f) Apoio único sobre o lado não afetado ( )</p> <p>g) Apoio único sobre o lado afetado ( )</p> <p>Pont. máx: (14)</p>	<p>a) 0 - não consegue se manter sentado sem apoio/ 1 - pouco tempo/ 2 - permanece sentado sem apoio por pelo corpo em relação a gravidade b) 0 - não ocorre abdução de ombro, extensão de cotove pára-quedas parcial/ 2 - reação de pára-quedas normal c) idem a b) d) 0 - não consegue ficar de pé/ 1 - de pé com apoio má mínimo por 1 min e) 0 - não consegue ficar de pé sem apoio/ 1 - pode perm oscilação, ou por mais tempo, porém com alguma oscilaç o equilíbrio por mais que 1 minuto com segurança f) 0 - a posição não pode ser mantida por mais que 1-2 se permanecer empé, com equilíbrio, por 4 a 9 segundos/ 2 posição por mais que 10 segundos g) 0 - a posição não pode ser mantida por mais que 1-2 s 1 - consegue permanecer em pé, com equilíbrio, por 4 2 - pode manter o equilíbrio nesta posição por mais qu</p>

# Addenbrooke / ACE-R

## EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE - VERSÃO REVISADA

Título original: Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R)

Referências bibliográficas - Versão original: Mioshi E, Dawson K, Mitchell J, Arnold R, Hodges JR. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. Int J Geriatr Psychiatry 2006; 21:1 078-85. Versão adaptada: Amaral Carvalho V & Caramelli P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. Dementia & Neuropsychologia 2007; 2: 212-216.

Nome: \_\_\_\_\_ Data da avaliação:...../...../.....  
 Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Nome do examinador:.....  
 Nome do Hospital: \_\_\_\_\_ Escolaridade:.....  
 Profissão:.....  
 Dominância manual:.....

### ORIENTAÇÃO

➤ Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada	[Score 0-5] <input type="text"/>
➤ Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Score 0-5] <input type="text"/>

### REGISTRO

➤ Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo "(Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.  
 Registre o número de tentativas: .....

### ATENÇÃO & CONCENTRAÇÃO

➤ Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir.  
 Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65): .....

ATENÇÃO E ORIENTAÇÃO

### LINGUAGEM - Repetição

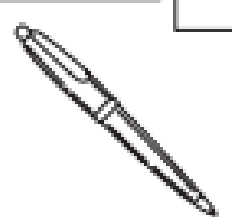

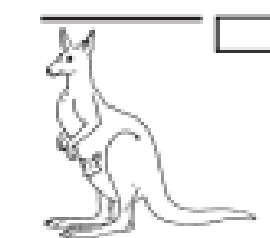


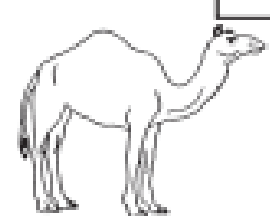
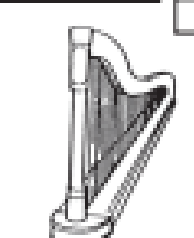
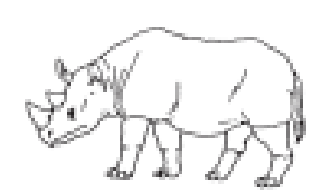

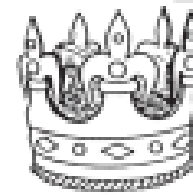

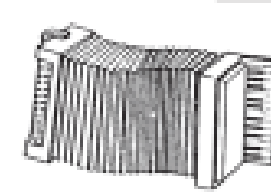
➤ Peça ao indivíduo para repetir:  
 "hipopótamo"; "excentricidade"; "ininteligível"; "estatístico".  
 Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você.  
 Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas. [Score 0-2]

➤ Peça ao indivíduo que repita: "Acima, além e abaixo" [Score 0-1]

➤ Peça ao indivíduo que repita: "Nem aqui, nem ali, nem lá" [Score 0-1]

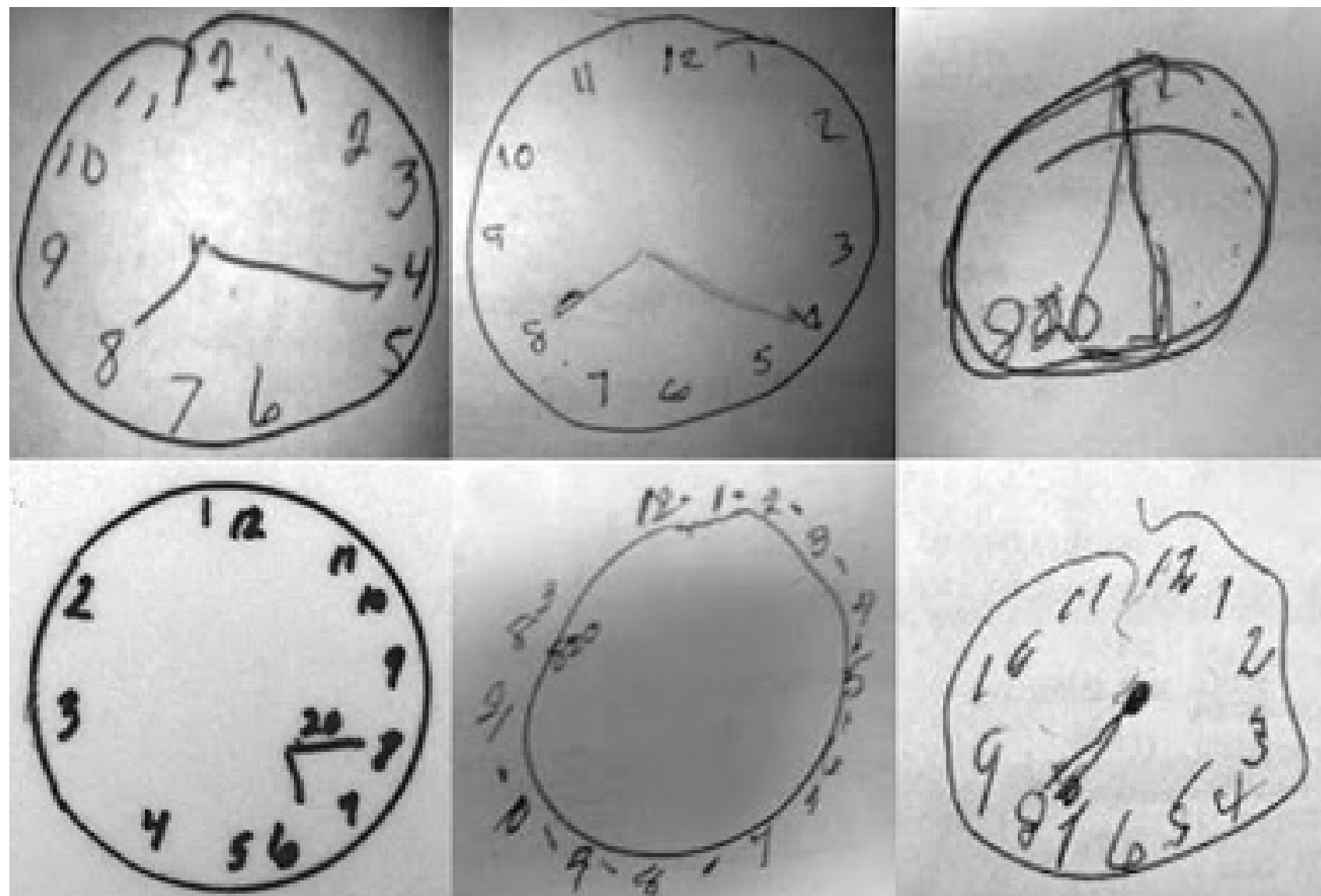
### LINGUAGEM - Nomeação

➤ Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:

			[Score 0-2] caneta + relógio <input type="text"/>
			[Score 0-10] <input type="text"/>
			
			

L I N G U A G E M

# Teste do Relógio



<i>Relógio e número estão corretos</i>	<i>6-10 pontos</i>
Tudo está correto	10
Leve desordem nos ponteiros (p. ex.: ponteiro das horas sobre o 2)	9
Desordem nos ponteiros mais acentuada (p. ex: apontando 2h20)	8
Ponteiros completamente errados	7
Uso inapropriado (p ex: marcação digital ou círculos envolvendo números)	6
<i>Relógio e números incorretos</i>	<i>1-5 pontos</i>
Números em ordem inversa, ou concentrados em alguma parte do relógio	5
Números faltando ou situados fora dos limites do relógio	4
Números e relógio não conectados; ausência de ponteiros	3
Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas pouca semelhança com relógio	2
Não tentou ou não conseguiu representar um relógio	1

# Escalas de Avaliação

## AVALIAÇÃO DAS OCUPAÇÕES

- MIF (Medida de Independência Funcional);
- COPM (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional);
- Escala de Rankin Modificada;

## AVALIAÇÃO DOS PADRÕES DE DESEMPENHO

- Lista de Papéis Ocupacionais.





# Medida de Independência Funcional



DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL - UFPR  
 DISCIPLINA DE TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA À NEUROLOGIA  
 CLÍNICA-ESCOLA DE TERAPIA OCUPACIONAL - UFPR  
 ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL

NOME:	IDADE:	SEXO
DIAGNÓSTICO:		
SEQUELAS:		

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL				
N I V E I S	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	1º Av.	2º Av.	3º Av.
<b>Cuidados pessoais</b>				
A.	Alimentar-se			
B.	Arrumar-se			
C.	Banhar-se			
D.	Vestir-se. Parte superior			
E.	Vestir-se. Parte inferior			
F.	Higiene pessoal			

<b>Controle Esfincteriano</b>				
G.	Controle vesical			
H.	Controle intestinal			
<b>Mobilidade</b>				
Transferência				
I.	Leito, Cadeira, C/Rodas			
J.	Sanitário			
K.	Banheira, Chuveiro			
<b>Locomoção</b>				
L.	Marcha/ Cadeira de Rodas	M CR	M CR	M CR
M.	Escadas			
<b>Comunicação</b>				
N.	Abrangência	B VI	B VI	B VI
O.	Expressão	VO NV	VO NV	VO NV
<b>Conhecimento Social</b>				
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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# COPM - Medida Canadense de Desempenho Ocupacional

## MEDIDA CANADENSE DE DESEMPENHO OCUPACIONAL (COPM)<sup>1</sup>

Segunda Edição

Autores: Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock<sup>2</sup>

Nome do cliente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Entrevistado: \_\_\_\_\_ Registro nº: \_\_\_\_\_  
(se não for o cliente)  
 Terapeuta: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_  
 Clínica/Hospital: \_\_\_\_\_ Programa: \_\_\_\_\_ Data prevista para reavaliação: \_\_\_\_\_  
 Data da reavaliação: \_\_\_\_\_

### PASSO 1: IDENTIFICAÇÃO DE QUESTÕES NO DESEMPENHO OCUPACIONAL

Para identificar problemas, preocupações e questões relativas ao desempenho ocupacional, entreviste o cliente questionando sobre as atividades do dia-a-dia no que se refere às atividades produtivas, de autocuidado e de lazer. Solicite ao cliente que identifique as atividades do dia-a-dia que quer realizar, que necessita realizar ou que é esperado que ele realize, encorajando-o a pensar num dia típico. Em seguida, peça que identifique quais dessas atividades atualmente são difíceis de realizar, de forma satisfatória. Registre estas atividades problemáticas nos Passos 1A, 1B ou 1C.

#### A. Autocuidado

Cuidados pessoais  
(ex.: vestuário, banho, alimentação, higiene)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Mobilidade funcional:  
(ex.: transferências, mobilidade dentro e fora de casa)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Independência fora de casa:  
(ex.: transportes, compras, finanças)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Importância

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### PASSO 2: CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE IMPORTÂNCIA

Usando os cartões de pontuação, peça ao cliente que classifique, numa escala de 1 a 10, a importância de cada atividade. Coloque as pontuações nos respectivos quadrados nos Passos 1A, 1B e 1C.

### PASSO 3: PONTUAÇÃO – AVALIAÇÃO INICIAL

Confirme com o cliente os 5 problemas mais importantes e registre-os abaixo. Usando os 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:

# Escala de Rankin Modificada

Score	Classificação	Descrição
0	<i>Assintomático .</i>	Regressão dos sintomas.
1	<i>Sintomas sem incapacidade.</i>	Capaz de realizar suas tarefas e atividades habituais prévias.
2	<i>Incapacidade leve.</i>	Incapaz de realizar todas suas atividades habituais prévias, mas capaz de realizar suas necessidades pessoais sem ajuda.
3	<i>Incapacidade moderada.</i>	Requer alguma ajuda para as suas atividades, mas é capaz de andar sem ajuda de outra pessoa.
4	<i>Incapacidade moderada a grave.</i>	Incapacidade de andar sem ajuda, incapacidade de realizar suas atividades sem ajuda.
5	<i>Incapacidade grave .</i>	Limitado a cama, incontinência, requer cuidados de enfermeiros e atenção constante.
6	<i>Óbito .</i>	

# Escala de Coma de Glasgow

Publicada em 1974, é uma forma otimizada de avaliar condições neurológicas agudas, muito utilizada no trauma tem como objetivo avaliar as respostas:



- Quanto maior o valor da soma das respostas melhor o prognóstico.

# Abertura Ocular

04

Abertura Ocular Espontânea

Paciente desperto, de forma voluntária, não necessita de estímulo para manter olhos abertos

03

Estímulo Verbal

Necessita de um chamado para abrir os olhos, o paciente pode responder ou abrir e fechar os olhos em seguida. Necessita chamado.

02

Pressão/Dor

Apresenta abertura ocular apenas se mantida pressão em região de trapézio e pressão supra orbitária e após retorna a fechar os olhos

01

Nenhuma abertura

Nenhuma resposta ante estímulos anteriores.





# Resposta Verbal

05	Orientado	Responde corretamente questões simples (nome próprio, local, data, origem)
04	Confusa	Discurso confuso, diante do ambiente ou com questões dirigidas ao paciente.
03	Palavras soltas	Paciente não consegue elaborar frases para respostas simples
02	Grunhidos	Palavras incompreensíveis, inexistentes ou grunhidos
01	Nenhuma	Nenhum tipo de resposta



# Resposta Motora



06	Obedece comandos	Comandos mais complexos (ex: levante o braço e feche a mão).
05	Localiza pressão	Necessita movimentação que vá até a pressão (trapézio) ou que vença a altura da clavícula.
04	Movimento de retirada	Não vai de encontro ao estímulo de pressão ou apresenta retirada inespecífica (flexão comum).
03	Flexão anormal	Anteriormente conhecida como decorticação. Hoje se mantido flexão anormal pontue esse.
02	Extensão anormal	Anteriormente conhecido como descerebração (posição de extensão com aumento de tônus considerável)
01	Nenhuma	Não possui nenhum tipo de resposta



# Lista de Papéis Ocupacionais

Papéis ocupacionais	Nenhuma importância n (%)	Alguma importância n (%)	Muita importância n (%)
Estudante	0	4 (40)	6 (60)
Trabalhador	0	1 (10)	9 (90)
Voluntário	1 (10)	3 (30)	6 (60)
Cuidador	0	0	10 (100)
Serviço doméstico	0	3 (30)	7 (70)
Amigo	0	1 (10)	9 (90)
Membro da família	0	0	10 (100)
Religioso	0	5 (50)	5 (50)
Passatempo/amador	0	1 (10)	9 (90)
Participante em organizações	3 (33,35)	4 (44,45)	2 (22,2)





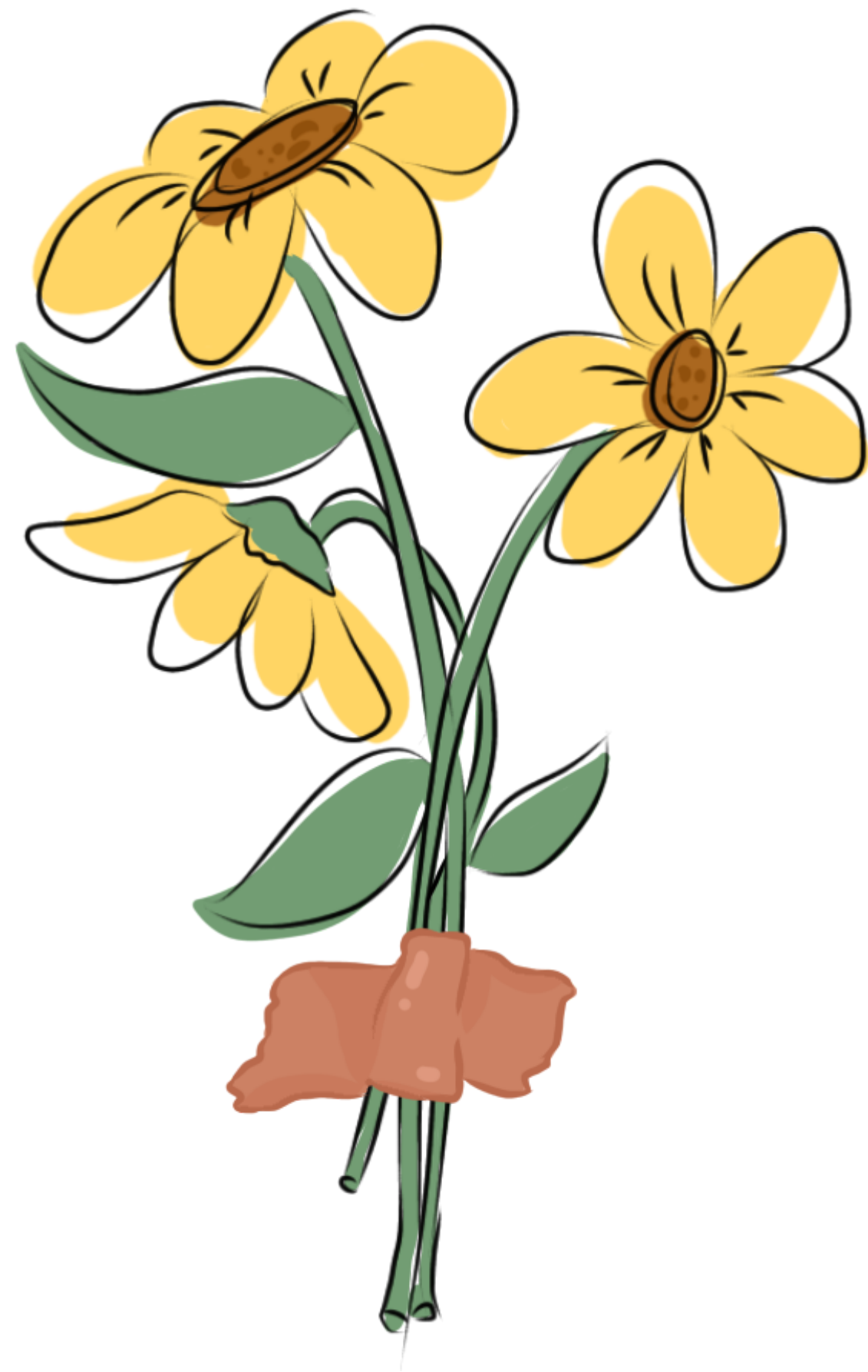
Avaliar e reavaliar é o grande diferencial  
de uma atuação consciente.

“Os déficits na performance do teste nem sempre se correlacionam com dificuldades funcionais, mas podem ajudar [na definição] do diagnóstico ocupacional”



HAGEDORN, 2000, pág 132





**Obrigada**  
**[jmantunes@hcrp.usp.br](mailto:jmantunes@hcrp.usp.br)**

BRASIL. Linha de Cuidados em Acidente Vascular Cerebral (AVC) na rede de Atenção às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/pcdt-cuidados-AVC.pdf>>

Estrutura e Prática da TO - AOTA. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2015;26(Ed. Especial):1-49

CRUZ, Daniel Marinho Cezar da; ZANONA, Aristela de Freitas. **Reabilitação Pós-AVC**. Rio de Janeiro: Medbook, 2023. 285 p.