

# ABORDAGEM PSICOMOTORA PÓS TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO – ESTUDO DE CASO

LEAL, Maria Eduarda Moraes <sup>1</sup>, MARTINS, Patrícia Passos <sup>2</sup>

## Resumo

O Trauma Cranioencefálico (TCE) ocorre quando um paciente sofre um impacto na cabeça. É causado por acidentes, quedas ou agressões, resultando em lesões internas e algumas vezes externas, levando a mortalidade e morbidade. A Psicomotricidade é a ciência estuda o homem através do seu corpo em movimento, relacionando seu mundo externo e interno, sendo caracterizada como um método de tratamento que usa o movimento organizado e integrado em função das experiências vividas, cuja ação resulta da individualidade, linguagem e socialização do sujeito. **Objetivo:** Discorrer sobre a fisioterapia, através da Psicomotricidade como intervenção terapêutica no tratamento do Trauma Cranioencefálico. **Método:** A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, no qual serão apresentados dados referentes ao acompanhamento fisioterapêutico de uma vítima de TCE, que será realizado no laboratório de Cinesioterapia do Centro Universitário Redentor situado na cidade de Itaperuna - RJ, com protocolo de intervenção fisioterapêutica motora em conjunto com a psicomotricidade, aplicado de segunda a sexta, 1 vez ao dia, com duração de 40 minutos cada sessão, totalizando 30 sessões. **Resultados:** Observa-se no gráfico 1, a evolução do paciente em todas as áreas avaliadas (cognição, equilíbrio e funcionalidade), demonstrando o papel importante da Psicomotricidade associada ao tratamento fisioterapêutico. **Conclusão:** Nota-se a necessidade de novos estudos envolvendo Psicomotricidade na reabilitação de pacientes adultos, pois, observou-se, através do presente estudo, o benefício desta abordagem

---

<sup>1</sup> UniRedentor, Graduada em Fisioterapia, Itaperuna-RJ, e-mail: contatoeduardaleal@gmail.com

<sup>2</sup> UniRedentor, Docente em Fisioterapia, Itaperuna-RJ, e-mail: patricia.martins@uniredentor.edu.br

concomitante a fisioterapia na cognição, equilíbrio e funcionalidade.

**Palavras-chave:** Fisioterapia; Psicomotricidade; Trauma Cranioencefálico.

## Abstract

Cranioencephalic Trauma (TBI) occurs when a patient suffers an impact on the head, caused by accidents, falls or aggression, resulting in internal and sometimes external injuries, leading to mortality and morbidity. Psychomotricity is the science that studies man through his moving body, relating his external and internal world, being characterized as a method of treatment that uses organized and integrated movement based on lived experiences, whose action results from individuality, language and socialization of the subject. **Objective:** To discuss physical therapy through Psychomotricity as a therapeutic intervention in the treatment of traumatic brain injury. **Method:** This research is a case study with a qualitative approach, in which data regarding the physical therapy monitoring of a TBI victim will be presented, which will be carried out in the Kinesiotherapy laboratory of the Centro Universitário Redentor located in the city of Itaperuna - RJ, with a motor physical therapy intervention protocol in conjunction with psychomotricity, applied from Monday to Friday, once a day, lasting 40 minutes each session, totaling 30 sessions. **Results:** Graph 1 shows the patient's evolution in all areas evaluated (cognition, balance and functionality), demonstrating the important role of Psychomotricity associated with physical therapy treatment. **Conclusion:** Through the Scales Rancho Los Amigos, Berg and Measure of Functional Independence, it was possible to qualitatively observe the benefits of this approach concomitant with physiotherapy in the patient's cognition, balance and functionality.

**Keywords:** Physiotherapy; Psychomotricity; Traumatic Brain Injury.

## 1 INTRODUÇÃO

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) ocorre quando um paciente sofre um impacto na cabeça, resultando em lesões internas e algumas vezes externas, sendo conhecido mundialmente como uma das causas mais frequentes de mortalidade e morbidade, principalmente em homens de idade até 40 anos. (RODRIGUES et al., 2018)

As causas mais frequentes são acidentes automobilísticos, quedas e agressões, podendo ser classificado em trauma cranioencefálico fechado, quando não há ferimento no crânio ou há apenas uma fratura linear; fratura exposta do crânio, quando ocorre uma incisão de tecidos; e fratura com afundamento, caracterizado por presença de fragmentos ósseos que comprimem e lesionam o cérebro.

As lesões podem ocorrer de forma focal ou difusa, podendo ser produzidas no momento do impacto (primárias) ou por complicações das lesões primárias (secundárias). (PINHEIRO et al., 2016) A função cerebral depende da integração das redes cerebrais, por isso a intervenção fisioterapêutica não pode se limitar apenas às alterações musculoesqueléticas, deve-se pensar também na percepção, atenção, memória, linguagem e comportamento tendo em vista sempre alguma motivação, destacando-se como ferramenta terapêutica a Psicomotricidade. (STAME FERNANDEZ, 2016)

A Psicomotricidade é a ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento, com a relação de seu mundo externo e interno, caracterizada como um método de tratamento que usa o movimento organizado e integrado em função das experiências vividas, cuja ação resulta da individualidade, linguagem e socialização do sujeito. É considerada uma terapia complementar, onde por meio dela o tratamento fisioterapêutico se torna mais significativo e essencial para que a neuroplasticidade aconteça. (PROBST et al., 2010)

Por muito tempo acreditou-se que o cérebro era como um computador onde a única mudança possível era a degeneração pelo uso. Porém, hoje existem muitas descobertas em volta da neuroplasticidade, que é a capacidade que o cérebro possui de modificar sua estrutura e funcionamento de acordo com os estímulos e experiências vividas. Mas, para que isso aconteça, é preciso desafiar o cérebro, envolver o paciente ativamente, usar capacidades possíveis para estimular aquelas esquecidas. E isso é justamente o que a Psicomotricidade realiza. (BASTOS et al., 2017)

O objetivo deste trabalho é discorrer sobre a fisioterapia, através da Psicomotricidade como intervenção terapêutica no tratamento do Trauma Cranioencefálico.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso longitudinal de abordagem qualitativa, onde o participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido respeitando os

princípios básicos da bioética, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Participou do presente estudo um paciente do sexo masculino, 23 anos, estudante, com diagnóstico de Traumatismo Cranioencefálico Grave.

O estudo foi realizado no laboratório de Cinesiologia do Centro Universitário Redentor situado na cidade de Itaperuna – RJ, seguindo todos os protocolos de segurança em combate ao Covid-19, determinados pela Organização Mundial de Saúde e pelo Decreto Municipal vigente, sendo realizado por um profissional credenciado, juntamente com a acadêmica do curso de fisioterapia.

A pesquisa teve início através de uma anamnese detalhada, contendo dados como: identificação, diagnóstico médico, história social e familiar, patologias associadas e pregressas, medicamentos utilizados, inspeção e palpação, avaliação do tônus, trofismo, sensibilidade superficial e profunda, coordenação, atividades motoras e atividades de vida diária. Para avaliar equilíbrio foi utilizada a Escala de Berg, para avaliar a função cognitiva, a Escala Rancho Los Amigos e para avaliar a independência funcional foi utilizada a Escala MIF (Medida de Independência Funcional).

A Escala de Berg é um método utilizado para mensurar o equilíbrio do paciente e apresenta uma confiabilidade de 98%. Os escores variam de 0 a 56 e, quanto maior o escore, melhor o equilíbrio do sujeito avaliado. (BERG et al., 1992)

A Escala Rancho Los Amigos é dividida em 8 níveis, onde se pode avaliar e classificar o paciente pós-trauma cranioencefálico, dentro de suas funções cognitivas. Quanto mais próxima do 8, maior é a independência e função cognitiva do paciente. (HAGEN, MALKMUS & DURHAM, 2002)

A Escala de Medida de Independência Funcional (MIF) mensura a capacidade funcional e independência de cada pessoa para realizar tarefas motoras e cognitivas. Entre as atividades avaliadas estão o autocuidado, controle esfinteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. Cada dimensão é analisada pela soma de suas categorias referentes de 1 a 7, quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões do instrumento, chega-se a um escore total mínimo de 18 e o máximo de 126 pontos, que caracterizam os níveis de dependência pelos subescores (VIANA et al, 2008).

O protocolo de intervenção fisioterapêutico da parte motora em conjunto com a psicomotricidade foi aplicado de segunda a sexta, 1 vez ao dia, com duração de 40 minutos cada

sessão, totalizando 30 dias de atendimento, ou seja, 30 sessões. Durante o tratamento, o paciente passou por 4 avaliações: a inicial (AV1), a segunda após a 10ª sessão (AV2), a terceira após a 20ª sessão (AV3) e a quarta após a 30ª sessão (AV4).

As sessões de fisioterapia foram realizadas da seguinte forma:

**Avaliação:** Os dados da anamnese foram respondidos pela família pois o paciente ainda se encontrava desorientado: J.O.A. S.R, 23 anos, sexo masculino, não faz uso de tabaco, faz uso de bebidas alcóolicas socialmente, estudante de medicina veterinária e praticante de atividades físicas. Após um acidente automobilístico o paciente foi diagnosticado com Traumatismo Craniano, apresentando pontuação 6 na Escala de Glasgow, foi entubado e encaminhado para o Centro de Tratamento Intensivo. A tomografia não revelava nenhuma alteração que justificasse o quadro, classificando a lesão cerebral como axonal difusa. Após 7 dias em ventilação mecânica invasiva, o paciente evoluiu para traqueostomia, permanecendo em coma por 11 dias. Após o 19º dia de internação, o paciente foi desmamado da ventilação mecânica invasiva, permanecendo hospitalizado até o 21º dia.

As condutas fisioterapêuticas utilizadas foram técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP), alongamento estático e dinâmico e exercícios de fortalecimento de músculos flexores e extensores, rotadores internos e externos, adutores e abdutores dos membros superiores e inferiores, utilizando-se como acessórios bastão de madeira, therabands e bola suíça. A intervenção psicomotricista ocorreu de forma terapêutica, utilizando exercícios por meio de jogos e desafios que envolvem atividades de coordenação motora global e fina, coordenação óculo manual e estruturação espaço temporal, observando o paciente como um todo.

As sessões foram divididas para a realização de novas avaliações e aplicação de propostas terapêuticas distintas para a progressão do tratamento.

1ª a 10ª sessão foram trabalhados tônus muscular e amplitude de movimento, com exercícios de FNP, alongamentos estáticos e fortalecimento em cadeia aberta de flexores, extensores, adutores, abdutores, rotadores internos e externos com o theraband. Em relação a psicomotricidade, foram trabalhados equilíbrio, coordenação motora e estruturação espacial, através de zig zags feitos com garrafas pet cheias de areia, treino de passar pelas portas da casa, perto da parede e objetos como cadeiras e mesas. Durante as atividades, o treino de dupla-tarefa era utilizado para estimular a cognição e estruturação temporal através de perguntas relacionadas as particularidades do paciente. Foram realizadas orientações aos familiares e cuidadores, incentivando-os a oferecer o máximo de autonomia ao paciente para se alimentar, higienizar e

realizar suas atividades de vida diárias sozinho. 11<sup>a</sup> a 20<sup>a</sup> sessão foram trabalhados fortalecimento muscular através de exercícios com elevação da perna reta (SRL) em flexão, adução, abdução e extensão, fortalecimento de quadríceps com o theraband e ponte. Em membros superiores foram realizados exercícios de extensão, flexão de ombro e cotovelo; abdução e adução de ombro; flexão, extensão, pronação e supinação de punho. Na abordagem psicomotricista se trabalhou memória, estruturação temporal, praxia, cognição e controle óculo-manual, utilizando jogos de memória, legos, jogos de pergunta e quebra cabeças, além da orientação à família em incluir o paciente em todas as atividades possíveis de acordo com o que ele já fazia em seu dia a dia.

21<sup>a</sup> a 30<sup>a</sup> sessão foram trabalhados fortalecimento muscular de forma intensificada, adicionando agachamento na parede com a bola suíça, treinos proprioceptivos e caminhadas de 15 minutos com objetivo de trabalhar marcha, equilíbrio e estruturação espacial. A memória, coordenação óculo manual e motora fina, foram trabalhadas por meio de cópias de pequenas frases importantes e relacionadas ao dia a dia do paciente, para o estímulo da estruturação temporal, foram utilizados questionários e cartilhas temporais.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram encaminhados para o Excel Windows 2013, onde realizou-se a análise dos mesmos comparando antes e após o tratamento.

**Tabela 1 - Evolução do Paciente**

	AV1	AV2	AV3	AV4
Escala Rancho Los Amigos	Nível V	Nível VI	Nível VII	Nível VIII
Escala de Berg	19 pontos	27 pontos	38 pontos	54 pontos

Na AV1 realizada em 23/08/2021 o paciente apresentava-se em nível V na escala Rancho Los Amigos, confuso e inapropriado. Respondia a comando simples, mas com baixa concentração e de forma desorientada. Seu comportamento e verbalização eram inadequados, a memória estava prejudicada e ainda não realizava tarefas por conta própria.

Na AV2 realizada em 06/09/2021 o paciente já demonstrava melhora no nível de consciência, apresentando Nível VI, confuso e apropriado, necessitando de assistência moderada, demonstrando mais consciência de si mesmo, das situações e ambiente que estava.

Na AV3 realizada em 20/09/2021 o paciente apresentava-se em nível VII, automático apropriado, sendo capaz de participar de suas atividades de autocuidado sem ajuda, porém ainda apresentando dificuldades na percepção, julgamento e consciência.

Na última avaliação, AV4, realizada no dia 04/10/2021 o paciente já se apresentava no nível máximo da escala, nível VIII, com propósito e apropriado, orientado para pessoas, lugares e tempos, realizando as AVD's sem dificuldades, e sendo capaz de interagir com outras pessoas.

O acompanhamento da função cognitiva ajuda na previsão dos resultados da recuperação e facilita o planejamento da reabilitação, ajudando na compreensão das habilidades e deficiências do paciente. (NG & Chua, 2005)

Durante as 4 avaliações, a pontuação do paciente foi de 19; 27; 38 e 54 pontos respectivamente na Escala de Berg, ou seja, na AV1 o paciente apresentava prejuízos no equilíbrio, na AV2 equilíbrio aceitável, na AV3 permanência do equilíbrio aceitável e na AV4 bom equilíbrio, o que significa melhora no equilíbrio, reduzindo o risco de quedas por proporcionar mais autonomia e independência ao paciente.

Custódio, Júnior e Voos (2010) relatam que quanto melhor um ambiente é percebido, melhor é a estratégia postural para a manutenção da estabilidade, demonstrando como a função executiva e a percepção espacial podem ter relação com o equilíbrio, sendo o mesmo observado no presente estudo, pois ao analisar a escala cognitiva Rancho Los Amigos e a escala de equilíbrio de Berg simultaneamente, observa-se ganho no equilíbrio, adquirido através da atuação da fisioterapia concomitante ao trabalho da estruturação temporal, espacial e coordenação motora.

**Tabela 1- Evolução do paciente de acordo com a escala MIF.**

Itens da MIF	Média AV 1	Média AV 2	Média AV 3	Média AV 4	Ganho Médio
<b>Cuidados com o corpo</b>					
Alimentar -se	4,50	4,50	6,50	7,00	2,50
Higiene pessoal – toailete	4,50	4,50	5,50	7,00	2,50
Banhar -se	4,00	4,50	5,50	7,00	3,00
Vestir membros superiores	5,50	6,50	7,00	7,00	1,50
Vestir membros Inferiores	5,00	5,50	5,50	7,00	2,00
Higiene pós -eliminações	5,50	5,50	6,50	7,00	1,50
<b>Controle de esfíncter</b>					
Controle da bexiga	5,00	6,00	7,00	7,00	2,00
Controle do intestino	5,00	6,00	7,00	7,00	2,00
<b>Transferências</b>					
Para a cama	5,00	5,50	5,50	7,00	2,00
Para o vaso	4,50	4,00	6,00	7,00	2,50
Para o chuveiro	4,00	4,50	5,50	7,00	3,00
<b>Locomoção</b>					
Cadeira de rodas/marcha	6,0	6,00	6,50	7,00	1,00
Escadas	5,00	5,00	5,50	7,00	2,00
<b>Tempo médio de atendimento (média)</b>					<b>30</b>
<b>Índice de eficiência geral</b>					<b>0,91</b>

Na AV1 o paciente apresentou alterações em todos os itens da MIF avaliados: cuidados com o corpo, controle de esfíncter, transferência e locomoção, com pontuações que variavam de 4,00 e 6,00 (ajuda mínima e independência modificada, respectivamente), apresentando no total 63,5 pontos, o que significa necessidade de assistência de até 50% da tarefa.

Na AV2 o paciente apresentou 70,5 pontos na escala MIF, necessidade de assistência de até 25% da tarefa, sendo as maiores dificuldades em relação a alimentação, higiene pessoal e tomar banho.

Na AV3 foram observadas melhoras significativas na locomoção, transferência e controle de esfíncter, apresentando 80 pontos na escala MIF, o que significa uma dependência modificada, com a necessidade de assistência de até 25% da tarefa principalmente nos itens de cuidados com o corpo.

Na AV4 o paciente pontuou 126 pontos, ou seja, obteve independência completa para realizar todos os itens.

Segundo Fonseca (2001) a ludicidade que a psicomotricidade traz para o tratamento

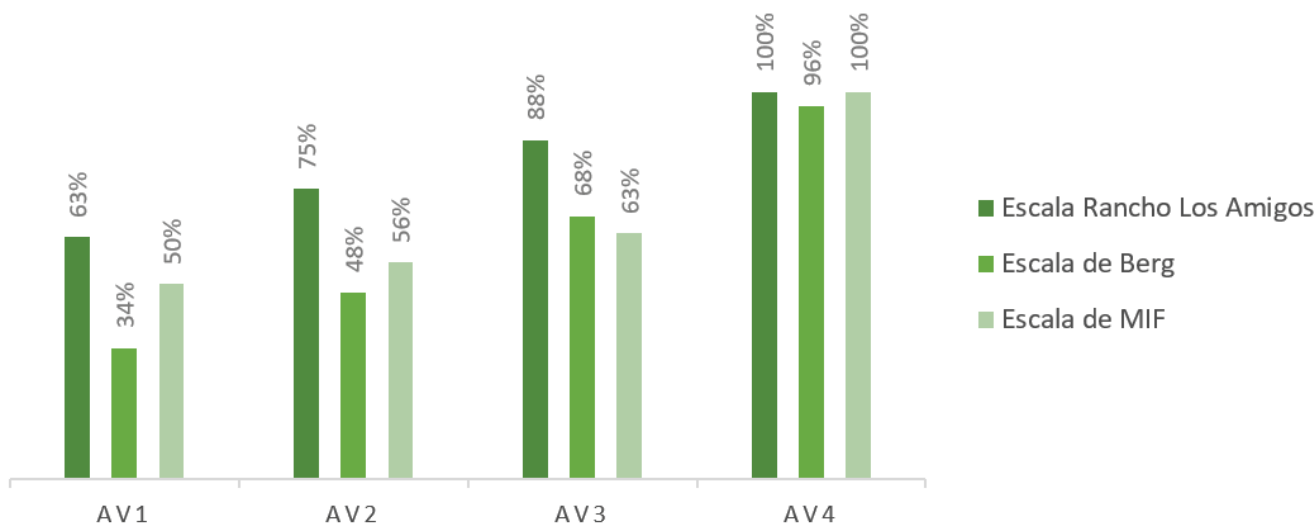


fisioterapêutico permite que o indivíduo alcance a regulação tônico-emocional e recupere o prazer sensório-motor, melhorando a sua capacidade de interação com o mundo, e consequentemente a sua funcionalidade e independência. A intervenção psicomotora pode contribuir significativamente para um funcionamento mais independente em situações cotidianas.

Nunez & Gonzales (2001) demonstraram que a estimulação psicomotora gera um aumento na independência funcional e autonomia para a realização de tarefas do dia a dia, além de melhoras no estado psicológico, emocional, cognitivo e na capacidade de resolução de problemas.

Os resultados obtidos através das escalas Rancho Los Amigos, Berg e MIF, evidenciam o benefício da fisioterapia com abordagem psicomotora, nas alterações de funcionalidade e realização de atividades de vida diária de um paciente pós Trauma Cranioencefálico Grave.

Observa-se no gráfico 1, a evolução do paciente em todas as áreas avaliadas (cognição, equilíbrio e funcionalidade), demonstrando o papel importante da Psicomotricidade associada ao tratamento fisioterapêutico.



**Gráfico - Evolução do Paciente**

## 5 CONCLUSÃO

O Trauma Cranioencefálico causa alterações que vão além de funções musculoesqueléticas, sendo importante estabelecer uma intervenção fisioterapêutica não apenas

motora, mas, visando a percepção, a atenção, a memória, a linguagem e o comportamento, favorecendo o processo de neuroplasticidade.

Dessa forma, observa-se a importância da Psicomotricidade como estratégia de tratamento coadjuvante à Fisioterapia, no ganho de equilíbrio, cognição e funcionalidade, permitindo ao paciente, o máximo de integridade possível e resultados satisfatórios.

Nota-se a necessidade de novos estudos envolvendo Psicomotricidade na reabilitação de pacientes adultos, pois, observou-se, através do presente estudo, o benefício desta abordagem concomitante a fisioterapia motora, mas, visando a percepção, a atenção, a memória, a linguagem e o comportamento, favorecendo o processo de neuroplasticidade.

## 6 REFERÊNCIAS

DE SOUSA RODRIGUES, Mateus et al. **Epidemiologia de traumatismo crânio encefálico em um hospital**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 16, n. 1, p. 21-24, 2018.

PINHEIRO, Antônia Isabel Teixeira; NOBRE, Samila Barbosa; DA SILVA SANTOS, Maria Josiane. **Abordagem fisioterapêutica em um paciente com traumatismo crânio encefálico (TCE): Estudo de Caso**. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), v. 3, n. 1, 2017.

STAM, D; FERNANDEZ, J. **Tecnologia de assistência à marcha robótica como meio de estratégia de mobilização agressiva na reabilitação aguda após lesão axonal difusa grave: um estudo de caso**. **Deficiência e Reabilitação: Tecnologia Assistiva**, v. 12, n. 5, pág. 543-549, 2017

PROBST, Michel et al. **Terapia psicomotora e psiquiatria: o que há em um nome?** The Open Complementary Medicine Journal , v. 2, n. 1, 2010.

BASTOS, Jessica Ohrana Façanha et al. **Relação ambiente terapêutico e neuroplasticidade: uma revisão de literatura**. REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS E SAÚDE-RICS, v. 4, n. 1, 2017.

BERG, Katherine O. et al. **Medindo o equilíbrio em idosos: validação de um instrumento**. Revista canadense de saúde pública = Revue canadienne de sante publique, v. 83, p. S7-11, 1992.

HAGEN, C.; MALKMUS, D.; DURHAM, P. Communication Disorders Service, Rancho Los Amigos Hospital, 1972. **Rancho Los Amigos National Rehabilitation center Available at**. [http://www.rancho.org/Research\\_RanchoLevels.aspx](http://www.rancho.org/Research_RanchoLevels.aspx) Retrieved on May, v. 15, 2011.

SILVA, Gelson Aguiar da et al. **Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional-MIF**. Texto & Contexto-Enfermagem, v. 21, p. 929-936, 2012.

Lin K, Wroten M. Ranchos Los Amigos. 2020 Aug 30. In: **StatPearls [Internet]**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–.

Ng YS, Chua KS. States of severely altered consciousness: clinical characteristics, medical complications and functional outcome after rehabilitation. **NeuroRehabilitation**. 2005;20(2):97-105.

Dias, B. B., da Silva Mota, R., Gênova, T. C., Tamborelli, V., Pereira, V. V., & de Tarso Puccini, P. **Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 6, n. 2, 2009.

Custódio, E. B., Malaquias Júnior, J., & Voos, M. C. **Relação entre cognição (função executiva e percepção espacial) e equilíbrio de idosos de baixa escolaridade**. Fisioterapia e Pesquisa, v. 17, p. 46-51, 2010.

de Souza, H. A., & de Godoy, J. R. P. **A psicomotricidade como coadjuvante no tratamento fisioterapêutico**. Universitas: Ciências da Saúde, v. 3, n. 2, p. 287-296, 2005.

Vasconcelos SS. **Perfil epidemiológico e funcional dos Acidentados de trânsito atendidos em um serviço de fisioterapia em fortaleza**. [dissertação] Fortaleza: Universidade Federal do Ceara, Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Saúde Pública; 2010.

Núñez, J., & González, J.M. (2001) **Programa de Gerontopsicomotricidade en Ancianos Institucionalizados** In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.) Progressos em Psicomotricidade. 221-240. Lisboa: FMH.

Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: **Uma Abordagem ao Conceito da Rétrógénese Psicomotora**. In V. da Fonseca & R. Martins (Eds.) Progressos em Psicomotricidade. 177-219. Lisboa: FMH.

**ANEXO A**

NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	DATA DE AVALIAÇÃO:
SEXO:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:
ESCOLARIDADE:	DIAGNÓSTICO MÉDICO:
PATOLOGIAS ASSOCIADAS E PREGRESSAS:	HISTÓRIA SOCIAL E FAMILIAR :
QUEIXA PRINCIPAL:	
LIMITAÇÕES FUNCIONAIS E DE VIDA DIÁRIA:	INSPEÇÃO E PALPAÇÃO:
TÔNUS:	TROFISMO:
SENSIBILIDADE:	COORDENAÇÃO
HISTÓRICO PATOLÓGICO PREGRESSO:	
MEDICAÇÕES EM USO:	
PRATICA ALGUM EXERCÍCIO? QUAL?	
FUMA: (S) (N)	BEBE (S) (N)
LAZERES:	OBJETIVOS:

**ANEXO B**

<b>ESCALA DE EQUILÍBRIO DE BERG</b>	
<b>TAREFAS</b>	<b>PONTUAÇÃO (0 -4)</b>
Sentado para em pé	
Em pé sem apoio	
Sentado sem apoio	
Em pé para sentado	
Transferências	
Em pé com os olhos fechados	
Em pé com os pés juntos	
Reclinar à frente com os braços estendidos	
Apanhar objeto do chão	
Virando-se para olhar para trás	
Girando 360 graus	
Colocar os pés alternadamente sobre um banco	
Em pé com um pé em frente ao outro	
Em pé apoiando em um dos pés	
<b>Total</b>	

**ANEXO C**

<b>ESCALA RANCHO LOS AMIGOS</b>		
<b>(i)</b>	<b>Sem resposta</b>	Não responde a nenhum estímulo
<b>(ii)</b>	<b>Resposta generalizada</b>	Respostas específicas, mas inconsciente aos estímulos.
<b>(iii)</b>	<b>Resposta localizada</b>	Resposta específica mas incoerente aos estímulos.
<b>(iv)</b>	<b>Confuso e agitado</b>	Resposta exagerada e incoerente aos estímulos ; incompreensão do que acontece
<b>(v)</b>	<b>Confuso e agitado</b>	Confusão em relação a datas, lugares, não completa ações cotidianas.
<b>(vi)</b>	<b>Confuso e apropriado:</b>	Confusão de memória, mas compreende melhor o ambiente.
<b>(vii)</b>	<b>Automático e apropriado</b>	É capaz de fazer autocuidado sem ajuda, problemas de atenção, age de forma robótica.
<b>(viii)</b>	<b>Com propósito e apropriado:</b>	Lembra -se de eventos passados e recentes, percebe e reage ao ambiente.

**ANEXO D**

Itens da MIF	Média AV 1	Média AV 2	Média AV 3	Média AV 4	Ganho Médio
<b>Cuidados com o corpo</b>					
Alimentar -se					
Higiene pessoal – toailete					
Banhar -se					
Vestir membros superiores					
Vestir membros Inferiores					
Higiene pós -eliminações					
<b>Controle de esfíncter</b>					
Controle da bexiga					
Controle do intestino					
<b>Transferências</b>					
Para a cama					
Para o vaso					
Para o chuveiro					
<b>Locomoção</b>					
Cadeira de rodas/marcha					
Escadas					
<b>Tempo médio de atendimento (média)</b>					
<b>Índice de eficiência geral</b>					