

7. Contornar obstáculos ____

Instruções: Comece andando na sua velocidade normal e contorne os cones. Quando chegar no primeiro cone (cerca de 1,8 metros), contorne-o pela direita, continue andando e passe pelo meio deles, ao chegar no segundo cone (cerca de 1.8 m depois do primeiro), contorne-o pela esquerda.

Classificação: Marque a menor categoria que se aplica

(3) Normal: É capaz de contornar os cones com segurança, sem alteração da velocidade da marcha. Não há evidência de desequilíbrio.

(2) Comprometimento leve: É capaz de contornar ambos os cones, mas precisa diminuir o ritmo da marcha e ajustar os passos para não bater nos cones.

(1) Comprometimento moderado: É capaz de contornar os cones sem bater neles, mas precisa diminuir significativamente a velocidade da marcha para realizar a tarefa, ou precisa de dicas verbais.

(0) Comprometimento grave: É incapaz de contornar os cones; bate em um deles ou em ambos, ou precisa ser amparado.

8. Subir e descer degraus ____

Instruções: Suba estas escadas como você faria em sua casa (ou seja, usando o corrimão, se necessário). Quando chegar ao topo, vire-se e desça. Classificação: Marque a menor categoria que se aplica

(3) Normal: Alterna os pés, não usa o corrimão.

(2) Comprometimento leve: Alterna os pés, mas precisa usar o corrimão.

(1) Comprometimento moderado: Coloca os dois pés em cada degrau; precisa usar o corrimão.

(0) Comprometimento grave: Não consegue realizar a tarefa com segurança.

Escore máximo: 24 pontos.

- o Referência: Castro, S.M.; Rodrigues, Perracini, M. R; Ganança, F. F. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 72, n. 6, p. 817-25, 2006.

■ EXAME DA MARCHA

- Pcte deve estar despido ou em trajes sumários
- O ambiente deve ser amplo
- O examinador deve começar a examinar a marcha desde a entrada do pcte à sala de exame, para verificar a marcha automática
- Avalia-se:
 - o Ciclo: fase de apoio e de balanço; ritmo; largura dos passos; velocidade; distância percorrida.
 - o Independente ou dependente: supervisão, apoio, suportes, órteses ou próteses.
 - o Tipo: terapêutica; domiciliar; comunitária.
- Manobras no exame da marcha:
 - o alterar a velocidade segundo solicitação do examinador;
 - o parar ou mudar a direção durante a marcha segundo o comando do examinador;
 - o andar sobre as pontas dos pés ou sobre os calcanhares;
 - o Manobras no exame da marcha:
 - o andar de lado e para trás;
 - o andar de olhos fechados;
 - o subir e descer rampa e degrau.
- MARCHA PATOLÓGICA
 - o Lesões Piramidais:
 - Marcha Ceifante (hemiplégicas)
 - Tesoura (Paralisia Cerebral)
 - Paretoespática (paraparesia)
 - Digitígrada (hipertonia dos músculos gêmeos e sólios)
 - Em Crouch
 - o Lesões Extrapiramidais:
 - Marcha Festinante
 - Marcha Parkinsoniana (pequenos passos)
 - Marcha coreica

- o Lesões Periféricas:
 - Escarvante - nervo fibular
 - Marcha com apoio dos joelhos –nervo femoral
 - Impossibilidade de ficar nas pontas dos pés (nervo tibial)
 - Marcha antálgica
 - o Atáxicas:
 - Marcha calcaneante (lesão sensitiva)
 - Marcha ebriosa (lesão cerebelar)
 - Marcha em estrela (lesão vestibular)
 - o Afecções Musculares:
 - Marcha Miopática
- Marcha espástica:
 - o A marcha ceifante (hemiplégica, hemiparética, em translação ou helicópode) consiste no membro superior fletido, aduzido e punho pronado. O membro inferior está espástico, não fletindo, arrastando a perna em semicírculos, fazendo um mvto de ceifa. Ocorre na hemiplegia por seqüela de AVC, TCE, tumor encefálico ou outras encefalopatias.
 - Marcha espástica: tesoura
 - o A marcha em tesoura tem como característica a espasticidade dos membros inferiores, que permanecem semifletidos, aduzidos e plantígrados, arrastando os pés e cruzando-os um na frente do outro
 - Marcha Paretoespástica
 - o Pte caminha com grande dificuldade
 - o Passos curtos
 - o Arrasta os pés no solo
 - o Postura extensora dos mmii
 - o Pode apresentar inclinações do tronco
 - Marcha Digitígrada
 - o Na ponta dos pés
 - o Postura de extensão do tronco
 - Marcha em Crouch
 - o O indivíduo não consegue manter extensão de quadris, joelhos e tornozelos
 - o A marcha em padrão crouch tem como característica o andar agachado com excessiva flexão dos joelhos e os pés estão em eversão e flexão dorsal. Ocorre na Pc.
 - Marcha de Pequenos Passos ou de *petit pass*
 - o Típica de doença de Parkinson, parkinsonismo secundário e demências.
 - o Devido à rigidez (hipertonia plástica), bradicinesia e astasia, o paciente assume postura encurvada ou fletida, com flexão do tronco superior e projeção da cabeça, dando passos curtos e vacilantes.
 - o É uma marcha lentificada.
 - Marcha Festinante
 - o Típica de doença de Parkinson, parkinsonismo secundário e demências.
 - o É uma marcha de pequenos passos associada com festinação.
 - o Festinação é quando o paciente dá passadas sem se mover do lugar, começando a cair para frente ou para trás, parece que está patinando sem sair do lugar.
 - o Em posição ortostática, esses pacientes têm tendência característica de tombar para frente.
 - o São incapazes de realizar os movimentos compensatórios para readquirir equilíbrio e, assim caem facilmente.
 - o Quando começam a caminhar, há dificuldade para desviar o centro de gravidade de um pé para outro, de modo que têm que “prosseguir” seu centro de gravidade para evitar a queda para frente, denominando aceleração anterior ou festinação.
 - o A locomoção para frente, com marcha de pequenos passos, pode levar a passos sucessivamente mais rápidos, podendo o paciente cair se não for apoiado

- o Quando empurrarmos para frente ou para trás, os pacientes podem não conseguir compensar por movimentos de flexão ou extensão do tronco
- o A consequência é uma série de passadas propulsivas ou retropulsivas. Os pacientes com doença de Parkinson às vezes podem caminhar de modo surpreendentemente rápido por um breve período.
- o Na marcha festinante, o paciente é incapaz de parar a deambulação ou mudar a direção do trajeto quando solicitado, e se tenta, ele começa a festinar e cai.
- **Marcha Coréica**
 - o A marcha apresenta aspecto grotesco e extravagante, vacilante e irregular.
 - o Marcha em dança.
- **Marcha Escarvante:**
 - o Este tipo de marcha ocorre nas afecções do neurônio motor periférico.
 - o Quando há comprometimento do nervo peroneal comum (fibular ou ciaticopoplíteo externo), que acarreta flacidez da perna e déficit dos músculos dorsiflexores do pé, o paciente caminha levantando excessivamente a perna, à custa de enérgica flexão da coxa sobre a bacia (marcha em steppage) ou cavando o chão com o pé (marcha escarvante).
- **Marcha com apoio do joelho**
 - o O paciente apresenta fraqueza de quadríceps crural por lesão do nervo femural.
 - o Não consegue manter genu-extensão em ortostatismo ou durante a marcha.
 - o Apoia o joelho com o membro superior, mantendo a genu-extensão durante a fase de apoio da marcha.
- **Marcha Antálgica ou saudatória**
 - o Pode ser observado em paciente com lombociatalgia, no qual o membro afetado é mantido em atitude antálgica de semi-flexão (para evitar o estiramento da raiz comprometida) e na deambulação esta posição é conservada, e ao avançar o paciente inclina o tronco para frente (tronco fletido), conferindo o ato de saudar.
- **Marcha Atáxica sensitiva**
 - o Este distúrbio da marcha deve-se a um comprometimento da posição articular ou do senso cinestésico muscular resultante da interrupção de fibras nervosas aferentes em:
 - nervos periféricos
 - raízes posteriores,
 - colunas posteriores da medula espinhal
 - lemniscos mediais
 - lesão de ambos os lobos parietais
 - o Qualquer que seja a localização da lesão, seu efeito é privar o paciente do conhecimento da posição de seus membros.
 - o É habitual a reação de desequilíbrio.
 - o Estes pacientes estão cientes de que o problema encontra-se em suas pernas, que o posicionamento dos pés é inconveniente e que a capacidade de se recuperar rapidamente de um passo em falso está comprometida.
 - o O distúrbio resultante caracteriza-se por graus variados de dificuldade para ficar em pé e caminhar;
 - o Nos casos avançados, a incapacidade de locomoção é completa, embora a força muscular esteja conservada.
 - o Os principais aspectos do distúrbio dessa marcha são os movimentos bruscos das pernas e o posicionamento dos pés.
 - o Os pés são colocados bem afastados um do outro, a fim de corrigir a instabilidade, e os pacientes olham para o chão e para as próprias pernas e assim são impulsionadas repentinamente para diante e para fora, em passos irregulares, de extensão e altura variáveis.
 - o Muitos passos são acompanhados por um ruído audível, à medida que o pé é forçadamente abaixado de encontro ao solo.
 - o O indivíduo que apresenta esse desarranjo na marcha, tem dificuldade ou não anda com os olhos fechados.

- **Marcha Atáxica da Síndrome Cerebelar**
 - o Neste tipo de marcha, a manutenção da atitude ereta pode ser difícil, e o paciente geralmente aumenta a base de sustentação.
 - o O andar é vascilante, base alargada, com tendência à queda do paciente em qualquer direção.
 - o Ao ordenar-lhe para marchar em linha reta apresenta desvios, como se estivesse embriagado (marcha cambaleante ou ébria).
 - o Este tipo de marcha pode ser encontrada em lesões do cerebelo ou das vias cerebelares (esclerose múltipla, degenerações espinocerebelares e ataxia hereditárias).
- **Marcha Atáxica Vestibular**
 - o Como nas lesões cerebelares, a marcha é um zig-zag ou titubeante, com alargamento da base de sustentação, desvios e tendência a quedas.
 - o Os desvios se processam na direção do lado afetado e podem ser vistos pela chamada marcha em estrela de Babinski e Weil.
 - o Pede-se ao paciente andar em ambiente amplo e em linha reta, dando cerca de oito a dez passos para frente e, em seguida, para trás, repetindo o processo cinco ou seis vezes, como há desvio sempre para o lado acometido, o traçado desta marcha configura-se a forma dos raios de uma estrela
- **Marcha Miopática ou Anserina**
 - o Na distrofia muscular, a fraqueza dos músculos proximais das pernas produz uma postura e marcha características.
 - o Ao tentar levantar-se da posição sentada, os pacientes flexionam o tronco nos quadris, colocam as mãos sobre os joelhos e erguem o tronco fazendo as mãos correrem coxa acima.
 - o Os pacientes ficam de pé com uma lordose lombar exagerada e um abdome protuberante devido à fraqueza dos músculos abdominais e paravertebrais.
 - o Eles caminham com as pernas bem separadas e têm um característico movimento gigante da pelve, decorrente da fraqueza dos músculos glúteos. Os ombros freqüentemente se inclinam para frente e uma escápula alada pode ser vista quando os pacientes caminham.

■ SENSIBILIDADE SOMESTÉSICA

■ Classificação da Sensibilidade

- **Sherrington**
 - o Exteroceptiva
 - o Proprioceptiva
 - o Visceroceptiva
- **Déjerine**
 - o Especial
 - o Geral
- **Head**
 - o Protopática (toque leve)
 - o Epicrítica (discriminação entre dois pontos e reconhecimento da textura e consistência do objeto)
- **Clinicamente**
 - o Superficial
 - o Profunda
- **Divisão do Sist. Somestésico: de acordo com os sistemas que fazem mediação para os centros superiores - Vias Ascendentes**
 - o Sistema Espinotalâmico Antero-lateral:
 - anterior – toque leve e pressão
 - lateral – dor e temperatura

- o Sistema Coluna dorsal-lemnisco medial:
 - Posterior (fascículo grácil e cuneiforme) – propriocepção, toque profundo e vibração.
- Alterações Sensoriais do Sistema Somestésico – Terminologia:
 - o Disestesia: Percepção anormal dos estímulos.
 - o Anestesia: Perda das sensações podendo ser superficial, profunda ou total.
 - o Analgesia: Completa perda da sensibilidade à dor.
 - o Abarognosia: Incapacidade de reconhecimento de pesos
 - o Astereognosia: Incapacidade em reconhecer a forma (morfoagnosia), o contorno dos objetos e estrutura material do objeto pelo tato(hiloagnosia). Ou assimbologia tátil quando se perde toda essa capacidade.
 - o Causalgia: Sensações dolorosas e de queimação, usualmente ao longo da distribuição de um nervo.
 - o Hipoalgesia: Redução na sensibilidade à dor.
 - o Hiperálgesia: Aumento na sensibilidade à dor.
 - o Hiperestesia: Aumento na sensibilidade aos estímulos sensoriais.
 - o Hipoestesia: Diminuição na sensibilidade aos estímulos sensoriais.
 - o Apalestesia: Incapacidade de perceber ou reconhecer estímulos vibratórios.
 - o Parestesia: Sensação anormal de dormência ou formigamento sem causa aparente.
 - o Termanalgesia: Incapacidade de percepção do calor.
 - o Termanestesia: Incapacidade de percepção das sensações de calor ou frio.
 - o Termiperestesia: Aumento na sensibilidade à temperatura.
 - o Termipestesia: Queda na sensibilidade à temperatura.
- Avaliação do Sistema Somestésico
 - o Sensações Superficiais:
 - Dor
 - Temperatura
 - Tato Leve
 - o Sensações Profundas:
 - Sentido de Posição
 - Sentido de movimento (Cinestesia)
 - Pressão (barestésica)
 - o Sensações Combinadas ou Corticais (percepção somestésica):
 - Estereognosia (capacidade de reconhecer a forma do objeto)
 - Localização tátil
 - Reconhecimento de textura
 - Estimulação Bilateral Simultânea
 - Vibração
 - Sensações Combinadas ou Corticais:
 - Barognosia
 - Grafestesia
 - Discriminação entre dois pontos: Ponta da língua- 1mm; lábios- 2 a 4 mm; polpa dos dedos- 3 a 5 mm; mão- 1 cm; planta dos pés- 2 a 3cm; Outras regiões- 4 a 7,5 cm
- Dermátomos
 - o C2- Protuberância occipital
 - o C3- Fossa supraclavicular
 - o C4- Borda superior da articulação acrômio-clavicular
 - o C5- Borda lateral da fossa antecubital
 - o C6- Dedo polegar
 - o C7- Dedo Médio
 - o C8- Dedo mínimo
 - o T1- Borda medial da fossa cubital
 - o T2- Ápice da axila
 - o T3- Terceiro espaço intercostal
 - o T4- Quarto espaço intercostal (mamilos)

- o T5- Quinto espaço intercostal
- o T6- Sexto espaço intercostal (nível do processo xifóide)
- o T7- Sétimo espaço intercostal
- o T8- Oitavo espaço intercostal
- o T9- Nono espaço intercostal
- o T10- Décimo espaço intercostal
- o T11- Décimo primeiro espaço intercostal
- o T12- Ponto médio do ligamento inguinal
- o L1- Metade da distância entre T12 e L2
- o L2- Terço médio da coxa
- o L3- Côndilo femoral interno
- o L4- Maléolo medial
- o L5- Dorso do pé a nível da terceira articulação metatarsofalangeana
- o S1- Bordo externo do calcâneo
- o S2- Linha média da fossa poplíteia
- o S3- Tuberosidade isquiática
- o S4 S5- Área perineal (avalia-se como um só nível)

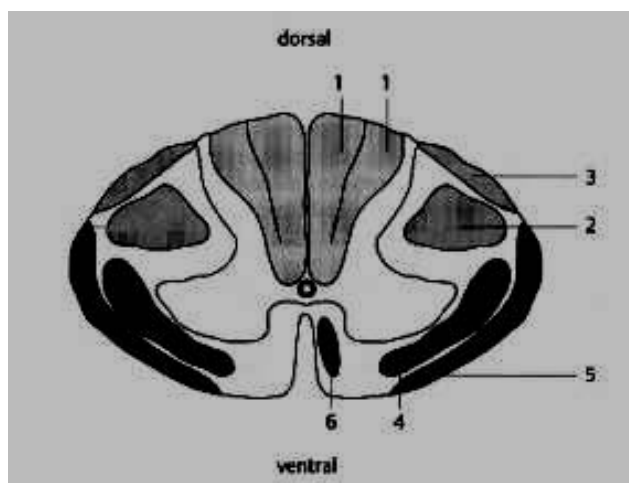
■ DISTÚRPIO DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL (sistema somestésico)

- Modulação Tátil pobre / defensividade tátil:
 - o objeção a escovar os dentes ou pentear o cabelo
 - o objeção a ser manuseado sem estar vestido
 - o evita ser acariciado
 - o evita ser desarrumado
 - o determinados materiais não tolera
 - o prefere toque com pressão
 - o Ex: Autismo, PC
- Discriminação Tátil pobre ou hiporresponsividade ao toque:
 - o falha em localizar/responder ao estímulo tátil quando fora do campo visual
 - o excessiva colocação de objetos na boca
 - o falha em reconhecer objetos simples pelo toque com a visão ocluída
 - o gosta de ser tocado
 - o prefere manipular materiais pesados
 - o gosta de vibração

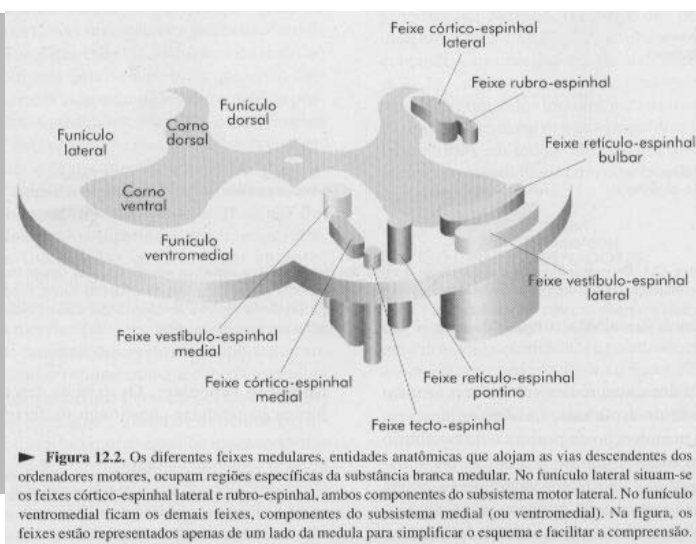
■ SÍNDROMES SENSITIVAS

- O indivíduo que apresenta comprometimento das vias sensitivas pode ter como resposta:
 - o sintomas positivos: dor (algias), hiperestesia, parestesias, disestesias
 - o sintomas negativos: anestésias, analgesia, hipoestesias, agnosias (não apresenta percepção de tato).
- Síndrome sensitiva dos nervos periféricos
 - o Etiologia: compressão, trauma ou degeneração dos nervos periféricos.
 - Ex: síndrome do túnel do carpo; polineuropatia diabética; polineuropatia alcoólica.
 - OBS: Devido à característica mista dos nervos periféricos podem estar presentes sinais de déficit motor além dos sensitivos.
 - o Quadro Clínico:
 - Alterações motoras: paresia ou paralisia flácida, hipotonia ou atonia e hipotrofia muscular, hiporreflexia ou arreflexia profunda;
 - Alterações sensitivas: dor de caráter lancinante e em queimação, acompanhada frequentemente de câibras, parestesias, alterações objetivas da sensibilidade “em bota e em luva”, podendo ser traduzida por uma hipoestesia ou anestesia da sensação superficial e/ou profunda, resposta de dor à compressão dos troncos nervosos ou massas musculares.

- Síndrome sensitiva radicular posterior
 - o Etiologia: comprometimento de raiz nervosa. Ex: hérnia de disco, tumores extradurais, mal de Pott.
 - o Esta sd é exclusivamente sensitiva.
 - o Quadro Clínico:
 - Dor lancinante em queimação com distribuição topográfica que corresponde com a raiz nervosa comprometida
 - Dor que agrava com tosse, espirro ou esforço para evacuar e com manobras que provoquem o estiramento da raiz afetada (ex: sinal de Laségue)
 - Hipoestesia ou anestesia (comprometimento de três raízes posteriores) no território radicular correspondente



- 1- Fascículo grácil e cuneiforme
- 2- Trato cortico-espinhal lateral
- 3- Trato espino-cerebelar dorsal
- 4- Trato espino-talâmico lateral
- 5- Trato espino-cerebelar ventral
- 6- Trato espino-talâmico ventral



- Síndrome de dissociação siringomiélica
 - o Etiologia: lesões com sede na comissura cinzenta medular e, ocasionalmente, na comissura branca anterior. Ex: tumores intramedulares.
 - o Quadro clínico:
 - Presença da dissociação siringomiélica:
 - anestesia térmica e dolorosa;
 - manutenção da sensibilidade tátil;
 - anestesia suspensa bilateral, que é determinada por lesão localizada na medula cervical.
- Secção medular completa
 - o Etiologia: trauma medular por PAF, objeto perfurante, mergulhos em águas rasas, acidente automobilístico.
 - o Quadro Clínico:
 - Primeiro uma fase aguda (choque medular): paralisia flácida, arreflexia profunda, anestesia e hipotonia muscular.
 - Segunda fase pós-choque medular: paralisia espástica, hiperreflexia profunda, sinal de Babinski positivo, hipertonia muscular e anestesia.
 - Distúrbios dos esfíncteres
 - Alterações sensitivas: anestesia abaixo do nível de lesão.
- Síndrome medular anterior
 - o Etiologia: Lesão medular incompleta: lesão na porção anterior da medula. Ex: trauma, tu ou isquemia da medula; poliomielite.

- o Obs: ocorre déficit motor e sensitivo.
- o Quadro Clínico:
 - Perda das funções motoras por lesão do trato cortico-espinhal (via descendente);
 - Déficit sensitivo por lesão do trato espinotalâmico: perda das sensações (anestesia) térmicas e dolorosas abaixo do nível da lesão.
- Síndrome medular posterior
 - o Etiologia: Lesão medular incompleta: lesão na porção posterior da medula.Ex: trauma, tu ou isquemia da medula.
 - o Quadro clínico:
 - Lesão dos fascículos grácil e cuneiforme:
 - perda da propriocepção consciente (ataxia sensitiva, sinal de Romberg positivo); perda do tato epicrítico (discriminação entre dois pontos e reconhecimento da textura e consistência do objeto)
 - perda da sensibilidade vibratória e da estereognosia (capacidade de reconhecer a constituição e forma do objeto)
- Síndrome de hemissecção medular (Brown-Sequard)
 - o Etiologia: Lesão medular incompleta: hemissecção da medula. Ex: trauma, tu ou isquemia da medula.
 - o Quadro Clínico: aspectos clínicos são assimétricos
 - o Quadro Clínico: Lado ipsilateral à lesão
 - perda da propriocepção consciente e do tato epicrítico (discriminação entre 2 pontos) em virtude da lesão dos fascículos grácil e cuneiforme
 - déficit motor: paralisia espástica em virtude da interrupção das fibras do tracto cortico-espinhal.
 - o Quadro Clínico: Lado contralateral à lesão:
 - perda da sensibilidade (anestesia) térmica e dolorosa em consequência da lesão do tracto espino-talâmico lateral,
 - Ligeira diminuição (hipoestesia) do tato protopático (toque leve) e da sensação de pressão devido comprometimento do tracto espino-talâmico anterior.
- Síndrome medular central
 - o Etiologia: lesões por hipertensão da região cervical, estenose congênita ou degenerativa do canal vert.
 - o Quadro clínico:
 - Maior comprometimento dos tractos cervicais (localizados mais centralmente) do que dos lombares e sacrais: envolvimento maior dos MMSS que dos II;
 - Déficits sensitivos são menores que os motores;
 - Funções sexuais, intestinais e urinárias: normais.
- Síndrome da cauda eqüina
 - o Etiologia: comprometimento das raízes nervosas lombo-sacras. Ex: trauma, estenose lombar, a hérnia de disco, tumores, fraturas, infecções.
 - o Obs: comumente são lesões radiculares incompletas.
 - o Quadro clínico:
 - Paraplegia flácida com arreflexia dos rfls aquileu e patelar;
 - Alteração de sensibilidades dos MMII que se estende ao períneo;
 - Distúrbio esfinteriano.
- Síndrome de Wallenberg
 - o Etiologia: lesão da artéria cerebelar póstero-inferior que irriga a parte dorsolateral do bulbo.
 - o Quadro Clínico:
 - Lesão do pedúnculo cerebelar inferior: ataxia ipsilateral a lesão;
 - Lesão do tracto espinhal do trigêmeo e seu núcleo: perda da sensibilidade (anestesia) térmica e dolorosa na metade da face ipsilateral a lesão;
 - Lesão do tracto espino-talâmico lateral: perda da sensibilidade (anestesia) térmica e dolorosa na metade do corpo contralateral a lesão;

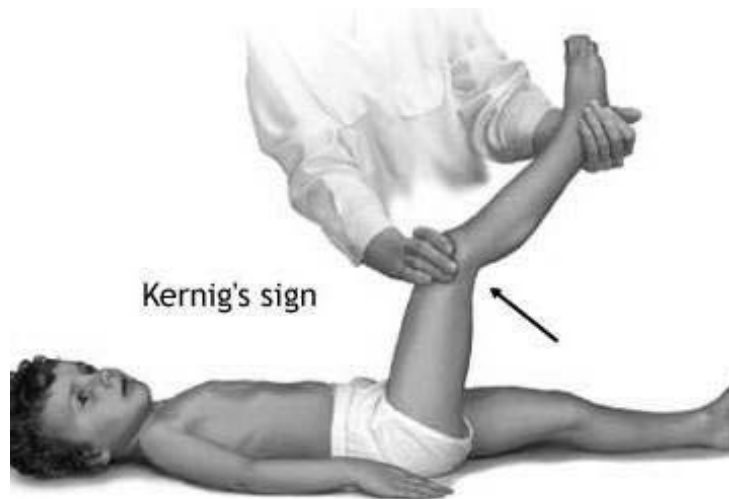
- Lesão do núcleo ambíguo: alterações da deglutição e da fonação por paralisia dos mm da faringe e da laringe.
- Síndrome talâmica
 - o Etiologia: lesão talâmica.
 - o Quadro Clínico:
 - alterações sensitivas:
 - anestesia de todas as formas de sensibilidade no hemicorpo contralateral a lesão;
 - dor talâmica;
 - astereognosia;
 - alterações motoras:
 - hemiplegia ou hemiparesia contralateral a lesão;
 - hemianopsia homônima.
- Síndrome sensitiva cortical
 - o Etiologia: tu ou acidente vascular na região pós-rolândica.
 - o Obs: costumam acometer somente um membro.
 - o Quadro Clínico:
 - Perda da sensibilidade cinético-postural;
 - Apalestesia (déficit no reconhecimento da sensação vibratória)
 - Alterações na localização e discriminação tátil;
 - Astereognosia (com os olhos fechados, não reconhece a consistência e formato dos objetos);
 - Ausência de comprometimento das sensibilidades protopáticas (Toque leve).

■ TROFISMO MUSCULAR

- *Estado nutricional muscular normal. E não força muscular*
- *Avaliação Perimétrica comparativa: uso da fita métrica*
 - o Normotrofia (diâmetro e nutrição normais)
 - o Atrofia (mm desnervados)
 - o Hipotrofia (muscular primária; secundária a lesão de nervos ou por desuso)
 - o Hipertrofia
- Atrofia muscular pronunciada será evidente em todo indivíduo com acometimento dos neurônios motores inferiores ou dos nervos periféricos.
- A presença de fasciculações (contração de um grupo pequeno de fibras musculares) difusamente, quando associada com atrofia muscular e exaltação dos reflexos profundos é altamente sugestiva de doença degenerativa do neurônio motor (também chamada de esclerose lateral amiotrófica).
- Na Distrofia de Duchene há pseudohipertrofia (músculo com aparência de hipertrófico, mas é hipotrofiado e infiltrado de gordura)
- Vítimas de poliomielite apresentam sinais e sintomas de destruição neuronal ao nível do corno anterior da medula, resultando em paralisias flácidas, arreflexias e obviamente com sensibilidades normais. Quase sempre os déficits são assimétricos e invariavelmente estáveis.
- Miopatias diversas, maioria das quais geneticamente herdadas, costumam cursar com atrofia muscular generosa, acometendo principalmente os músculos proximais.
- Polineuropatias periféricas estão frequentemente associadas com distúrbios tróficos diversos; entretanto, o grau de hipotrofia será diminuto quando comparado àqueles sofreadores de doenças que afetem os neurônios motores inferiores. Diabetes mellitus e alcoolismo crônico são suas principais causas.

■ SINAIS MENINGORRADICULARES

- Sinal de Kernig
 - o Mudança passiva de dd para sentado, aparece flx dos quadris e dos joelhos
 - o Pte em dd, flete-se passivamente o quadril em ângulo reto, depois tenta-se estender o joelho. Aparece resistência a essa extensão e dor.



- Sinal de Lasègue
 - o Pte em dd, flx passiva do quadril mantendo extensão do joelho. Aparece dor no trajeto do ciático.
 - o Sinal de Gowers: estando o membro na posição de pesquisa do Lasègue, faz-se uma dorsiflexão enérgica do pé.
- Sinal de Brudzinski
 - o Flx passiva da nuca determina flx involuntária dos quadris e joelho
 - o Flx passiva do quadril e joelho de um MI determina movimento similar no outro MI



■ NERVOS CRANIANOS

- I – Nervo Olfatório
 - Estritamente sensitivo, composto por fibras aferentes especiais
 - Ocorrência de obstruções, sinusite, desvios ósseos, inflamações nasais e de seios paranasais, corpos estranhos, traumatismos, secreções, sangramentos, etc.
- II – Nervo Óptico
 - Estritamente sensitivo: aferência especial
 - Sua avaliação completa pertence ao campo da Oftalmologia
 - Verificar deficiências visuais declaradas, diminuição de acuidade: catarata, traumas no nervo óptico (ex: glaucoma), traumas na córnea ou cristalino, etc.
- III, IV e VI Pares (Oculomotor, Troclear e Abducente)
 - São examinados em conjunto, inervam os músculos extrínsecos do globo ocular, além do ciliar e esfíncter pupilar (estes inervados também pelo II), e a musculatura elevadora da pálpebra.

- Observar estrabismos e ptose, procurar traços de lesões cranianas e faciais.
 - Híppus: movimentos de adaptação das pupilas a luz ambiente, breves e curtos.
 - Midríase: aumento do diâmetro palpebral acima de 4 mm é sempre anormal
 - Miose: redução do diâmetro pupilar a menos de 2 mm; é sempre anormal.
- V Par - Nervo Trigêmeo
- Principalmente sensitivo para face
 - Divide-se em ramos Oftálmico, Maxilar e Mandibular. Provocar estímulos sensitivos (quente/frio, dor e toque leve, como algodão) nas diferentes áreas inervadas por cada um dos ramos, de ambos os lados.
 - motor: palpar mm. temporais e masseterianos, paciente trincando os dentes ver a força de contração.
- VII Par - Nervo Facial
- Principalmente motor para face e pescoço, eferência especial para glândulas salivares (exceto parótida) e lacrimais, Sensitivas especiais para 2/3 anteriores da língua.
 - Alterações de sensação de sabor: deve ser diferenciada de alterações no olfato; deve ser pesquisada ocorrência de cáries, infecções, refluxo gastroesofágico, diabetes, etc.
 - Pedir ao paciente para: levantar as sobrancelhas; franzir o rosto; fechar bem os olhos (tentar abri-los); mostrar os dentes superiores e inferiores; sorrir; inflar ambas as bochechas.
- VIII Par - Nervo Vestíbulo-Coclear - Nervo Coclear: audição
- Com o paciente de olhos fechados, produz-se diversos estímulos (perguntar pelo nome, dia, etc.), um ouvido por vez. Pode-se ainda atritar as polpas digitais próximo ao ouvido do paciente. Se existe perda auditiva, verificar se há lateralização.
 - Teste de Rinne – percute-se o diapasão e coloca-se primeiramente na mastóide (transmissão por via óssea) do paciente e após nova percussão coloca-se na frente do pavilhão auricular (transmissão por via aérea). Normalmente o som é ouvido mais intensamente e prolongadamente por via aérea, resultando no Rinne positivo. Caso o resultado se inverta, denominamos Rinne negativo, significando que o paciente deve ter disacusia do tipo condutivo.
 - Teste de Weber – toca-se o diapasão e coloca-se no vértex ou na frente do paciente que deve ouvir o som igualmente com ambas as orelhas. Caso o paciente ouça melhor com uma das orelhas dizemos que o Weber está lateralizado. Ele pode lateralizar para melhor orelha no caso de perda neurosensorial ou para pior orelha na perda condutiva.
- VIII Par - Nervo Vestíbulo-Coclear - Nervo Vestibular: equilíbrio
- Teste calórico do reflexo vestibulo-ocular
 - Marcha vestibular: ao andar, o paciente com labirintite tem “propulsão lateral”, como se alguém o empurrasse para o lado, exacerbado quando se caminha em corredores.
- IX Par - Nervo Glossofaríngeo
- Inerva o m. estilofaríngeo
 - Executa componente sensorial do reflexo do vômito (toque no palato, zona posterior da língua, tonsila e faringe)
- X Par - Nervo Vago
- Inerva cordas vocais (provoca disfonia)
 - Pede-se ao paciente para fonar a letra “A” com a boca aberta e a língua abaixada com o auxílio de um afastador. Assimetria de movimentos palatais significa paralisia do Vago
 - Executa componente motor do reflexo do vômito
- XI Par - Nervo Acessório
- Examina-se sua função motora, essencialmente trapézio e esternocleidomastóideo, pedir ao paciente para encolher os ombros para cima (força e simetria), pede-se ao paciente que vire a cabeça para os lados, normalmente e contra a resistência: observa-se a contração do esternocleido-mastóideo
- XII Par - Nervo Hipoglosso
- Estritamente motor para a língua, examinar a língua dentro da boca (fasciculações), pedir para o paciente colocar a língua para fora (trofismo, simetria e desvio)

EXAME DO COMPORTAMENTO MOTOR

- Avaliação da manutenção da Postura
 - Ortostatismo
 - Sedestação
 - Decúbitos
 - Ajoelhada
 - Semi-ajovelhada
 - Quadrúpede
 - Unipodal
 - outras
- Avaliação da manutenção da Postura
 - Base de suporte
 - Alinhamento
 - Tronco: distribuição de peso e simetria
 - Cabeça: simetria facial, simetria e posição em relação ao tronco
 - Membros: posição e simetria
- Avaliação das atividades funcionais nas diferentes posturas
 - Base de suporte
 - Alinhamento
 - Sequência e componentes dos movimentos funcionais
 - Graus de dependência: independente, dependente parcial, dependente total
 - Graus de liberdade
- Mobilidade
 - Transferências: ortostatismo ⇔ sedestação ⇔ decúbito
- Locomoção
 - Maca
 - Cadeira de rodas (sitting – análise ergonômica)
 - Marcha
 - Ciclo, ritmo, passo, velocidade, distância
 - Independente ou dependente: supervisão, apoio, suporte (aditamentos), órteses, próteses
 - Tipo: domiciliar, comunitária, terapêutica
 - Rampas e degraus
- Atividades da Vida Diária - Autocuidados
 - Alimentação
 - Excreções: Evacuação e micção
 - Toalete
 - Banho
 - Vestimenta
- Atividades da Vida Prática
 - Domésticas
 - Profissionais
 - De Lazer
- Alimentação
 - Deglutição (disfagia)
 - Tipo de dieta, consistência (pastosa, líquida, sólida) e frequência
 - Postura (cabeça, tronco e membros)
 - Uso dos talheres
 - Inclusão familiar (senta-se à mesa)
- Excreções:
 - Controle do esfíncter vesical

- o Incontinente = Sondado (análise da quantidade, aparência e odor da urina) ou utiliza fralda geriátrica (apresenta rotina de esvaziamento?)
- o Contínente com intercorrências ocasionais (avaliação prostática e/ou bexiga)
- o Contínente
- Controle do esfíncter anal
 - o Incontinente = Utiliza fralda geriátrica (apresenta rotina de esvaziamento?)
 - o Contínente com intercorrências ocasionais
 - o Contínente
 - o Constipação (massoterapia, mobilização, dieta – fibras + água, medicação, lavagem)
- Postura (deitado, sentado ou em pé)
- Local
 - o Comadre
 - o Uso do vaso sanitário
 - Independente
 - Dependente parcial (limpeza e transferência)
 - Dependente total (limpeza e transferência)
- Toalete:
 - lavar as mãos e o rosto
 - pentear os cabelos
 - escovar os dentes
 - barbear-se
 - depilar-se
 - maquilar-se
 - o Postura (deitado, sentado ou em pé)
- Banho
 - Postura (deitado, sentado ou em pé)
- Vestimenta
 - Da cintura para cima (fechar e abrir o zíper e botões)
 - Da cintura para baixo (fechar e abrir o zíper e botões)
 - Calçar-se (amarrar os cadarços)
- Atividades Domésticas
 - Abrir e fechar portas e janelas
 - Acender e apagar as luzes
 - Cozinhar (lavar, picar, preparar)
 - Varrer e limpar
 - Lavar, secar e passar roupas
 - Cuidar das finanças
 - Fazer compras
- Atividades Profissionais
 - Posturas e gestos habituais
 - Considerações ergonômicas
- Atividades de Lazer
 - Inside
 - Outside
- Avaliação das AVDs pode ser feita mediante escalas apropriadas:
 - MIF (Medida de Independência Funcional)
 - Índice de Barthel
 - Outras escalas

ÍNDICE DE BARTHEL				
<u>Alimentação:</u>				
	10	INDEPENDENTE. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.		
	5	AJUDA. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc		
	0	DEPENDENTE. Necessita ser alimentado por outra pessoa.		
<u>Banho</u>				
	5	INDEPENDENTE. Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.		
	0	DEPENDENTE. Necessita algum tipo de ajuda ou supervisão.		
<u>Vestuário</u>				
	10	INDEPENDENTE. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário.		
	5	AJUDA. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.		
	0	DEPENDENTE. Necessita ajuda para as mesmas.		
<u>Higiene pessoal</u>				
	5	INDEPENDENTE. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico		
	0	DEPENDENTE. Necessita alguma ajuda.		
<u>Dejeções</u>				
	10	CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.		
	5	INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.		
	0	INCONTINENTE.		
<u>Micção.</u>				
	10	CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas própria providências.		
	5	INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo		
	0	INCONTINENTE.		
<u>Uso do vaso sanitário</u>				
	10	INDEPENDENTE. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda		
	5	AJUDA. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.		
	0	DEPENDENTE.		
<u>Transferência (passagem cadeira-cama)</u>				
	15	INDEPENDENTE. Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.		
	10	AJUDA MÍNIMA.Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.		
	5	GRANDE AJUDA. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.		
	0	DEPENDENTE. Necessita ser transferido por duas pessoas. É incapaz de permanecer sentado.		
<u>Deambulação</u>				
	15	INDEPENDENTE. Pode cominhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.		
	10	AJUDA. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.		
	5	INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 m		
	0	DEPENDENTE.		
<u>Subir e descer escadas</u>				
	10	INDEPENDENTE. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão		
	5	AJUDA. Necessita de ajuda física ou supervisão.		
	0	DEPENDENTE. É incapaz de subir escadas.		
A incapacidade funcional se calcula como:		Severa: < 45 pontos. Grave: 45 - 55 pontos.	Moderada: 60 - 75 pontos. Leve: 80 - 100 pontos.	Pontuação Total:

ORIENTAÇÃO FUNCIONAL PARA A UTILIZAÇÃO DA MIF

MÉDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF PARA ADULTOS)

VERSÃO BRASILEIRA

DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS DE FUNÇÃO E SUA PONTUAÇÃO

INDEPENDENTE - Não necessita ajuda de alguém para desenvolver a atividade - **SEM AJUDANTE**.

7- INDEPENDÊNCIA COMPLETA - todas as tarefas descritas são realizadas com segurança, sem alterações, sem ajuda e em tempo razoável.

6- INDEPENDÊNCIA MODIFICADA - quando há uma ou mais destas ocorrências: uso de algum dispositivo de ajuda, tempo acima razoável ou riscos de segurança.

DEPENDENTE - Quando é preciso a ajuda de uma pessoa na supervisão ou assistência física para o paciente executar a tarefa, ou quando a tarefa não é executada - **PRECI- SA DE AJUDANTE**.

DEPENDÊNCIA MODERADA - O paciente executa 50% ou mais do trabalho. Os níveis de assistência requerida são:

5- SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO - quando o paciente necessita apenas da presença física de outra pessoa, seja para incentivar ou sugerir, sem contato físico, ou, ajuda na preparação de itens necessários ou na aplicação de órteses.

4- ASSISTÊNCIA COM CONTATO MÍNIMO - quando é preciso apenas tocar o paciente como auxílio para a realização das tarefas, ou quando o paciente faz 75% ou mais do trabalho.

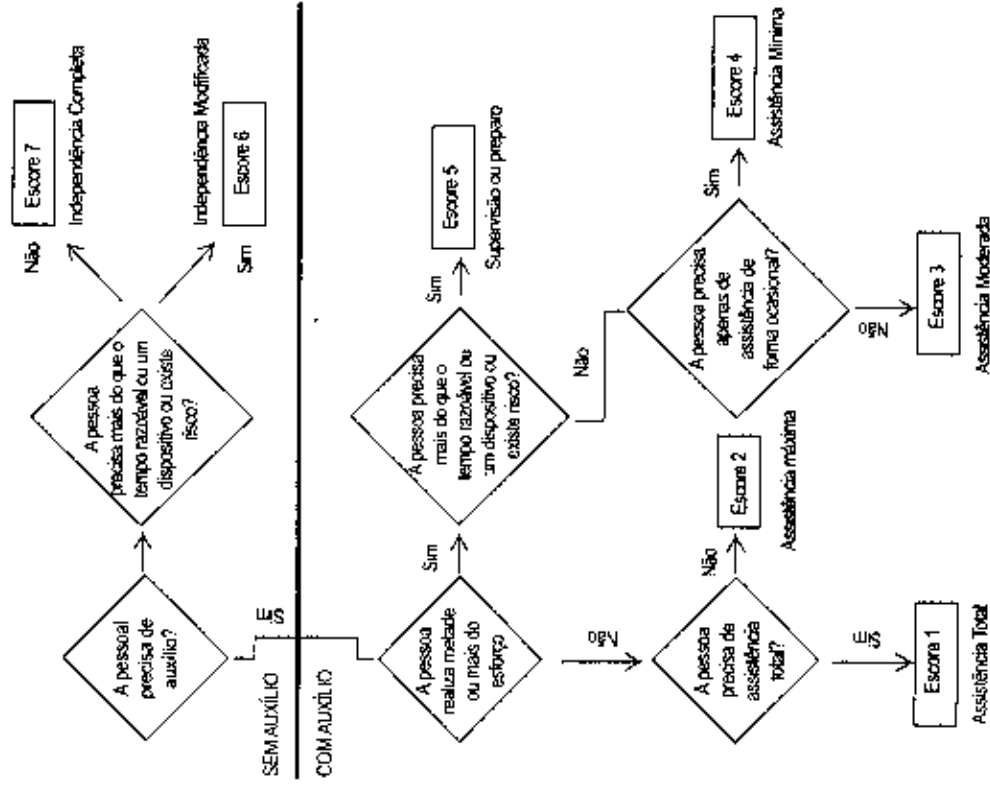
3- ASSISTÊNCIA MODERADA - quando é preciso mais do que apenas tocar ou quando o paciente faz de 50 a 74% do trabalho.

DEPENDÊNCIA COMPLETA - o paciente faz menos de 50% do trabalho. É necessária assistência máxima ou total, caso contrário a atividade não é executada. Os níveis de assistência necessária são:

2- ASSISTÊNCIA MÁXIMA - quando é preciso tocar o paciente realizando grande esforço de auxílio e o paciente colabora com menos de 50% do esforço, mas faz pelo menos 25%.

1- ASSISTÊNCIA TOTAL - o paciente faz menos de 25% do trabalho.

INSTRUÇÕES PARA USO DA ÁRVORE DE DECISÃO - MIF
 Descrição geral dos Níveis Funcionais MIF e seus Escores



A- ALIMENTAÇÃO - usar os instrumentos apropriados para levar a comida à boca, mastigar e engolir, desde que a refeição seja apresentada da forma usual, numa mesa ou tabuleiro. Realização segura.

SEM AJUDA

7- **Independência Completa** - come de um prato, bebe de uma xícara ou copo, sabendo tratar diferentes tipos de comida e com a refeição disposta na forma clássica sobre uma mesa ou bandeja. O paciente usa colher ou garfo para levar a comida à boca; a comida é mastigada e engolida.

6- **Independência Modificada** - necessita de um dispositivo de adaptação ou apoio, tal como canudo longo, espeta, faca rotativa; depende, para comer, um tempo acima do razoável, necessita alterar a consistência da comida ou liquefazê-la ou exige cuidados de segurança na ato de comer. Se a pessoa usa outras formas de alimentação (parental ou gastronomia) ela é capaz de fazê-lo por si própria.

COM AJUDA

5- **Supervisão ou Preparação** - necessita de supervisão (por exemplo, alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese); ou quando é preciso a ajuda de alguém para abrir as embalagens, cortar carne, passar manteiga no pão ou despejar líquidos, sem contato físico.

4- **Assistência com Contato Mínimo** - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas de alimentação.

3- **Assistência Moderada** - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas de alimentação.

2- **Assistência Máxima** - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas de alimentação.

1- **Assistência Total** - a pessoa executa menos de 25% das tarefas. Ou, quando sua alimentação se faz em parte por via oral e em parte por outras vias (parental ou gastronomia), e ela não consegue administrá-las por si própria.

B - HIGIENE PESSOAL: CUIDADO DE APRESENTAÇÃO E APARÊNCIA - inclui higiene bucal, arranjo do cabelo, lavagem do rosto e das mãos, barbear-se ou maquiar-se. Se a pessoa não pretende barbear-se nem se maquiuar, ignore. Desempenho com segurança.

SEM AJUDA

7- *Independência Completa* - limpa os dentes ou dentadura, penteia ou escova o cabelo, lava as mãos e o rosto, barbeia-se ou maquia-se incluindo os preparativos. Se não houver opção entre barbear-se ou maquiar-se, desconsidere essa questão. Realização em segurança.

6- *Independência Modificada* - quando é preciso equipamento especializado (incluindo prótese ou órtese), ou quando toma mais tempo que razoável, ou quando exige cuidados de segurança.

COM AJUDA

5- *Supervisão ou Preparação* - exige supervisão (por exemplo, estar alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese, dispor o equipamento, preparativos iniciais tais como aplicar pasta de dentes na escova, abrir embalagens de maquiagem).

4- *Assistência com Contato Mínimo* - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- *Assistência Moderada* - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- *Assistência Máxima* - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- *Assistência Total* - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

C - BANHO: LIMPEZA DO CORPO - lavar o corpo da pessoa para baixo (excetuando as costas) na banheira, no chuveiro ou na cama (com esponja). Realiza em segurança.

SEM AJUDA

7- *Independência Completa* - lava, esfrega e enxuga o corpo. Desempenho seguro.

6- *Independência Modificada* - exige equipamento especializado (incluindo prótese ou órtese), ou leva mais tempo que razoável ou exige cuidados de segurança

COM AJUDA

5- *Supervisão ou Preparação* - exige supervisão (estar alguém ao lado, incentivar, sugerir) ou preparação (dispor o equipamento especializado de banho ou preparar a água e material de limpeza).

4- *Assistência com Contato Mínimo* - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- *Assistência Moderada* - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- *Assistência Máxima* - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- *Assistência Total* - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

8 - VESTIR A METADE SUPERIOR DO CORPO - vestir-se ou despir-se acima da cintura como colocar e remover próteses ou órteses. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7- Independência Completa - vestir-se e despir-se, buscando obter as roupas de armário, ~~plac-a-gavetas~~, manejando agasalhos ou camisas abertas ou fechadas, soutiens, ziperes e botões; coloca e remove próteses ou órteses. Desempenho seguro.

6- Independência Modificada - exige adaptações (como o velcro ou dispositivo de ajuda), ou assistência (incluindo prótese e órtese) ou quando leva um tempo acima do razoável.

COM AJUDA

5- Supervisão ou Preparação - exige supervisão (estar alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou de equipamento especializado).

4- Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

E - VESTIR A METADE INFERIOR DO CORPO - vestir-se da cintura para baixo, assim como colocar e remover próteses ou órtese, quando aplicável. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7- Independência Completa - vestir-se e despir-se, buscando obter as roupas de armário, ~~plac-a-gavetas~~, manejando calcinha, cueca, saia, cinto, meias, sapatos, zíperes e botões; coloca e remove próteses ou órteses quando aplicável. Desempenho seguro.

6- Independência Modificada - necessita de adaptações (como o velcro) ou dispositivo de ajuda (prótese ou órtese), ou quando leva um tempo acima do razoável.

COM AJUDA

5- Supervisão ou Preparação - exige supervisão (ter alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou prótese na parte inferior da corpa ou perna ou de equipamento especializado).

4- Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

F - USO DO VASO SANITÁRIO - envolve a manutenção da higiene na região perineal assim como retirar e ajustar roupas antes e depois de usar o vaso sanitário ou comadre/ papagaio. Executa em segurança.

SEM AJUDA

7- *Independência Completa* - limpa-se após o uso do vaso sanitário, manuseia papel higiênico e tampões, retira e repõe a roupa para ir ao toalete. Desempenho seguro.

6- *Independência Modificada* - requer equipamento especializado (incluindo órtese ou prótese) ou leva um tempo acima do razoável ou há risco de segurança.

COM AJUDA

5- *Supervisão ou Preparação* - exige supervisão (por exemplo, alguém no lado, incentivo, sugestão) ou preparação (colocando, esvaziando) ou adaptações ou abrindo embalagens).

4- *Assistência com Contato Mínimo* - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas. o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- *Assistência Moderada* - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- *Assistência Máxima* - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- *Assistência Total* - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: Se a pessoa precisa de apoio para a mudança de absorventes íntimos (usualmente 3-5 dias por mês) o nível de assistência é 5. Supervisão ou Preparação.

G - CONTROLE DA URINA - controle intencional completa do ato de urinar e uso do equipamento ou agentes necessários para o controle da urina.

SEM AJUDA

7- *Independência Completa* - controla intencional e completamente o ato de urinar e este nunca é incontinente.

6- *Independência Modificada* - requer urinol, comadre, cateter, absorvente, toalha, algum utensílio para coleta de urina ou medicamento para o controle de urina. Se usar cateter, ele o manuseia sem assistência. Limpa, esteriliza e arruma o equipamento sem ajuda. Se a pessoa usa um utensílio, ela o aplica sem a ajuda de outrem; esvazia, coloca, remove e limpa a bolsa aplicada na perna ou esvazia e limpa a bolsa aplicada no Riley. Sem acidentes.

COM AJUDA

5- *Supervisão ou Preparação* - requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (colocando, esvaziando) do equipamento para manter um padrão satisfatório de excreção ou para manter um dispositivo externo. O tempo para se chegar ao banheiro ou comadre pode provocar acidentes ocasionais ou derramamentos do urinol, mas menos de uma vez por mês.

4- *Assistência com Contato Mínimo* - requer assistência moderada para manter algum dispositivo externo. A pessoa executa 75% ou mais das tarefas e apresenta acidentes ocasionais menos de uma vez por semana.

3- *Assistência Moderada* - requer assistência moderada para manter algum dispositivo externo. A pessoa executa 50 a 74% das tarefas e pode ter acidentes ocasionais menos de uma vez por dia.

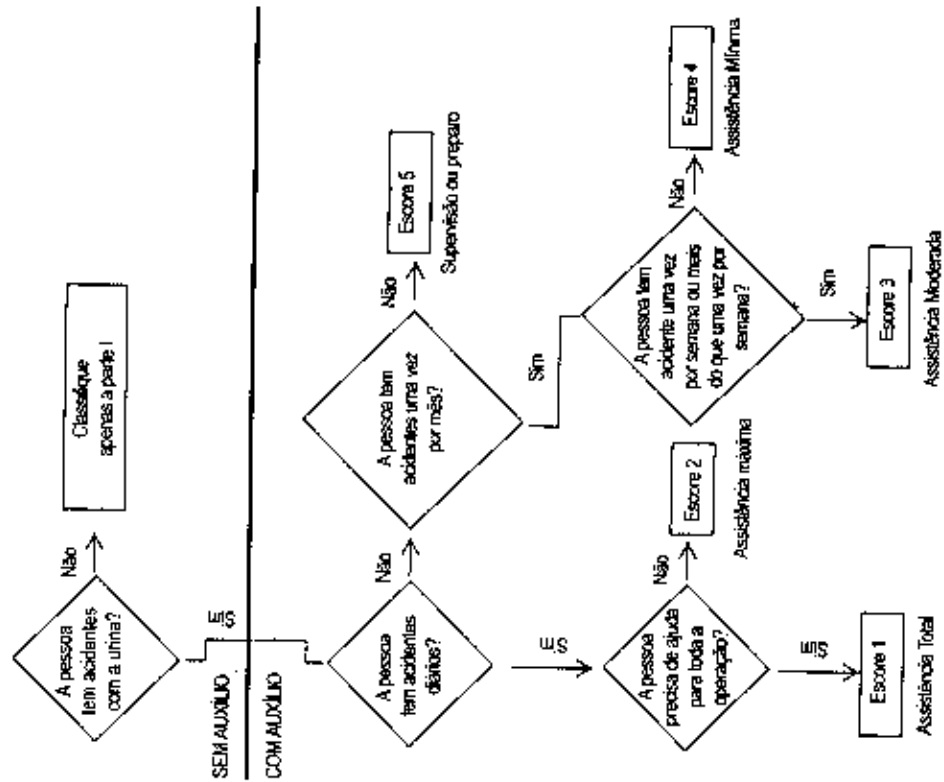
2- *Assistência Máxima* - apesar da assistência, a pessoa se molha quase todos os dias; necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos (cateter ou dispositivo de ostomia). A pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- *Assistência Total* - apesar da assistência, a pessoa se molha quase todos os dias; necessita usar absorventes quer esteja ou não usando dispositivos (cateter ou dispositivo de ostomia). A pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: o objetivo funcional do controle da bexiga é a abertura do esfíncter urinário apenas quando necessário mantendo-se fechado o restante do tempo. Isso pode exigir dispositivos, remédios ou assistência para algumas pessoas. Esse item relaciona duas variáveis: 1) nível de assistência requerida e 2) nível de sucesso no controle da bexiga. Normalmente, um acompanha o outro. Por exemplo, quando há mais acidentes normalmente requer-se mais assistência. Em todo o caso, não incluindo os dois níveis, deve-se registrar o nível mais baixo.

CONTROLE DA BEXIGA - FREQUENCIA DE INCONTINÊNCIA

O domínio da bexiga inclui controle completo e intencional da bexiga e, se necessário, uso de equipamentos ou agentes para controle da bexiga. No nível 7 a pessoa controla completamente e intencionalmente e nunca é incontinente. Não precisa de equipamentos nem agentes. Observação: este item relaciona-se com duas variáveis: nível de assistência para controle da bexiga e frequência de incontinência. Classifique a parte 1 e a parte 2 separadamente. Depois registre a pontuação menor.
Descrição geral dos Níveis Funcionais MIF e seus Escores



H - CONTROLE DAS FEZES - inclui o controle intencional completo da defecação e o uso de equipamentos e agentes necessários ao controle do intestino.

SEM AJUDA

7- Independência Completa - controla intencional e completamente o ato de defecar e este nunca é incontinente.

6- Independência Modificada - requer uso de comadre, mesa de apoio, estímulo manual, supositórios, laxantes artificiais ou lavagens de forma regular ou uso de outra medicação para controle. Se usar colostomia, é capaz de mantê-la. Sem acidentes.

COM AJUDA

5- Supervisão ou Preparo - requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação do equipamento necessário para manter um padrão satisfatório de defecação ou para manter um dispositivo de ostomia. Pode haver acidentes ocasionais, porém menos de uma vez por mês.

4 - Assistência com Contato Mínimo - requer assistência com contato mínimo para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens ou algum dispositivo externo. A pessoa executa 75% ou mais das tarefas. Poderá ter acidentes, mas menos de uma vez por semana.

3 - Assistência Moderada - requer assistência moderada para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens ou algum dispositivo externo. A pessoa executa 50 a 74% das tarefas. Pode haver acidentes ocasionais menos de uma vez por dia.

2 - Assistência Máxima - apesar da assistência, a pessoa se suja quase que diariamente requerendo o uso de absorventes havendo ou não dispositivo de ostomia. A pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1 - Assistência Total - apesar da assistência, a pessoa suja-se quase que diariamente, requerendo o uso de absorventes, havendo ou não dispositivo de ostomia. A pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: o objetivo funcional do controle do intestino é a abertura do esfíncter anal apenas quando necessário e o seu fechamento no restante do tempo. Isto pode exigir dispositivos, drogas ou apoio em alguns indivíduos. Este item, portanto, envolve duas variáveis: 1) nível de assistência requerida e 2) nível de sucesso no controle do intestino. Habitualmente uma tarefa acompanha a outra. Por exemplo, quando ocorrem mais acidentes, maior será a assistência. No entanto, se os dois não forem exatamente os mesmos, registre sempre o nível inferior.

1- **TRANSFERÊNCIAS:** LEITO, CADEIRA, CADEIRA DE RODAS - envolve todas as aspectos de transferência de e para a cama, cadeira e cadeira de rodas, assim como ficar em pé se a marcha for o modo de locomoção usual da pessoa. Desempenho seguro.

SEM AJUDA

7- **Independência Completa** - Caso ande, a pessoa se aproxima, senta-se, levanta-se de uma cadeira normal e fica numa posição ereta; transfere-se da cama para a cadeira. Executa com segurança. Caso esteja numa cadeira de rodas, a pessoa se aproxima da cama ou da cadeira, aciona o freio, ajusta os pedais e remove o apoio dos braços caso necessário; transfere-se (ficando em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança.

6- **Independência Modificada** - requer dispositivos de ajuda ou adaptação (prótese ou órtese) tais como equipamentos móveis ou de elevação, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas. Leva um tempo acima do razoável ou existem riscos de segurança. Neste caso, uma prótese ou órtese se considera como dispositivo de apoio se for utilizada para a transferência.

COM AJUDA

5- **Supervisão ou Preparação** - requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando os equipamentos móveis, ajustando os pedais, etc).

4- **Assistência com Contato Mínimo** - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- **Assistência Moderada** - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- **Assistência Máxima** - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- **Assistência Total** - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

Comentário: ao transferir-se da cama para a cadeira a pessoa inicia e termina em posição de supinação.

J- **TRANSFERÊNCIAS:** VASO SANITÁRIO - sentar-se e levantar-se do vaso sanitário. Desempenho seguro

SEM AJUDA

7- **Independência Completa** - Se a pessoa ande, ela se aproxima, senta-se, levanta-se de um vaso padrão. Executa com segurança. Caso a pessoa esteja numa cadeira de rodas, ela se aproxima do vaso, aciona o freio, ajusta os pedais e remove os suportes para o braço se for necessário, transfere-se (ficando em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança.

6- **Independência Modificada** - requer dispositivos de ajuda ou adaptação (prótese ou órtese) tais como equipamentos móveis, de elevação, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas. Leva um tempo acima do razoável ou existe risco de segurança. Neste caso, uma prótese ou órtese se considera como dispositivo de apoio se for utilizada para a transferência.

COM AJUDA

5- **Supervisão ou Preparação** - requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando os equipamentos móveis, ajustando os pedais, etc).

4- **Assistência com Contato Mínimo** - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- **Assistência Moderada** - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- **Assistência Máxima** - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- **Assistência Total** - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

K - TRANSFERÊNCIAS; BANHEIRA OU CHUVEIROS - entrar e sair de uma banheira ou de um boxe.

SEM AJUDA

7- Independência Completa - Se a pessoa anda, ela se aproxima, entra e sai da banheira ou do boxe. Executa com segurança. Se a pessoa está na cadeira de rodas, ela se aproxima da banheira ou do boxe, aciona a freio, ajusta os pedais e remove os suportes para o braço se for necessário, transfere-se (ficando em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança.

6- Independência Modificada - requer dispositivos de ajuda ou adaptação (prótese ou órtese) tais como equipamento móvel ou de elevação, barra de apoio ou banco especial. Leva mais tempo do que o razoável ou há riscos de segurança.

COM AJUDA

5- Supervisão ou Preparação - requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando o equipamento, ajustando os pedais, etc).

4- Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais das tarefas.

3- Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.

2- Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.

1- Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

L- LOCOMOÇÃO - andar (stando de pé) ou usar cadeira de rodas (stando sentado) numa superfície plana. Se a pessoa usa os dois modos de locomoção com a mesma frequência, indique "ambos".

SEM AJUDA

7- Independência Completa - Andar pelo menos 50 metros sem dispositivos auxiliares. Não usa cadeira de rodas. Executa com segurança.

6- Independência Modificada - Andar pelo menos 50 metros, mas usa um apoio (órtese) ou prótese em membro inferior, sapatos especiais, bengala, muletas ou andadores. Leva um tempo acima do razoável ou há riscos de segurança.

5- A pessoa não anda. opera cadeira de rodas manual ou motorizada independentemente por um mínimo de 50 metros; dá voltas; manobra a cadeira até à mesa, cama ou toalete; consegue manobrar a cadeira em espaços apertados.

5- Execução (Deambulação Doméstica) - anda apenas pequenas distâncias (mínimo de 17 metros) com ou sem dispositivo. Pode levar um tempo acima do razoável ou há riscos de segurança. Ou conduz independentemente uma cadeira de rodas manual ou elétrica apenas por curtas distâncias (mínimo de 17 metros).

COM AJUDA

5- Supervisão - se a pessoa anda, requer alguém ao lado, sugerindo ou incentivando para andar um mínimo de 50 metros. Se a pessoa não anda, requer alguém ao lado, sugerindo ou incentivando para conduzir a cadeira de rodas por pelo menos 50 metros.

4- Assistência com Contato Mínimo - quando é preciso apenas tocar o paciente em auxílio para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.

3- Assistência Moderada - a pessoa executa 50 a 74% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.

2- Assistência Máxima - a pessoa executa 25 a 49% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 15 metros. Requer a assistência de uma pessoa.

1- Assistência Total - a pessoa executa menos de 25% do esforço, ou requer assistência de duas pessoas ou não anda o mínimo de 17 metros.

Comentário: se a pessoa exige um dispositivo de apoio para a marcha: cadeira de rodas, prótese, andador, muleta, sapato adaptado, etc., o escane ANDAR / CADEIRA DE RODAS nunca pode ser superior ao nível 6. O modo de locomoção (ANDAR / CADEIRA DE RODAS) deve ser o mesmo da admissão para a alta (usualmente de cadeira de rodas para marcha), reclassifique o modo de locomoção na admissão de acordo com a -7- mais frequente de locomoção na alta.

M- LOCOMOÇÃO: ESCADAS - subir e descer um lance de escadas (12 a 14 degraus) em casa ou no hospital. Desempenha segura.

SEM AJUDA

7- **Independência Completa** - sabe e desce pelo menos um lance de escadas sem auxílio ou apoio. Executa com segurança.

6- **Independência Modificada** - sabe e desce pelo menos um lance de escadas requerendo auxílio ou algum outro tipo de apoio. Leva um tempo acima do razoável ou há risco de segurança.

5- **Exceção (Deambulação Doméstica)** - sabe e desce 4 a 6 degraus independentemente, com ou sem dispositivo auxiliar. Pode levar um tempo acima do razoável ou há risco de segurança.

COM AJUDA

5- **Supervisão** - requer alguém ao lado, sugerindo ou incentivando para subir e descer um lance de escadas.

4- **Assistência com Contato Mínimo** - quando é preciso apenas tocar o paciente para a realização das tarefas, o paciente executa 75% ou mais do esforço para subir e descer um lance de escadas.

3- **Assistência Moderada** - a pessoa executa 50 a 74% do esforço para subir e descer um lance de escadas.

2- **Assistência Máxima** - a pessoa executa 25 a 49% do esforço para subir e descer 4 a 6 degraus. Requer assistência de uma só pessoa.

1- **Assistência Total** - a pessoa executa menos de 25% do esforço, ou requer assistência de duas pessoas ou não sabe e desce 4 a 6 degraus e é corrigida.

N- COMPREENSÃO - entender uma comunicação sonora ou visual (por exemplo, escrita, sinais, gestos). Avaliar e conferir o modo mais frequente de compreensão (Auditório ou Visual). Se ambos são usados igualmente, marcar "Ambos".

SEM AJUDA

7- **Independência Completa** - entende instruções e conversação complexas ou abstratas: entende sua língua materna, fala e escrita.

6- **Independência Modificada** - entende instruções e conversação complexas ou abstratas na maior parte das vezes, ou com pequena dificuldade. Não necessita de facilidades. Pode requerer ajuda auditiva, visual, ou outro dispositivo auxiliar ou necessita de um tempo suplementar para entender a informação.

COM AJUDA

5- **Facilitação Potencial** - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas em mais de 90% do tempo. Requer facilidades (falar mais lentamente, repetir, realçar palavras, frases e pausas, sugerir por gestos ou visualmente) menos de 10% do tempo de comunicação.

4- **Facilitação Mínima** - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas entre 75 a 90% do tempo. Requer facilidades entre 10 e 25% do tempo de comunicação.

3- **Facilitação Moderada** - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas entre 50 a 74% do tempo. Requer facilidades entre 25 a 50% do tempo de comunicação.

2- **Facilitação Máxima** - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas entre 25 a 49% do tempo. Pode entender apenas perguntas ou afirmações simples. Requer facilidades em mais da metade do tempo de comunicação.

1- **Assistência Total** - entende orientações e conversação sobre necessidades cotidianas básicas em menos de 25% do tempo de comunicação, ou não entende perguntas e afirmações simples ou, não responde de forma apropriada ou consistente.

Comentário:

A compreensão de informação complexa ou abstrata abrange: conversação de grupo, assuntos atuais tratados nas televisões e nos jornais, informação abstrata como religião, humor, matemática ou finanças usadas na vida cotidiana.

Informação sobre necessidades cotidianas básicas diz respeito à conversação, orientações, perguntas ou afirmações ligadas às necessidades da pessoa em nutrição, líquidos, evacuação, higiene, sono (necessidades fisiológicas).

Facilitação: falar mais lentamente, repetir, realçar palavras, frases e pausas, sugerir por gestos ou visualmente.

O - EXPRESSÃO - *expressar linguagem com clareza por via oral ou não. Abrange a fala inteligível ou a expressão clara da linguagem através da escrita ou de um dispositivo de comunicação. Verifique e avalie o modo de expressão mais usada (Vocal ou Não Vocal). Se ambas forem usadas com a mesma frequência, marque "ambas".*

SEM AJUDA

7- Independência Completa - *expressar idéias complexas ou abstratas com clareza e fluência.*

6- Independência Modificada - *expressar idéias complexas ou abstratas na maior parte das ocasiões ou com pequena dificuldade. Não necessita das facilidades. Pode necessitar de um dispositivo de ampliação sonora.*

COM AJUDA

5- Facilidade Potencial - *expressa idéias e necessidades cotidianas básicas em mais de 90% do tempo. Em menos de 10% do tempo requer facilidades (por exemplo, repetição frequente) para ser entendido.*

4- Facilidade Mínima - *expressa idéias e necessidades cotidianas básicas em 75 a 90% do tempo. Requer facilidades entre 10 e 25% do tempo de expressão.*

3- Facilidade Moderada - *expressa idéias e necessidades cotidianas básicas em 50 a 74% do tempo. Requer facilidades entre 25 e 50% do tempo de expressão.*

2- Facilidade Máxima - *expressa idéias e necessidades cotidianas básicas em 25 a 49% do tempo. Pode usar apenas gestos e palavras simples. Necessita de facilidades em mais da metade do tempo de expressão.*

1- Assistência Total - *expressa idéias e necessidades cotidianas básicas em menos de 25% do tempo ou, apesar das facilidades, não expressa as necessidades básicas de forma apropriada ou consistente.*

Comentário:

Idéias complexas ou abstratas abrangem: discussão sobre assuntos atuais, religião ou relações com outras pessoas.

Expressar idéias e necessidades básicas refere-se à habilidade da pessoa em comunicar suas necessidades diárias tais como nutrição, líquidos, evacuação, higiene e sono (necessidades fisiológicas).

Facilidade: por exemplo, repetição frequente para ser entendido.

P - INTERAÇÃO SOCIAL - *relacionar-se e participar com outros em situações sociais e terapêuticas. Refere-se à capacidade da pessoa em lidar com suas próprias necessidades em conjunto com as necessidades dos outros.*

SEM AJUDA

7- Independência Completa - *interage adequadamente com o pessoal do hospital, outros pacientes e familiares. Por exemplo: controla seu temperamento, aceita críticas, tem consciência de que as palavras e ações têm impacto sobre os outros. A pessoa não precisa de medicamentos para se controlar.*

6- Independência Modificada - *interage adequadamente com o pessoal do hospital, outros pacientes e familiares na maior parte das ocasiões e apenas perde controle ocasionalmente. Não requer supervisão. Pode precisar de um tempo acima da razão, vel para se ajustar nas situações sociais ou pode necessitar de medicamento para controle.*

COM AJUDA

5- Supervisão - *requer supervisão (acompanhamento, controle verbal, sugestão, incentivo) apenas em situações incomuns ou sob tensão, mas não mais que 10% do tempo. Pode precisar de incentivo para começar a participar.*

4- Orientação Mínima - *o paciente interage adequadamente 75 a 90% do tempo, ou seja, apresenta comportamento socialmente inadequado entre 10 e 25% do tempo, necessitando de orientação mínima.*

3- Orientação Moderada - *a pessoa interage adequadamente 50 a 74% do tempo, ou seja, apresenta comportamento socialmente inadequado entre 25 e 50% do tempo, necessitando de orientação moderada.*

2- Orientação Máxima - *a pessoa interage adequadamente 25 a 49% do tempo. Pode necessitar de restrições devido a comportamentos socialmente inadequados.*

1- Assistência Total - *não interage adequadamente ou a faz menos de 25% do tempo. Necessita de restrições devido a comportamentos socialmente inadequados.*

Comentário:

Exemplos de comportamento socialmente inadequado: acessos de raiva, ou na altura da voz, risco ou choro; linguagem suja ou abusiva, agressões físicas, comportamento retratado ou não interativo.

Q - RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS - resolver problemas da vida diária. Tomar decisões razoáveis, seguras e em tempo sobre assuntos financeiros, sociais e pessoais, iniciar atividades, obedecendo a uma sequência e aplicando-se correções, para solucionar os problemas.

SEM AJUDA

7 - **Independência Completa** - reconhece consistentemente um problema, toma decisões apropriadas, dá início a uma sequência de etapas para resolver problemas complexos até concluir o trabalho, aplicando correções quando comete erros.

6 - **Independência Modificada** - reconhece um problema, toma decisões apropriadas, na maioria das vezes dá início a uma sequência de etapas para resolver problemas complexos, ou com pequena dificuldade ou levando um tempo acima do razoável para tomar decisões sobre ou resolver problemas complexos.

COM AJUDA

5 - **Supervisão** - requer supervisão (sugerindo ou incentivando) em até 10% do tempo para resolver problemas de rotina sob condições incomuns ou sob tensão.

4 - **Orientação Mínima** - a pessoa resolve problemas de rotina em 75 a 90% do tempo.

3 - **Orientação Moderada** - a pessoa resolve problemas de rotina em 50 a 74% do tempo.

2 - **Orientação Máxima** - a pessoa resolve problemas de rotina em 25 a 49% do tempo. Em mais da metade do tempo necessita orientação para dar início, planejar ou concluir atividades diárias elementares. Podem ser necessárias restrições para haver segurança.

1 - **Assistência Total** - a pessoa resolve problemas de rotina em menos de 25% do tempo. Necessita de orientação quase todo o tempo ou não resolve efetivamente os problemas. Pode necessitar constantemente de orientação para completar, uma a uma, as atividades diárias elementares. Podem ser necessárias restrições para haver segurança.

Comentário:

Exemplo de problemas

- **Complexos:** gerir uma conta bancária, participar no planejamento de alta, administrar medicação a si próprio, confrontar problemas interpessoais e decidir sobre emprego.

- **De rotina:** concluir, com sucesso, tarefas diárias e lidar com as questões não planejadas ou ocasionais que surgem nas atividades do dia-a-dia. Exemplo mais específicos de problemas de rotina incluem o pedido de assistência quando a pessoa necessita de se transferir, pedir um novo pacote de leite se o leite em uso estragou ou acabou, desabotoar uma camisa antes colocá-la e pedir utensílios em falta na mesa para alimentar-se.

R - MEMÓRIA - capacidade de reconhecer e lembrar-se enquanto desenvolve atividades cotidianas num contexto institucional ou comunitário. Inclui a capacidade de guardar e recuperar informação, em particular, a informação verbal e visual. A evidência funcional na memória inclui a reconhecimento de pessoas que se encontram com frequência, a memorização das rotinas diárias e a execução de tarefas sem alguém ter que as recordar. Um défice de memória prejudica a aprendizagem bem como o desempenho das tarefas.

SEM AJUDA

7 - **Independência Completa** - reconhece as pessoas que vê com frequência e lembra-se das rotinas diárias; executa tarefas sem necessidade de repetição por outras pessoas.

6 - **Independência Modificada** - A pessoa parece ter apenas uma ligeira dificuldade em reconhecer as pessoas que encontra frequentemente, lembrando-se das rotinas diárias, e respondendo a pedidos de outros. Pode usar indicações, lembretes ou ajudas de sua iniciativa ou do ambiente.

COM AJUDA

5 - **Supervisão** - necessita de facilitações (sugestões, repetições, lembranças) apenas sob condições pouco habituais ou de tensão, porém não mais que em 10% do tempo.

4 - **Facilitação Mínima** - a pessoa reconhece e lembra-se em 75 a 90% do tempo.

3 - **Facilitação Moderada** - a pessoa reconhece e lembra-se em 50 a 74% do tempo.

2 - **Facilitação Máxima** - a pessoa reconhece e lembra-se em 25 a 49% do tempo. Necessita de estímulo na maior parte do tempo.

1 - **Assistência Total** - a pessoa não reconhece ou não se lembra ou o faz em menos de 25% do tempo.

APÊNDICE
CÓDIGOS AGRUPADOS DE INCAPACIDADE

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL	
01.1	Envolvimento da parte esquerda do corpo (Cérebro Direito)
01.2	Envolvimento da parte direita do corpo (Cérebro Esquerdo)
01.3	Envolvimento bilateral
01.4	Sem paresia
01.9	Outras derrames
DISFUNÇÃO CEREBRAL	
02.1	Não-traumática
02.2	Traumática, não especificada
02.21	Lesão aberta
02.22	Lesão fechada
02.9	Outras disfunções cerebrais
CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS	
03.1	Esclerose múltipla
03.2	Parkinson
03.3	Polineuropatia
03.4	Guillain-Barré
03.5	Paralisia Cerebral
03.9	Outras neurológicas
LESÃO MEDULAR	
04.1	Lesão Medular não traumática
04.110	Paraplegia não especificada
04.111	Paraplegia incompleta
04.112	Paraplegia completa
04.120	Tetraplegia não especificada
04.1211	Tetraplegia incompleta C1-4
04.1212	Tetraplegia incompleta C5-8
04.1221	Tetraplegia completa C1-4
04.1222	Tetraplegia completa C5-8
04.130	Outras Lesões Medulares não traumáticas
04.2	Lesão medular traumática
04.210	Paraplegia não especificada
04.211	Paraplegia incompleta
04.212	Paraplegia completa
04.220	Tetraplegia não especificada
04.2211	Tetraplegia incompleta C1-4
04.2212	Tetraplegia incompleta C5-8
04.2221	Tetraplegia completa C1-4
04.2222	Tetraplegia completa C5-8
04.230	Outras Lesões Medulares traumáticas

05.1	AMPUTAÇÃO DE MEMBRO	13	OUTRAS DEFICIÊNCIAS INCAPACITANTES
05.2	Extremidade Superior acima do cotovelo		Outras deficiências incapacitantes
05.3	Extremidade Superior abaixo do cotovelo		
05.4	Extremidade Inferior acima do joelho	14.1	GRANDE TRAUMA MÚLTIPLO
05.5	Extremidade Inferior abaixo do joelho	14.2	Lesão Cerebral + Lesão Medular
05.6	Os dois membros inferiores acima do joelho	14.3	Lesão Cerebral + Múltiplas fraturas/ amputação
05.7	Os dois membros inferiores acima/ abaixo do joelho	14.9	Outros traumas múltiplos
05.9	Outra amputação		
06.1	ARTRITE	15	DEFICIÊNCIAS DE DESENVOLVIMENTO
06.2	Artrite reumática		Deficiências de Desenvolvimento
06.9	Osteoartrite		
	Outras artrites	16	DEBILIDADE
07.1	SÍNDROME DA DOR		Debilitade
07.2	Dor na nuca		Inclui apenas pessoas que estão debilitadas por razões que não sejam car- díacas(09) ou pulmonares (10)
07.3	Dor na coluna		
07.4	Dor nas extremidades		
	Outra dor		
08.1	CONDIÇÕES ORTOPÉDICAS		
08.2	Situação após fratura de quadril		
08.3	Situação após fratura de fêmur		
08.4	Situação após fratura de pelve		
08.5	Situação após fraturas múltiplas		
08.6	Situação após recolocação de quadril		
08.9	Situação após recolocação de joelho		
	Outras ortopédicas		
09	CARDÍACA		
	Cardíaca		
10.1	PULMONAR		
10.9	Doença crônica pulmonar obstrutiva		
	Outras pulmonares		
11	QUEIMADURAS		
	Queimaduras		
12.1	MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS		
12.9	Espinha bifida		
	Outras congênitas		

Estágios de Brunnstrom para a Recuperação Motora no AVC

1 (PRIMEIRO):

Geral: Nenhuma atividade no membro.

Ombro e cotovelo: sem movimentação ativa, flácido.

Mão e punho: flacidez

Tronco e mmii: flacidez

2 (SEGUNDO):

Geral: aparece a espasticidade e as sinergias básicas flexora e extensora estão presentes.

Ombro e cotovelo: sin ergias com movimentos voluntários fracos (dentro do padrão adução de ombro e flexão)

Mão e punho: pequena ou nenhuma flexão dos dedos.

Tronco e mmii: movimentos voluntários mínimos.

3 (TERCEIRO):

Geral: A espasticidade é proeminente, ação muscular voluntária do membro, dentro de padrões sinérgicos

Ombro e cotovelo: Sinergias que possibilitam movimentação, aumento da espasticidade com sinergia extensora, leva mão no joelho oposto

Mão e punho: Hook-grasp (preensão em gancho) sem liberação

Tronco e mmii: tríple flexão (sentado e de pé). Apto para marcha.

4 (QUARTO):

Geral: o paciente começa a ativar músculos seletivamente, fora das sinergias flexora e extensora

Ombro e cotovelo: diminuição da espasticidade, consegue levar mão atrás do corpo (região lombar), pronosupinação com cotovelo a 90°, flexão do braço até a linha horizontal com cotovelo estendido

Mão e punho: preensão lateral com liberação por movimentação do polegar e extensão dos dedos incompleta

Tronco e mmii: Sentado, flexão de joelho além de 90° com pé pendente, dorsiflexão com calcanhar no chão

5 (QUINTO):

Geral: a espasticidade diminui, a maior parte da ação muscular é seletiva e independente de sinergias

Ombro e cotovelo: abdução do braço a 90° com supinação, flexão além de 90° com cotovelo estendido, pronosupinação com cotovelo estendido

Mão e punho: preensão palmar com oponência do polegar, cilíndrica, esférica, mal realizada

Tronco e mmii: de pé, flexão de joelho com coxofemural estendida, dorsiflexão do calcanhar com joelho estendido

6 (SEXTO):

Geral: são realizados movimentos isolados de forma suave, fásica e bem coordenada

Ombro e cotovelo: movimentos isolados com boa coordenação, testar velocidade

Mão e punho: controle das preensões e dedos, testar velocidade.

Tronco e mmii: de pé, abdução da perna além de 30° com tronco reto

Fatores de previsão de maus resultados em AVDs:

- Idade avançada
- Co-morbidades (IAM, DM)
- Gravidade do AVC
- Equilíbrio sentado ruim
- Déficits visuais
- Alterações mentais
- MIF com pontuações inicialmente baixas
- Tempo de intervalo do icto ao início da reabilitação muito longo

ESCALA DE RAPPAPORT PARA TCE

Abertura dos Olhos		Melhor Resposta Verbal		Melhor Resposta Motora	
Espontânea – 0		Orientado – 0		Obedece – 0	
Com a fala – 1		Confuso – 1		Localiza – 1	
Com a dor – 2		Inapropriado – 2		Retrai-se – 2	
Nenhuma – 3		Incompreensível - 3		Flexiona – 3	
		Nenhuma - 4		Estende – 4	
				Nenhuma – 5	
Alimentação		Toalete		Higiene	
Complexa – 0		Complexa – 0		Complexa – 0	
Parcial – 1		Parcial – 1		Parcial – 1	
Mínima – 2		Mínima – 2		Mínima – 2	
Nenhuma – 3		Nenhuma – 3		Nenhuma – 3	
Nível de Funcionamento					
Completamente independente - 0					
Independente em um ambiente especial - 1					
Levemente dependente /requer assistência limitada (ajudante no domicílio) – 2					
Moderadamente dependente /requer assistência moderada (pessoa em casa) – 3					
Acentuadamente dependente (requer assistência para todas as principais atividades, todas as vezes) – 4					
Totalmente dependente (necessária assistência de enfermagem 24 horas por dia) - 5					
Empregabilidade		TOTAL DE PONTOS - incapacidade			
Sem restrições – 0		Nenhuma: 0		Grave 12-16	
Profissões selecionadas – 1		Leve: 1		Extremamente grave 17-21	
Emprego protegido – 2		Parcial: 2-3		Estado vegetativo 22-24	
Não empregável – 3		Moderada: 4-6		Estado Vegetativo extremo: 25-29	
		Moderadamente grave: 7-11			

Tabela 24-3 ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE INCAPACIDADE

Categoria				Item			
Despertabilidade, percepção e responsividade				Abertura dos olhos ¹			
Habilidade cognitiva para cuidados pessoais				Verbalização ²			
				Resposta motora ³			
				Alimentação ⁴			
				Toalete ⁴			
Dependência de outros				Higiene ⁴			
Adaptabilidade psicossocial				Nível de funcionamento ⁵			
				"Empregabilidade" ⁶			
⁴Habilidade cognitiva para os cuidados pessoais (O paciente sabe como e quando? Ignore a incapacidade motora.)							
¹Abertura dos Olhos		²Melhor Resposta Verbal		³Melhor Resposta Motora			
Espontânea	0	Orientado	0	Obedece	0	Complexa	0
Com a fala	1	Confuso	1	Localiza	1	Parcial	1
Com a dor	2	Inapropriado	2	Retrai-se	2	Mínima	2
Nenhuma	3	Incompreensível	3	Flexiona	3	Nenhuma	3
		Nenhuma	4	Estende	4		
				Nenhuma	5		
						Categorias de Incapacidade	
⁵Nível de Funcionamento		⁶"Empregabilidade"		Pontuação Total da Escala		Nível de Incapacidade	
Completamente independente	0	Sem restrições	0	0		Nenhuma	
Independente em um ambiente especial	1	Profissões selecionadas	1	1		Leve	
Levemente dependente ^b	2	Emprego protegido	2	2-3		Parcial	
Moderadamente dependente ^c	3	Não empregável	3	4-6		Moderada	
Acentuadamente dependente ^d	4			7-11		Moderadamente grave	
Totalmente dependente ^e	5			12-16		Grave	
				17-21		Extremamente grave	
				22-24		Estado vegetativo	
				25-29		Estado vegetativo extremo	
				30		Morte	

Formulário condensado. De Rappaport¹⁰, p. 119, com permissão.

^b Requer assistência limitada (ajudante no domicílio do paciente).

^c Requer assistência moderada (pessoa em casa).

^d Requer assistência para todas as principais atividades, todas as vezes.

^e Necessária assistência de enfermagem 24 horas por dia.

Escala de Estado de Deficiência Expandida (EEDe) de Kurtzke

TABELA 50-1. Escala de Estado de Deficiência Expandida (EEDe) de Kurtzke

0	= Exame neurológico normal (todos os Sistemas Funcionais [SF] grau 0; aceitável cerebral grau 1).
1.0	= Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em um SF (tal como grau 1, excluindo cerebral grau 1).
1.5	= Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em mais de um SF (mais de um grau 1, excluindo cerebral grau 1).
2.0	= Incapacidade mínima em um SF (um SF grau 2, outros 0 ou 1).
2.5	= Incapacidade mínima em dois SF (dois SF grau 2, outros 0 ou 1).
3.0	= Incapacidade moderada em um SF (um SF grau 3, outros 0 ou 1), ou incapacidade leve em três ou quatro SF (três/quatro SF grau 2, outros 0 ou 1), apesar de deambulação total.
3.5	= Deambulação completa, mas com incapacidade moderada em um SF (um grau 3) e um ou dois SF grau 2; ou dois SF grau 3; ou cinco SF grau 2 (outros 0 ou 1).
4.0	= Deambulação completa sem ajuda, auto-suficiente, em torno de 12 horas por dia, apesar de incapacidade relativamente severa, consistindo em um SF grau 4 (outros 0 ou 1) ou combinações de graus mais baixos, excedendo limites de passos anteriores. Capaz de andar cerca de 500 m sem ajuda ou descanso.
4.5	= Deambulação completa sem ajuda, de pé a maior parte do dia, capaz de trabalhar um expediente completo, pode em contrapartida apresentar alguma limitação ou requerer assistência mínima para atividade total; caracterizado por incapacidade relativamente severa, em geral consistindo em um SF grau 4 (outros 0 ou 1) ou combinações de graus mais baixos, excedendo limites de passos anteriores. Capaz de andar cerca de 300 m sem ajuda ou descanso.
5.0	= Deambulação sem ajuda ou descanso por cerca de 200 m; incapacidade severa o suficiente para debilitar as atividades do dia (por ex.: trabalhar todo o expediente sem condições especiais). Geralmente SF equivalentes são um grau 5 sozinho, outros 0 ou 1; ou combinações de graus inferiores, normalmente excedendo especificações para o passo 4.0.
5.5	= Deambulação sem ajuda ou descanso por cerca de 100 m; incapacidade severa o suficiente para impedir as atividades diárias. Geralmente SF equivalentes são um grau 5 sozinho, outros 0 ou 1; ou combinações de graus inferiores, normalmente excedendo aquelas para o passo 4.0.
6.0	= Assistência intermitente ou unilateral constante (bengala, muleta ou tutor) requerida para andar cerca de 100 m, com ou sem descanso. Geralmente SF equivalentes são combinações com mais de dois SF grau 3 +.
6.5	= Assistência bilateral constante (bengalas, muletas ou tutores) necessária para caminhar cerca de 20 m sem descanso. Geralmente SF equivalentes são combinações com mais de dois SF grau 3 +.
7.0	= Incapaz de caminhar além de 5 m, mesmo com auxílio, essencialmente restrito à cadeira de rodas; toca sua própria cadeira-padrão e transfere-se sozinho, permanecendo nela cerca de 12 horas por dia. Geralmente SF equivalentes são combinações com mais de um SF grau 4 +; muito raramente, piramidal grau 5 sozinho.
7.5	= Incapaz de dar mais do que alguns passos; restrito à cadeira de rodas; pode precisar de auxílio para se transferir; toca sua cadeira mas não é capaz de fazê-lo durante o dia todo em cadeira-padrão; necessita de cadeira motorizada. Geralmente SF equivalentes são combinações com mais de um SF grau 4 +.
8.0	= Restrito essencialmente a cama ou cadeira ou se locomove em cadeira de rodas, mas permanece fora da cama por si só a maior parte do dia; mantém várias funções de cuidados pessoais; a maioria tem uso efetivo dos membros superiores. Geralmente SF equivalentes são combinações, em geral grau 4 + em vários sistemas.
8.5	= Restrito essencialmente ao leito a maior parte do dia; tem algum uso efetivo dos membros superiores; mantém algumas funções de cuidados pessoais. Geralmente SF equivalentes são combinações, em geral 4 + em vários sistemas.
9.0	= Paciente acamado e incapacitado; pode comunicar-se e comer. Geralmente SF equivalentes são combinações, na maioria grau 4 +.
9.5	= Paciente acamado e totalmente dependente; incapaz de se comunicar efetivamente ou comer/engolir. Geralmente SF equivalentes são combinações, quase todos grau 4 +.
10	= Morte causada por EM.

Sistemas Funcionais de Kurtzke

Funções piramidais

0. Normal

1. Sinais anormais sem incapacidade

2. Incapacidade mínima

3. Paraparesia ou hemiparesia leve ou moderada; monoparesia severa

4. Paraparesia ou hemiparesia grave; tetraparesia moderada; ou monoplegia

- 5. Paraplegia, hemiplegia ou tetraparesia grave
- 6. Tetraplegia
- V.Desconhecida

Funções cerebelares

- 0. Normal
- 1. Sinais anormais sem incapacidade
- 2. Ataxia leve
- 3. Ataxia moderada de tronco ou membro
- 4. Ataxia severa de todos os membros
- 5. Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia
- V. Desconhecida
- X. É usado em toda avaliação, após cada número, quando a fraqueza (grau 3 ou mais no piramidal) interfere na avaliação

Funções do tronco cerebral

- 0. Normal
- 1. Somente sinais
- 2. Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve
- 3. Nistagmo severo, fraqueza extraocular significativa ou incapacidade moderada de outros nervos cranianos
- 4. Disartria ou outra incapacidade significativa
- 5. Impossibilidade de falar ou deglutir
- V. Desconhecida

Funções sensoriais

- 0. Normal
- 1.Vibração ou simplesmente diminuição da caligrafia, em ambos ou em um só membro
- 2. Leve diminuição no tato ou dor ou senso de posição e/ou diminuição moderada da vibração em um ou nos dois membros; ou diminuição vibratória em três ou quatro membros
- 3. Diminuição moderada do tato ou dor ou senso de posição, e/ou perda da vibração essencialmente em um dois membros; ou leve diminuição do tato ou dor e/ou diminuição moderada em todos os testes proprioceptivos em três ou quatro membros
- 4. Diminuição significativa do tato ou dor ou perda da propriocepção, sozinha ou combinada, em um ou dois membros; ou diminuição moderada do tato ou dor e/ou diminuição severa da propriocepção em mais de dois membros

5. Perda da sensação (essencialmente) em um ou dois membros; ou diminuição moderada do tato ou dor e/ou perda proprioceptiva da maior parte do corpo abaixo da cabeça.

6-Sensação perdida essencialmente abaixo da cabeça.

V- Desconhecida

Funções vesicais e intestinais

0-Normal

1-Hesitação, urgência ou retenção urinaria leve

2-Hesitação, urgência ou retenção vesical ou intestinal moderada, ou rara

3- Incontinência vesical freqüente

4- Necessita de cateterização quase constante

5- Perda da função vesical

6- Perda das funções vesical e intestinal

V- Desconhecida

Funções visuais (ou ópticas)

0- Normal

1- Escotoma com acuidade visual (corrigida), melhor do que 20/30

2- Pior olho com escotoma com acuidade visual máxima (corrigida) de 20/30 e 20/59

3- Pior olho com grande escotoma com acuidade visual máxima (corrigida) por 20/60 a 20/99.

4- Pior olho com diminuição significativa dos campos e máxima acuidade visual (corrigida) de 20/100 a 20/200; grau 3 mais acuidade máxima do olho melhor de 20/60 ou menor.

5- Pior olho com acuidade visual máxima (corrigida) menor do que 20/200; grau 4 mais acuidade máxima do olho melhor de 20/60 ou menor.

6- Grau 5 mais acuidade visual do melhor olho de 20/60 ou menor.

V- Desconhecida

X- Adicionado aos graus 0 a 6 na presença de palidez temporal.

Funções cerebrais (ou mentais)

Normal

0- Somente alterações de humor (não afeta o escore da EDSS)

1- Diminuição leve da atividade mental

2- Diminuição moderada da atividade mental

3- Diminuição significativa da atividade mental (síndrome cerebral crônica moderada)

4- Demência ou síndrome cerebral crônica- severa ou incompetente

V- Desconhecida

Outras funções

0- Nenhuma

1- Qualquer outro achado neurológico atribuído à EM (especificamente)

V- Desconhecida

Hoehn and Yahr Staging of Parkinson's Disease, Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS), and Schwab and England Activities of Daily Living

Disclaimer: The information and reference materials contained herein are intended solely to provide background information. They were written for an audience of physicians. They are in no way intended to constitute medical advice. For medical advice a physician must, of course, be consulted.

Hoehn and Yahr Staging of Parkinson's Disease

1. Stage One
 1. Signs and symptoms on one side only
 2. Symptoms mild
 3. Symptoms inconvenient but not disabling
 4. Usually presents with tremor of one limb
 5. Friends have noticed changes in posture, locomotion and facial expression
2. Stage Two
 1. Symptoms are bilateral
 2. Minimal disability
 3. Posture and gait affected
3. Stage Three
 1. Significant slowing of body movements
 2. Early impairment of equilibrium on walking or standing
 3. Generalized dysfunction that is moderately severe
4. Stage Four
 1. Severe symptoms
 2. Can still walk to a limited extent
 3. Rigidity and bradykinesia
 4. No longer able to live alone
 5. Tremor may be less than earlier stages
5. Stage Five
 1. Cachectic stage
 2. Invalidism complete
 3. Cannot stand or walk
 4. Requires constant nursing care

This rating system has been largely supplanted by the Unified Parkinson's Disease Rating Scale, which is much more complicated.

Unified Parkinson Disease Rating Scale (UPDRS)

The UPDRS is a rating tool to follow the longitudinal course of Parkinson's Disease. It is made up of the 1) Mentation, Behavior, and Mood, 2) ADL and 3) Motor sections. These are evaluated by interview. Some sections require multiple grades assigned to each extremity. A total of 199 points are possible. 199 represents the worst (total disability), 0--no disability.

I. Mentation, Behavior, Mood

Intellectual Impairment

- 0-none
- 1-mild (consistent forgetfulness with partial recollection of events with no other difficulties)
- 2-moderate memory loss with disorientation and moderate difficulty handling complex problems
- 3-severe memory loss with disorientation to time and often place, severe impairment with problems
- 4-severe memory loss with orientation only to person, unable to make judgments or solve problems

Thought Disorder

- 0-none
- 1-vivid dreaming
- 2-"benign" hallucination with insight retained
- 3-occasional to frequent hallucination or delusions without insight, could interfere with daily activities
- 4-persistent hallucination, delusions, or florid psychosis.

Depression

- 0-not present
- 1-periods of sadness or guilt greater than normal, never sustained for more than a few days or a week
- 2-sustained depression for >1 week
- 3-vegetative symptoms (insomnia, anorexia, abulia, weight loss)
- 4-vegetative symptoms with suicidality

Motivation/Initiative

- 0-normal
- 1-less of assertive, more passive
- 2-loss of initiative or disinterest in elective activities
- 3-loss of initiative or disinterest in day to day (routine) activities
- 4-withdrawn, complete loss of motivation

II. Activities of Daily Living

Speech

- 0-normal

- 1-mildly affected, no difficulty being understood
- 2-moderately affected, may be asked to repeat
- 3-severely affected, frequently asked to repeat
- 4-unintelligible most of time

Salivation

- 0-normal
- 1-slight but noticeable increase, may have nighttime drooling
- 2-moderately excessive saliva, may have minimal drooling
- 3-marked drooling

Swallowing

- 0-normal
- 1-rare choking
- 2-occasional choking
- 3-requires soft food
- 4-requires NG tube or G-tube

Handwriting

- 0-normal
- 1-slightly small or slow
- 2-all words small but legible
- 3-severely affected, not all words legible
- 4-majority illegible

Cutting Food/Handling Utensils

- 0-normal
- 1-somewhat slow and clumsy but no help needed
- 2-can cut most foods, some help needed
- 3-food must be cut, but can feed self
- 4-needs to be fed

Dressing

- 0-normal
- 1-somewhat slow, no help needed
- 2-occasional help with buttons or arms in sleeves
- 3-considerable help required but can do something alone
- 4-helpless

Hygiene

- 0-normal
- 1-somewhat slow but no help needed
- 2-needs help with shower or bath or very slow in hygienic care
- 3-requires assistance for washing, brushing teeth, going to bathroom
- 4-helpless

Turning in Bed/ Adjusting Bed Clothes

- 0-normal
- 1-somewhat slow no help needed
- 2-can turn alone or adjust sheets but with great difficulty

- 3-san initiate but not turn or adjust alone
- 4-helpless

Falling-Unrelated to Freezing

- 0-none
- 1-rare falls
- 2-occasional, less than one per day
- 3-average of once per day
- 4->1 per day

Freezing When Walking

- 0-normal
- 1-rare, may have start hesitation
- 2-occasional falls from freezing
- 3-frequent freezing, occasional falls
- 4-frequent falls from freezing

Walking

- 0-normal
- 1-mild difficulty, day drag legs or decrease arm swing
- 2-moderate difficulty requires no assist
- 3-severe disturbance requires assistance
- 4-cannot walk at all even with assist

Tremor

- 0-absent
- 1-slight and infrequent, not bothersome to patient
- 2-moderate, bothersome to patient
- 3-severe, interfere with many activities
- 4-marked, interferes with many activities

Sensory Complaints Related to Parkinsonism

- 0-none
- 1-occasionally has numbness, tingling, and mild aching
- 2-frequent, but not distressing
- 3-frequent painful sensation
- 4-excruciating pain

III. Motor Exam

Speech

- 0-normal
- 1-slight loss of expression, diction, volume
- 2-monotone, slurred but understandable, mod. impaired
- 3-marked impairment, difficult to understand
- 4-unintelligible

Facial Expression

- 0-Normal
- 1-slight hypomymia, could be poker face

2-slight but definite abnormal diminution in expression
3-mod. hypomimia, lips parted some of time
4-masked or fixed face, lips parted 1/4 of inch or more with complete loss of expression

***Tremor at Rest**

Face

- 0-absent
- 1-slight and infrequent
- 2-mild and present most of time
- 3-moderate and present most of time
- 4-marked and present most of time

Right Upper Extremity (RUE)

- 0-absent
- 1-slight and infrequent
- 2-mild and present most of time
- 3-moderate and present most of time
- 4-marked and present most of time

LUE

- 0-absent
- 1-slight and infrequent
- 2-mild and present most of time
- 3-moderate and present most of time
- 4-marked and present most of time

RLE

- 0-absent
- 1-slight and infrequent
- 2-mild and present most of time
- 3-moderate and present most of time
- 4-marked and present most of time

LLE

- 0-absent
- 1-slight and infrequent
- 2-mild and present most of time
- 3-moderate and present most of time
- 4-marked and present most of time

***Action or Postural Tremor**

RUE

- 0-absent
- 1-slight, present with action
- 2-moderate, present with action
- 3-moderate present with action and posture holding
- 4-marked, interferes with feeding