



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE FISIOTERAPIA

RAQUEL FERREIRA SÁ

**COMPROMETIMENTO MOTOR E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL EM ATENDIMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

JOÃO PESSOA  
2018

RAQUEL FERREIRA SÁ

**COMPROMETIMENTO MOTOR E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL EM ATENDIMENTO  
FISIOTERAPÊUTICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia da UFPB como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Moema Teixeira Maia Lemos

Coorientadora: Ft<sup>ª</sup>. Ma. Cristina Marques de Almeida Holanda Diniz

JOÃO PESSOA  
2018

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

S111c sa, Raquel Ferreira.

COMPROMETIMENTO MOTOR E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL EM ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL / Raquel Ferreira sa. - João Pessoa, 2018.  
41 f. : il.

Orientação: Moema Teixeira Maia Lemos.

Coorientação: Cristina Marques Almeida de Holanda Diniz.

Monografia (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Adolescente. 2. Criança. 3. Destreza Motora. 4. Fisioterapia. 5. Paralisia Cerebral. I. Lemos, Moema Teixeira Maia. II. Diniz, Cristina Marques Almeida de Holanda. III. Título.

UFPB/BC

RAQUEL FERREIRA SÁ

**COMPROMETIMENTO MOTOR E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL EM ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia, como um dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal da Paraíba.

Aprovada em: 05 / 11 / 2018.

**BANCA EXAMINADORA**



Prof.<sup>a</sup> Ma. Moema Teixeira Maia Lemos

Presidente da Banca (Universidade Federal da Paraíba - CCS)



Ft. Ma. Cristina Marques Almeida de Holanda Diniz

Membro da Banca (Hospital Universitário Lauro Wanderley/EBSERH)



Prof.<sup>a</sup> Ma. Isolda Maria Barros Torquato

Membro da Banca (Universidade Federal da Paraíba - CCS)

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e a Nossa Senhora, que estão sempre a me acompanhar e a iluminar o meu caminho e escolhas. Por colocarem em minha vida pessoas maravilhosas que me compreendem e auxiliam nos momentos necessários, como minha família e amigos. Agradeço especialmente aos meus pais Maria Solange e Genival e a minha irmã Maria Clara, pelo companheirismo e preocupação com os meus estudos, bem como por sempre me motivarem e inspirarem dedicação mais profunda. Agradeço por torcerem pelas minhas conquistas e sonhos. Eu que através da profissão que escolhi, cuido das pessoas, encontro em vocês o cuidado de Deus comigo.

Aos professores que durante a graduação me mostraram a beleza da fisioterapia e enriqueceram minha formação com seus conhecimentos.

A minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Ma. Moema Teixeira Maia Lemos, pelo direcionamento e dedicação ofertadas com ternura, compreensão e por compartilhar seus conhecimentos com humildade. E a Ft. Ma. Cristina Marques de Almeida Holanda Diniz pelos conselhos e orientações sempre pertinentes, e por inspirar empatia e humanização.

Aos pacientes envolvidos neste estudo, tão pequenos e motivam de forma tão grandiosa o meu amor pela pediatria. Aos cuidadores que se disponibilizaram a participar do estudo.

A Prof<sup>a</sup>. Ma. Isolda Maria Barros Torquato envolvida na banca pela disponibilidade e interesse em contribuir com o trabalho.

## RESUMO

**Introdução:** A paralisia cerebral (PC) é uma doença caracterizada como uma condição neurológica não progressiva oriunda de lesão no cérebro imaturo, a qual pode gerar disfunções motoras, cognitivas, sensoriais, perceptivas, de comunicação e comportamentais. Desta forma, afeta a motricidade e funcionalidade dos indivíduos acometidos. A criança com PC passa por etapas de tratamento fisioterapêutico e comumente permanece boa parte da infância e adolescência em Serviços Especializados de Reabilitação. **Objetivo:** Identificar o comprometimento motor e a funcionalidade dos usuários com paralisia cerebral atendidos no Serviço de Fisioterapia Infantil (SFI) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). **Metodologia:** O presente estudo é de caráter descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, sendo composto por 14 pacientes diagnosticados com PC, selecionados de forma não probabilística, atendidos no Serviço de Fisioterapia Infantil do HULW. Foram coletadas informações de identificação e referente ao quadro clínico, além da aplicação do Gross Motor Function Classification System- GMFCS para obter o nível de comprometimento motor (I à V) e o Pediatric Evaluation of Disability Inventory- PEDI para obter os escores contínuos referentes às habilidades funcionais e assistência do cuidador. A estatística descritiva foi realizada por meio da verificação das frequências (médias e desvio padrão), pontuações e escores da GMFCS e PEDI. Os dados coletados foram organizados e tabulados utilizando o programa *Microsoft Office Excel 2010*. **Resultados:** Os participantes da amostra eram 64% do sexo masculino e 36 % sexo feminino. Apresentaram idade variando de 2 à 15 anos, sendo a maioria (50%) com até 4 anos de idade, seguida de 29% entre 9 e 12 anos. Quanto ao tipo de PC, a maioria (36%) apresentava diplegia espástica, no que se refere ao GMFCS 9 participantes (65%) alcançaram entre os níveis IV e V o que revelou importante comprometimento motor. Observou-se que os indivíduos cujas idades eram mais elevadas possuíam o nível mais elevado no GMFCS, e uma relação inversamente proporcional entre o nível da GMFCS e os escores contínuos avaliação da mobilidade. **Conclusão:** O presente estudo indica níveis de comprometimento motor e funcionalidade na PC, no entanto, o aspecto mais importante a se destacar é o fato de poder visualizar por meio das escalas utilizadas as habilidades e potencialidades dos participantes o que pode colaborar ainda mais no processo de reabilitação que se encontram.

**Palavras-chave:** Adolescente. Criança. Destreza Motora. Fisioterapia. Paralisia Cerebral.

## ABSTRACT

**Introduction:** Cerebral palsy (CP) is a disease characterized as a non-progressive neurological condition deriving from injury to the immature brain, which can generate motor, cognitive, sensory, perceptual, on communication and behavioral dysfunctions. In this way, it affects the motility and functionality of the affected individuals. The child with CP goes through stages of physiotherapeutic treatment and usually remains a good part of childhood and adolescence in Specialized Rehabilitation Services. **Objective:** To identify the motor impairment and functionality of users with cerebral palsy treated at the Child Physiotherapy Service (SFI) of the Lauro Wanderley University Hospital (HULW). **Methodology:** The present study is descriptive and cross-sectional, with a quantitative approach, consisting of 14 patients diagnosed with CP, selected in a non-probabilistic manner, attended at the HULW Child Physiotherapy Service. In addition, the Gross Motor Function Classification System (GMFCS) was applied to obtain the level of motor impairment (I to V) and the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), functional skills and caregiver assistance. Descriptive statistics were performed through frequency (mean and standard deviation), scores and scores of GMFCS and PEDI. The data collected were organized and tabulated using the Microsoft Office Excel 2010 program. **Results:** Sample participants were 64% male and 36% female. They presented age ranging from 2 to 15 years, 50% being up to 4 years of age, followed by 29% between 9 and 12 years. Regarding the type of CP, the majority (36%) had spastic diplegia. Concerning GMFCS, 9 participants (65%) reached between levels IV and V, which revealed an important motor impairment. It was observed that individuals whose ages were highest had the highest level in GMFCS, and an inversely proportional relationship between GMFCS level and continuous mobility assessment scores. **Conclusion:** The present study indicates levels of motor impairment and functionality in the CP, however, the most important aspect to highlight is that it can visualize through the scales used the skills and potentialities of the participants, which can further collaborate in the process of rehabilitation they are in.

**Keywords:** Adolescent. Cerebral Palsy. Child. Motor Skills. Physical Therapy Specialty.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	122
2.1	DELINEAMENTO DO LOCAL DE PESQUISA E DESCRIÇÃO DA AMOSTRA...	122
2.2	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	12
2.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b> 4
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	15
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	211
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	233
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	255
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	28
	APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO .....	29
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	30
	ANEXO B – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA .....	31
	ANEXO C – INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE.....	37

## 1 INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma condição neurológica não progressiva oriunda de lesão no cérebro imaturo, podendo ocorrer no desenvolvimento fetal ou infantil, a qual afeta os movimentos e postura. As disfunções motoras na PC podem ser associadas a comprometimentos sensoriais, perceptivas, cognitivos, de comunicação e comportamentais (PRUDENTE; BARBOSA; PORTO, 2010).

No que se refere a PC as causas pré, peri e pós-natais estão conectadas aos fatores de risco, envolvendo uma etiologia multifatorial, como a hipóxia durante o parto, leucomalácia periventricular, acidente vascular encefálico, infecções pré natais tais como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus. Já no tocante a causas pós-natais destacam-se meningite, encefalite viral, hidrocefalia, traumas, infecções, alterações vasculares. Tais acontecimentos geram mudanças no desempenho da criança (ROTHSTEIN; BELTRAME, 2013).

Sua incidência é em torno de dois a cada mil nascidos vivos nos países em desenvolvimento (SOUZA et al., 2011; REBEL et al., 2010). Já no Brasil, estima-se que a cada mil crianças nascidas, sete são portadoras de PC, sendo que cerca de trinta a quarenta mil novos casos são identificados por ano (MANCINI, 2002 apud MARINHO; DE SOUZA; PIMENTEL, 2008, p.57).

No que diz respeito às características neuromotoras, estas podem envolver partes variadas do corpo, a depender da área cerebral atingida, e nesse princípio são geradas várias classificações (CESA et al., 2014). A PC, portanto, pode ser classificada conforme a distribuição topográfica do comprometimento corporal, como quadriplégica, diplégica ou hemiplégica (SILVA et al., 2013). A hemiplegia se caracteriza por déficit motor e espasticidade unilateral, as alterações no corpo se manifestam no lado contralateral a lesão. A quadriplegia é considerada a mais grave devido ao acometimento bilateral e simétrico ou assimétrico associado ao comprometimento no tronco, e a diplegia como comprometimento bilateral dos membros superiores e/ou inferiores (SANTOS et al., 2014).

Este acometimento desencadeia uma série de repercussões no indivíduo, devido a diversos comprometimentos no quadro clínico como espasticidade, alterações posturais e movimentos descoordenados (KWON et al., 2013)

Entretanto, atualmente a saúde passa a focar na identificação do impacto funcional individualizado (e não meramente na doença). Tal mudança deu origem a novos modelos de

classificação, instrumentos de avaliação funcional e intervenções que incorporem a unidade pessoa-ambiente, favorecendo a atenção à saúde dos indivíduos com PC (MANSINI et al., 2011 e 2012).

A criança ou adolescente com PC apresenta um conjunto de desordens que podem limitar o desempenho de suas atividades funcionais e conseqüentemente suas atividades de vida diária (AVDs): alimentação, higiene pessoal, vestuário, locomoção e participação social (SANTOS et al., 2016).

Existem aspectos específicos do quadro clínico de um indivíduo diagnosticado com PC, Prudente e Porto em 2010 destacam: o atraso no desenvolvimento de habilidades esperadas para a idade cronológica da criança, a continuidade de padrões comportamentais imaturos em todas as funções, e o desempenho das funções de maneira inadequada quando comparada a bebês e crianças normais.

Deste modo indivíduos com PC se encontram em uma situação de fragilidade funcional, visto que não desenvolvem as funções na maioria dos casos (principalmente em comprometimentos graves) de modo plenamente satisfatório, muitas vezes alcançando uma atividade, entretanto não chegando a atingir a função completa, como ser capaz de pegar um objeto e ser capaz de abrir a boca, porém não conseguir chegar à função final de se alimentar, por exemplo.

Sendo a reabilitação um aspecto essencial para este público, e inclusive nesta, o tratamento fisioterapêutico desempenha real participação. Segundo Brandão, Oliveira e Mancini em 2014, a reabilitação tem como objetivo central a promoção da participação da criança em contextos significativos de vida, favorecendo maior independência possível em atividades da vida diária.

Logo, esses casos ocasionam uma série de repercussões não somente clínicas, como também funcionais na vida do indivíduo. Percebê-las permite um melhor e mais eficaz planejamento de atendimento, bem como identificar as incapacidades mais frequentes e em que nível de comprometimento se encontram as crianças e adolescentes com PC. Desta maneira, este estudo tem como objetivo identificar o comprometimento motor e a funcionalidade dos usuários com PC atendidos no Serviço de Fisioterapia Infantil do HULW.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1 DELINEAMENTO DO LOCAL DE PESQUISA E DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Trata-se de um estudo transversal e de caráter descritivo, no qual todas as etapas da pesquisa desenvolveram-se no Serviço de Fisioterapia Infantil (SFI) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) e a mesma está vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde, deficiência física e desenvolvimento infanto-juvenil (NESDI) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Quanto ao grupo amostral, foi realizada uma triagem dos pacientes atendidos no SFI do HULW cuja população era de 62 usuários, foram selecionados de forma não probabilística apenas os que possuíam o diagnóstico fechado de Paralisia Cerebral e estavam em atendimento, chegando ao número 14 usuários. Os participantes apresentavam as seguintes características: idade de 0 a 16 anos, diagnosticados com PC e serem usuários do SFI do HULW. Os critérios de exclusão foram: desistir da pesquisa durante a coleta de dados, ter diagnóstico aberto, receber alta ou abandonar o tratamento oferecido no SFI do HULW antes da coleta de dados. As coletas foram realizadas nos meses de julho, agosto e setembro de 2018.

### 2.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Foram aplicados os seguintes instrumentos: o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System – GMFCS) (ANEXO B) e o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI - Pediatric Evaluation of Disability Inventory) (ANEXO C). Sendo as coletas realizadas no SFI com a pesquisadora devidamente treinada. Inicialmente o responsável assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde se explicou a proposta do projeto. E após a aceitação do mesmo em fazer parte da pesquisa, foram aplicados os instrumentos.

A aplicação da escala GMFCS se deu por meio da observação dos pacientes com PC e diálogo com o cuidador principal, em pacientes de 1 a 16 anos de idade. A gravidade da PC é bastante variável. As informações geradas a partir da topografia corporal e anormalidades motoras são limitadas no que diz respeito à mobilidade, e não são capazes de informar o nível de gravidade. Deste modo, contribuindo de maneira incompleta para o prognóstico. Logo, a literatura recomenda que seja realizada a categorização da PC associada a classificações funcionais. Neste aspecto o GMFCS vem sendo amplamente utilizado e recomendado

(SILVA; DIAS; PFEIFER, 2016). Uma revisão sistemática revela que foi o mais empregado em artigos que tratam sobre funcionalidade (SANTOS et al., 2016).

Com GMFCS é possível prever o prognóstico da função motora grossa da criança e adolescente, já que a classificação se mantém ao longo do tempo, ou seja, uma criança que aos 2 anos está classificada no nível 3, tende a permanecer nesse nível (HIRATUKA; MATZUKURA; PFEIFER, 2010).

É importante ressaltar que os níveis são baseados nos movimentos iniciados voluntariamente, com ênfase no sentar, em transferências e em mobilidade. Essa escala é estruturada de acordo com as idades contemplando crianças e adolescentes, sendo dividida em cinco fixas etárias: a primeira equivale ao período anterior ao aniversário de dois anos, a segunda entre o 2º e o 4º aniversário, a terceira entre o 4º e o 6º aniversário, a quarta entre o 6º e o 12º aniversário e o quinto entre o 12º e o 18º aniversário.

Esse Sistema foi traduzido e adaptado transculturalmente para o português (SILVA; DIAS; PFEIFER, 2016). Além disto, alguns estudos informam que o GMFCS é um bom indicador para PC, se mostrando fidedigno para avaliação e planejamento terapêutico (CESA et al., 2014).

O instrumento contém os seguintes níveis de severidade: crianças com limitação menor da função e que deambulam sem restrições se enquadram no nível I (sem limitações) e nível II (com limitações); crianças que necessitam de auxílio, ou dispositivo manual de mobilidade (nível III), e os níveis que abrangem as crianças/adolescentes que utilizam tecnologia assistiva para locomoção, o nível IV caracterizado pela auto mobilidade com limitações e nível V cujo indivíduo é transportado (VASCONCELOS et al., 2009).

A escala PEDI trata-se de um inventário elaborado para avaliar a funcionalidade de crianças com incapacidades, sendo considerado um dos instrumentos mais utilizados com esta finalidade (SANTOS et al., 2016). Trata-se de um questionário que envolve o perfil funcional de crianças em suas habilidades individuais, dependência ao cuidador e ainda sobre as modificações no ambiente doméstico. Apresenta três partes: a primeira é sobre as habilidades funcionais do indivíduo, sendo dividida em área de autocuidado (possui 73 itens), área de mobilidade (59 itens) e área de função social (65 itens). O escore se dá através da soma da pontuação de cada item que a criança é capaz de realizar, se a mesma for capaz pontua 1 no item correspondente, caso seja incapaz de realizar determinada atividade não pontua. A parte II do PEDI informa sobre a independência, esta é calculada de acordo com a quantidade de ajuda ofertada pelo cuidador, que pode ser total (0), assistência máxima (1), moderada (2),

mínima (3), supervisão (4) e independente (5), dentro das mesmas áreas Auto Cuidado (8 itens), Mobilidade (7 itens) e Função Social (5 itens) (MANSINI, 2005).

Esse sistema também tem sido demasiadamente considerado para fins clínicos e experimentais. Ferramentas como estas podem fornecer dados sólidos para estabelecer planejamento terapêutico e medida de resultados (KWON et al., 2013).

O passo seguinte correspondeu à realização das somas dos escores brutos de cada área do PEDI, e posteriormente tais escores foram revertidos para escores contínuos, visto que estes escores podem ser utilizados para crianças acima de 7 anos e meio.

É importante destacar que para a aplicação dos instrumentos, anteriormente citados, o responsável esteve no mesmo ambiente da criança/adolescente, e a aplicação das mesmas não provocou nenhuma dor ou dano, apenas observou-se e /ou registrou-se as informações pertinentes.

### 2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, tendo respeitado às exigências estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo as relativas à preservação dos princípios bioéticos fundamentais de respeito ao indivíduo, da beneficência, autonomia e da justiça. Devido a essa questão, todos os participantes da pesquisa, bem como seus responsáveis legais, estavam cientes dos objetivos, riscos e benefícios oferecidos pela pesquisa. Ao concordar em participar, eles assinarão um termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e o termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES 1 e 2) em duas vias, tendo-se a garantia da não publicação das informações pessoais e o direito de retirar sua anuência no momento que desejar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HULW, sob o CAAE 89565018.5.0000.5183.

### 3 RESULTADOS

Participaram do estudo 14 indivíduos, sendo 64% do sexo masculino e 36% sexo feminino, a idade variou de 2 à 15 anos, sendo a maioria (50%) com até 4 anos de idade, seguida de 29% entre 9 e 12 anos. No que se refere ao tipo de PC, a maioria (36%) apresentou diplegia espástica, seguido de hemiplegia e quadriplegia, ambos com 21% e apenas 21% da amostra possui doença associada, conforme demonstrado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características dos participantes da pesquisa

Participantes	Sexo	Idade	Tipos de PC	GMFCS	DA
1	M	3	Diplegia Espástica	III	-
2	F	3	Atetose Espástica	V	-
3	M	2	Diplegia Espástica	II	-
4	F	3	Hemiplegia	III	-
5	F	3	Diplegia Espástica	IV	-
6	M	7	Quadriplegia	V	-
7	M	2	Hemiplegia	I	x
8	F	2	Hemiplegia	I	-
9	F	9	Quadriplegia Espástica	V	-
10	M	15	Diplegia Espática	IV	-
11	M	14	Atáxico	V	x
12	M	9	Atáxico	IV	x
13	M	9	Diplegia Espástica	IV	-
14	M	10	Quadriplegia	V	-

Nota: PC = paralisia cerebral; M = masculino; F = feminino; GMFCS = Gross Motor -Function Classification System; DA= doença associada.

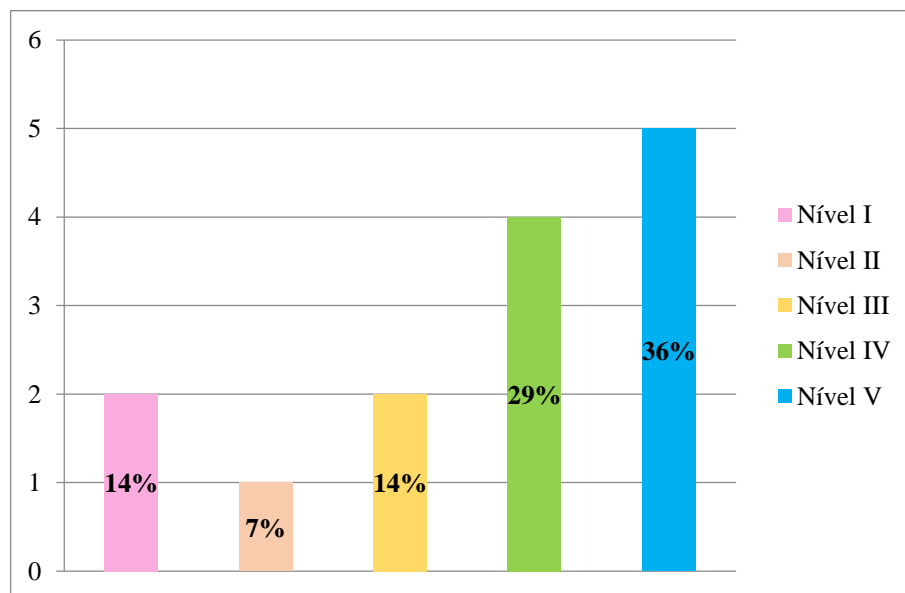
As características mais prevalentes nos participantes deste estudo foram destacadas na Tabela 2, onde foi observado predomínio do sexo masculino, da idade de 3 anos, e a diplegia espástica, a classificação do nível V no GMFCS e valores baixos de capacidade das habilidades funcionais (36) e um alto nível de dependência do cuidador (36,7).

**Tabela 2.** Demonstrativo das médias do GMFCS e dos escores contínuos do PEDI (parte I e II)

Variáveis	SEXO	IDADE	TIPO DE PC	GMFCS	MD HF	MD AsC
<b>PREDOMINÂNCIA</b>	<b>M</b>	<b>3</b>	<b>Diplegia Espástica</b>	<b>V</b>	<b>36,0</b>	<b>36,7</b>
MÁXIMA	-	15	-	V	49,2	60,8
MÍNIMA	-	2	-	I	18,2	10,8

Nota: PC = Paralisia cerebral; MD HF = Media das Habilidades Funcionais; MD AsC =Media da Assistência do Cuidador; M = Masculino.

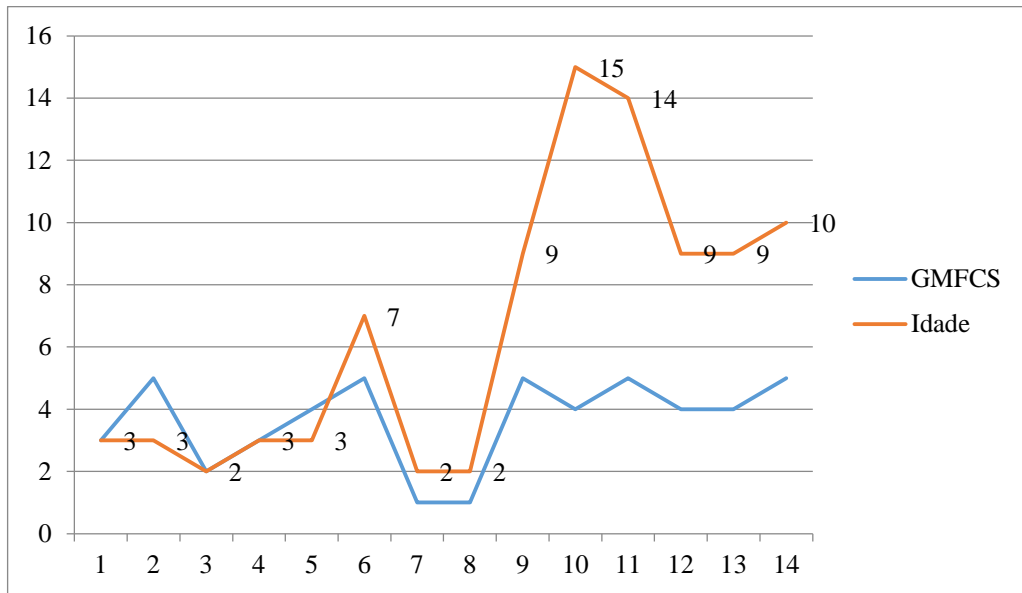
A distribuição dos níveis do GMFCS entre os participantes pode ser observado no Gráfico 1, onde três participantes (21%) obtiveram pontuação entre os níveis I e II do GMFCS, o que correspondem àquelas crianças com menor limitação da função e que conseguem deambular sem restrições. Dois participantes (14%) alcançaram o nível III, que corresponde à necessidade de auxílio para sua locomoção. Enquanto nove (65%) dos participantes utilizavam tecnologia assistiva para se locomover, e por isso, receberam pontuação entre os níveis IV e V da escala, sendo a maioria no nível V, ou seja, com maior comprometimento motor.

**Gráfico 1:** Distribuição dos Níveis do GMFCS entre os participantes

O Gráfico 2 expõe a relação entre a idade e nível do GMFCS dos participantes. Percebe-se que os indivíduos cujas idades são mais elevadas possuem o nível mais elevado no

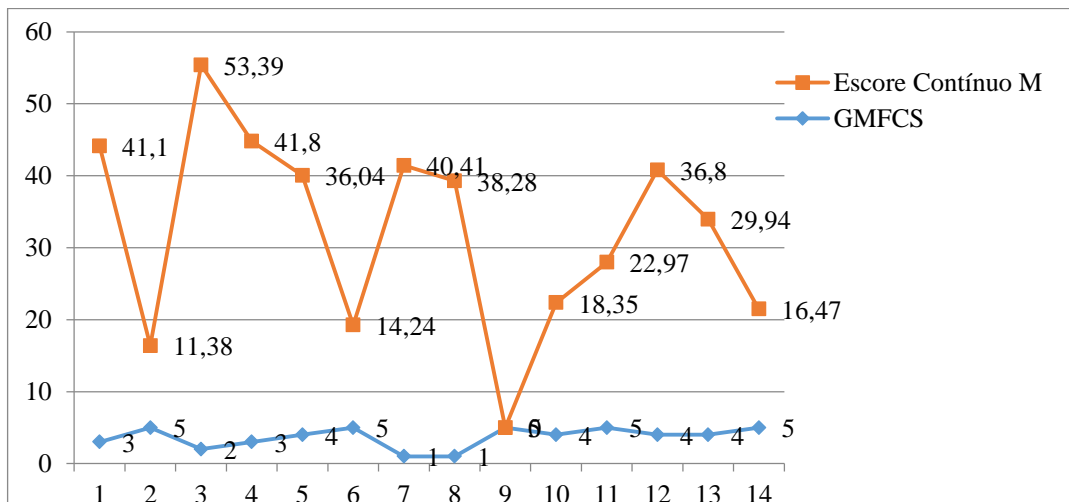
GMFCS, os pacientes com idade igual ou superior a 7 anos, se encontram com níveis IV ou V no GMFCS, que equivale a 50 % (7) da amostra.

**Gráfico 2:** Relação GMFCS x Idade dos participantes



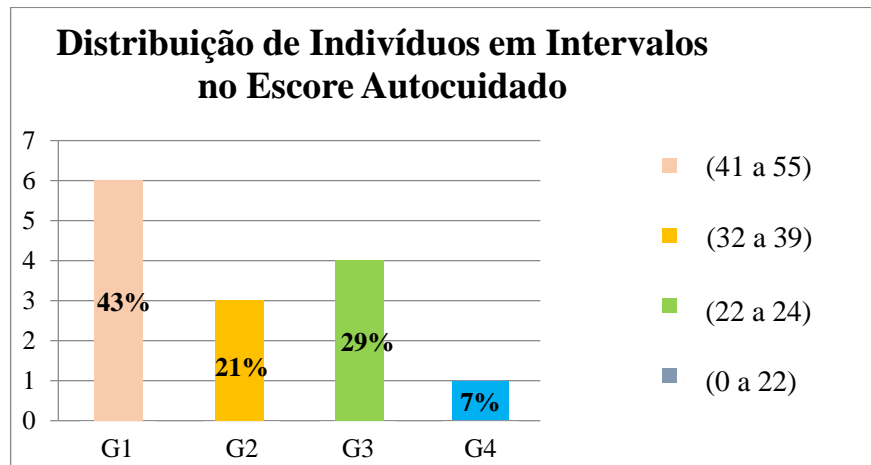
O comportamento dos participantes na relação dos níveis do GMFCS e os escores contínuos do PEDI (itens relacionados a mobilidade) pode ser visto no Gráfico 3, onde existe uma relação inversamente proporcional entre tais variáveis, quanto maior o nível da GMFCS, menor o escore contínuo mobilidade (ECM) obtido. Todos os indivíduos com grau de comprometimento maior (nível IV e V) apresentam ECM inferior a 30, exceto o indivíduo 12 (com escore 36,8 e nível IV).

**Gráfico 3:** Relação GMFCS e Escores contínuos do PEDI referentes à Mobilidade dos participantes.



Para melhor visualização dos resultados do PEDI, no que se refere ao item autocuidado, os participantes foram distribuídos em quatro grupos como demonstrado no Gráfico 4. Nota-se que a maioria das crianças e adolescentes se encontra no grupo 1 com maiores escores em autocuidado, no entanto, estes números representam uma pontuação inferior a 50% da pontuação máxima que é 100.

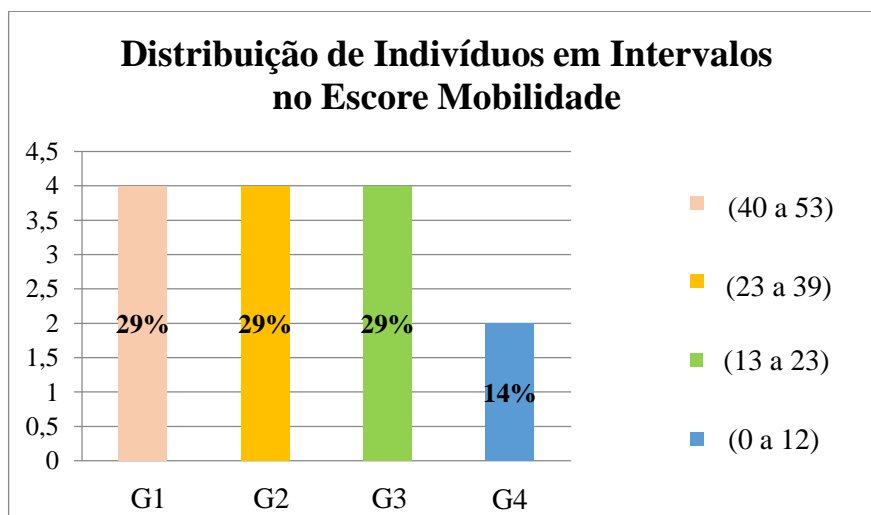
**Gráfico 4:** Escores contínuos do PEDI - Parte I – Item autocuidado.



Nota: G1= Grupo 1; G2= Grupo 2; G3= Grupo 3; G4= Grupo 4.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição no escore contínuo mobilidade, a coluna 1 representa as pessoas que obtiveram escores entre 40 e 53, a coluna 2 entre 23 e 39, já a coluna 3 representa os que obtiveram escores entre 13 e 23, e a coluna 4 abaixo de 12. Percebe-se de modo geral que a mobilidade tem uma distribuição uniforme entre os grupos, com 29% nos três primeiros grupos.

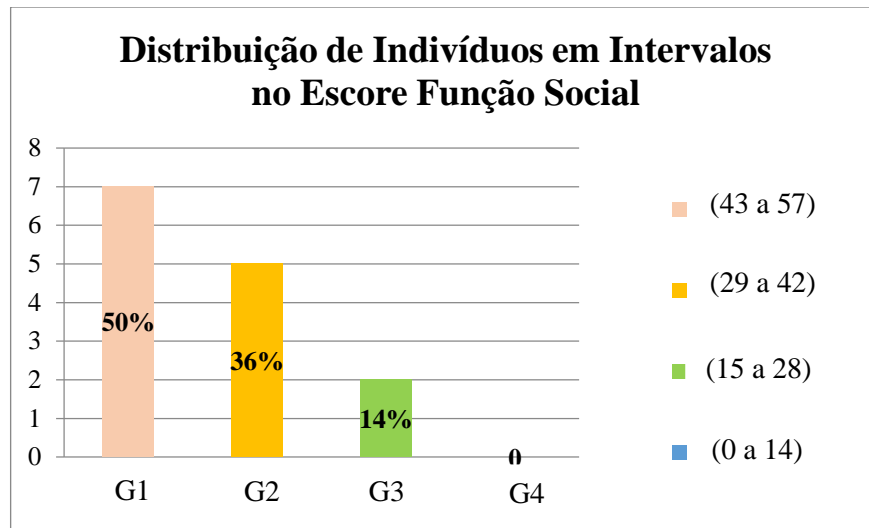
**Gráfico 5:** Escores contínuos do PEDI – Parte I - Item mobilidade.



Nota: G1= Grupo 1; G2= Grupo 2; G3= Grupo 3; G4= Grupo 4.

Na Função social avaliada pelo PEDI sete participantes correspondendo a maioria da amostra, apresentaram escores entre 43 e 57 e dois indivíduos (14%) pontuaram escore inferior a 28, como está representado no Gráfico 6.

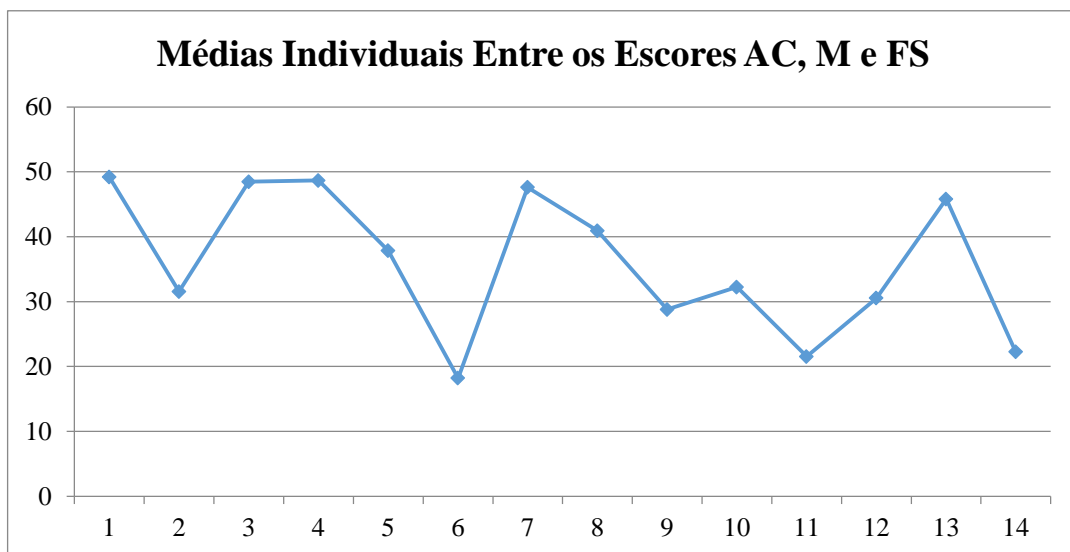
**Gráfico 6:** Escores contínuos do PEDI – Parte I - Item função social.



Nota: G1= Grupo 1; G2= Grupo 2; G3= Grupo 3; G4= Grupo 4.

No Gráfico 7 observa-se a média de cada indivíduo no que se refere a sua habilidade funcional incluindo dentro desta análise os itens: mobilidade, autocuidado e função social. Percebe-se que oito participantes obtiveram escore abaixo de 40, o equivalente a 57,14% da amostra.

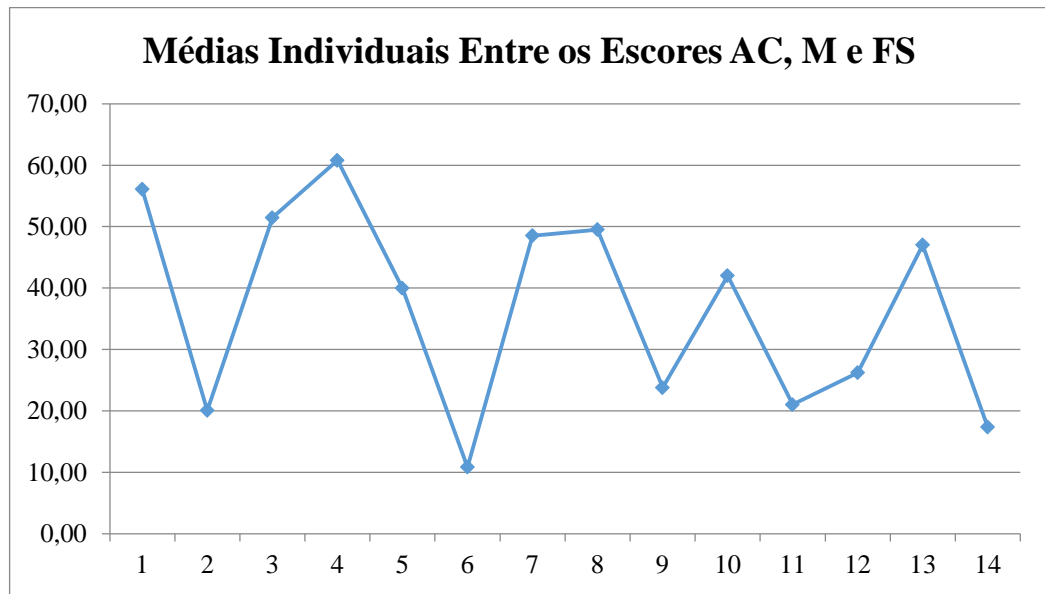
**Gráfico 7:** Médias individuais entre os escores autocuidado, mobilidade e função Social (PEDI)



Nota: AC = autocuidado; M = mobilidade; FS = função social.

O gráfico 8 apresenta a média entre os três escores contínuos (autocuidado, mobilidade e função social) e a assistência do cuidador (parte II do PEDI). A maioria apresenta a média inferior a 50 o equivalente a 78,57% (11 indivíduos).

**Gráfico 8:** Médias individuais entre os escores autocuidado, mobilidade e função social referente a Assistência do cuidador.



Nota: AC = autocuidado; M = mobilidade; FS = função social.

Os resultados apontam uma relação direta entre as médias dos níveis do GMFCS e as médias calculadas a partir das pontuações obtidas no PEDI, tanto no que se refere às habilidades funcionais quanto à assistência do cuidador, como demonstrado na Tabela 2. Percebe-se na amostra estudada que as médias das habilidades funcionais obtidas no PEDI alcançaram níveis entre 36,0 e 49,2, o que representam valores inferiores à pontuação máxima que é 100, revelando que estes indivíduos tem um comprometimento considerável em suas funcionalidades.

E no aspecto relacionado à assistência do cuidador, parte relevante apresenta médias inferiores a 50, tal escore também consiste em pontuação máxima 100, entretanto quanto menor o escore, maior a assistência prestada. Logo, os dados mantêm a coerência quando relacionados.

## 4 DISCUSSÃO

Dentre os 14 participantes do estudo, o sexo predominante foi o masculino e a idade prevalente foi 3 anos. A maior parte da amostra apresentou a paralisia cerebral do tipo diplegia espástica.

Os resultados encontrados demonstraram que aqueles que apresentaram maior comprometimento motor, obtiveram baixos escores relacionados à funcionalidade, mesmo diante de uma amostra composta apenas com indivíduos com PC e ainda na existência de uma notória variabilidade de um indivíduo para o outro, evidencia-se que o comprometimento em questão é severo entre boa parte dos casos. Houve variação no GMFCS dos níveis I ao V.

Ao analisar o participante pelo tipo de paralisia cerebral, pôde-se constatar que os indivíduos com comprometimento de tronco e dos membros superiores e inferiores (quadriplegia) se encontraram todos com nível V no GMFCS, tais dados corroboram com um estudo de Silva et al. (2013) realizado com crianças diagnosticadas com PC (quadriplegia espástica), no qual todas as crianças têm grau de comprometimento motor elevado. Demonstra-se que esse sistema de classificação é uma ferramenta útil ao fornecer informações complementares e fidedignas ao quadro clínico do paciente.

Ferreira et al. (2017), Nogueira et al. (2012) constataram em estudos sobre qualidade motora e desempenho funcional com PC que a maioria dos participantes apresentaram níveis graves de comprometimento. Um destes estudos, realizado com 17 participantes, apresentou 70,6% da amostra com nível IV ou V, o que corrobora com os achados do presente estudo, onde 64% dos indivíduos apresentaram os níveis mais graves de comprometimento no GMFCS.

Ferreira et al. (2017) revelam que entre as crianças com idade igual ou superior a 7 anos, 85% apresentaram nível V, reafirmando o encontrado nesta pesquisa onde todos as crianças acima de 7 anos de idade estão no nível V no GMFCS. Uma informação interessante é que mesmo que todos os pacientes com quadriplegia estejam no nível V, ainda assim este nível possui indivíduos com diferentes classificações topográficas de PC.

No tocante aos dados obtidos por meio da parte I do PEDI, que corresponde às habilidades funcionais, percebe-se que 43% obtiveram o escore contínuo de 41 a 55 na área autocuidado e 50% de 43 a 57 na área função social, demonstrando que a maioria dos participantes se enquadra entres os maiores intervalos de escores encontrados na amostra,

exceto nos itens referentes à área mobilidade, onde o grupo referente aos maiores escores obtidos, que vão de 40 a 53, corresponde a 29% da amostra. Esse dado revela que as crianças e adolescentes com PC desta pesquisa apresentam o comportamento dos escores contínuos semelhantes entre área autocuidado e função social, dentro dos intervalos estabelecidos, porém o mesmo não acontece na área mobilidade, logo os achados revelam que a capacidade de realizar as funções de mobilidade dessas crianças e adolescentes se encontram mais afetadas do que as outras habilidades funcionais.

Ao analisar a variação das médias obtidas entre os escores contínuos das áreas autocuidado, mobilidade e função social de cada indivíduo, verifica-se que 57,8% das médias se encontram abaixo de 40, o que pode revelar uma maior dificuldade nas habilidades funcionais. Entretanto cinco indivíduos se encontram praticamente no valor mediano do escore (total 100), entre 45 e 50, revelando que 35,7% da amostra têm melhor habilidade para realizar as atividades funcionais.

Para Cesa et al. (2014) as dificuldades motoras e funcionais de crianças com PC interferem na interação/relação com outras crianças, principalmente pelo fato de não conseguirem executar atividades com sucesso. Em outro estudo, Assumpção et al. (2011) observaram 13 crianças com desenvolvimento típico e 23 com PC com idade entre 7 e 14 anos, e constataram uma associação positiva entre as áreas de mobilidade e autocuidado e moderada da mobilidade com função social.

Um aspecto importante percebido por meio do PEDI foi a relação entre o maior grau de comprometimento motor e um menor o escore na área de mobilidade, mostrando que no presente estudo houve relação clara entre o comprometimento da função motora grossa e a mobilidade dos participantes em habilidades como transferências em ambientes internos e externos e na locomoção. Entretanto um estudo realizado por Smits et al. (2010) com 116 crianças observou uma relação relativamente mais fraca entre essas variáveis.

No tocante à parte II do PEDI, que corresponde à assistência oferecida pelo cuidador, a maioria dos participantes (78,57%) apresentou média dos escores abaixo de 50. O que significa que estes possuem maior dependência do cuidador. Assim como afirmam Dantas et al. (2012) e Santos et al. (2016) que crianças e adolescente com PC em geral dependem intensamente do cuidador para realizar suas AVDs e manutenção do seu bem estar gerando muitas vezes sobrecarga para o mesmo.

Vasconcelos e Cavalcante (2013) consideram que as atividades de vida diária (AVDs) para o desenvolvimento humano biopsicossocial são de extrema importância, pois permitem a exploração do ambiente e o contato com outras pessoas na infância, favorecendo o desenvolvimento motor, cognitivo, psicológico, para interação de forma mais aprimorada e complexa. Percebe-se, assim que é relevante observar o desempenho funcional através das habilidades essenciais.

As limitações do estudo em questão se devem ao fato de que o número (n) amostral não permitiu análises estatísticas inferenciais. O número reduzido se deu, pois os indivíduos inclusos precisavam estar em atendimento fisioterapêutico no SFI. No entanto, pretende-se ampliar o n amostral de modo a fazer proposições sobre universo dos pacientes com PC em atendimento fisioterapêutico em outros serviços públicos de saúde e reabilitação.

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que crianças e adolescentes com PC têm níveis variados de GMFCS mesmo diante de pessoas com diagnósticos topográficos semelhantes. Outro aspecto importante a se destacar é que por meio do GMFCS, se observou além da mobilidade e locomoção dos participantes, mas pôde-se categorizar a PC em níveis funcionais o que poderá ajudar nas tomadas de decisão fisioterapêutica. Dessa forma percebe-se a relevância de tais instrumentos funcionais para avaliação desses indivíduos, visto que, utilizá-los permitiu a identificação das principais dificuldades apresentadas.

Sendo assim, para um tratamento fisioterapêutico, ou mesmo de uma equipe de profissionais no processo de reabilitação de crianças e adolescentes com PC, é fundamental o uso de instrumentos que ajudem na avaliação funcional, pois assim, o terapeuta é capaz de identificar o nível de comprometimento, bem como perceber as alterações com o passar do tempo. Para Teixeira et al. (2016) o tratamento poderá também diminuir a necessidade de auxílio na deambulação, favorecer uma melhor qualidade de vida, prevenir deformidades, e realçar as habilidades do indivíduo com PC no seu cotidiano.

Conclui-se também que os escores obtidos no PEDI, no que se refere ao autocuidado, mobilidade e função social não foram satisfatórios, pois demonstram que os participantes da pesquisa possuem dificuldade de realizar as atividades, bem como, proporcionalmente a isto, a assistência do cuidador é elevada na maioria da amostra. Deste modo, percebe-se que a

funcionalidade da criança/adolescente está relacionada diretamente com sua saúde e de seu cuidador.

Neste contexto, a avaliação funcional deve ser individualizada e detalhada, ambos os instrumentos utilizados abordam de maneira bastante satisfatória o comprometimento motor grosso da criança (GMFCS), bem como as habilidades funcionais e assistência do cuidador.

Foram realizadas relações importantes entre os dados encontrados, entretanto são necessárias pesquisas com maior quantidade de participantes para que as informações obtidas acerca destes indivíduos em atendimento fisioterapêutico sejam mais significativas.

## REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, M.S. et al. **Coativação, espasticidade, desempenho motor e funcional na paralisia cerebral.** Motriz, Rio Claro, v. 17, n. 4, p. 650-659, Out/Dez., 2011.

BRANDÃO, M.B.; OLIVEIRA, R.H.S.; MANCINI, M.C. **Functional priorities reported by parents of children with cerebral palsy: contribution to the pediatric rehabilitation process.** Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 18, n. 6, p. 563-571, Nov/Dez, 2014.

CESA, C.C. et al. **Avaliação da capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral.** Revista CEFAC, v. 16, n. 4, p. 1266-1272, Jul./Ago., 2014.

DANTAS, M.S.A. et al. **Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 73-80, 2012.

FERREIRA, H.N.C. et al. **Upper extremity motor quality evaluation in children with Cerebral Palsy.** Revista Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 30, p. 277-284, 2017.

HIRATUKA, E.; MATZUKURA, T.S.; PFEIFER, L.I. **Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS).** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 14, n. 6, p. 537-544, Nov./Dez, 2010.

KWON, T.G. et al. **Relationship between gross motor function and daily functional skill in children with cerebral palsy.** Annals of rehabilitation medicine, v. 37, n. 1, p. 41-49, Fev., 2013.

MANCINI, M.C. et al. **Ações da terapia ocupacional na criança com disfunção neurológica.** Compêndio de neurologia infantil. São Paulo: Saraiva, v. 2, p. 845-852, 2011.

MANCINI, M.C. et al. **Avaliação do desenvolvimento infantil: uso de testes padronizados. Desenvolvimento da criança em risco neuropsicomotor: desenvolvimento da criança em risco neuropsicomotor.** Fortaleza: Expressão Gráfica, p. 128-169, 2012.

MANCINI, Marisa Cotta et al. **Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada.** Belo Horizonte: UFMG, 2005

NOGUEIRA, D.F.L. et al. **A função motora grosseira de crianças e adolescentes com paralisia cerebral e a qualidade de vida de seus cuidadores.** Revista de Atenção à Saúde, v. 9, n. 29, p. 8-18, Jul/Set., 2012.

O'SHEA, T. Michael. **Diagnóstico, tratamento e prevenção da paralisia cerebral em bebês a termo / termo.** Obstetrícia clínica e ginecologia, v. 51, n. 4, p. 816, 2008.

PRUDENTE, C.O.M.; BARBOSA, M.A. PORTO, C.C. **Qualidade de vida de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral: revisão da literatura.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás, v. 12, n. 2, p. 367-72, Mar./Jun., 2010.

REBEL, M.F. et al. **Prognóstico motor e perspectivas atuais na paralisia cerebral.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 20, n. 2, p. 342-350, 2010.

ROTHSTEIN, J.R.; BELTRAME, T.S. **Características motoras e biopsicossociais de crianças com paralisia cerebral.** Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 21, n. 3, p. 118-126, 2013.

SANTOS, P.D. et al. **Instrumentos que avaliam a independência funcional em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática de estudos observacionais.** Revista Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.23, n.3, p.318-328, Jun./Set., 2016.

SANTOS, S. et al. **As causas da deficiência física em municípios do nordeste brasileiro e estimativa de custos de serviço especializado.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, n.2, p.559-568, 2014.

SILVA, D.B.R.; DIAS, L.B.B.; PFEIFER, L.I. **Confiabilidade do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E & R) entre estudantes e profissionais de saúde no Brasil.** Revista Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 142-147, Dez./Mai., 2016.

SILVA, P.L. et al. **Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral quadriplégica hipertônica: estudo de casos.** Revista Científica da Fundação Hermínio Ometto, Uniararas, v. 1, n. 1, p. 40-44, 2013.

SMITS, D.W. et al. **Relationship between gross motor capacity and daily-life mobility in children with cerebral palsy.** Developmental Medicine & Child Neurology, v. 52, n. 60, Mar., 2010.

TEIXEIRA, J.S. et al. **Um estudo de caso do efeito do treinamento cardiovascular na paralisia cerebral.** Revista Fisioterapia e Movimento, Curitiba, v. 29, n.4,p. 713-731, Out./Dez., 2016.

VASCONCELOS, R.L.M. et al. **Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v.13, n.5, p. 390-397, Set./Out., 2009.

VASCONCELOS, T.B.; CAVALCANTE, L.I.C. **Avaliação das atividades de vida diária em crianças: uma revisão da literatura.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 24, n. 3, p. 267-272, Set./Dez., 2013.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012, MS.

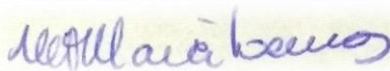
Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **o Perfil Sócio demográfico, Clínico e Funcional de Crianças e Adolescentes em atendimento Fisioterapêutico: um Estudo Transversal** onde participarão as discentes do curso de fisioterapia Manuella Patrícia Augusta de Oliveira e Raquel Ferreira Sá sob a orientação da professora **Moema Teixeira Maia Lemos** do departamento de Fisioterapia e co-orientação da fisioterapeuta Cristina Marques de Almeida Holanda Diniz do Hospital Universitário Lauro Wanderley/ EBSEH.

O objetivo principal deste estudo é **identificar o perfil clínico, sócio demográfico e funcional dos usuários em atendimento fisioterapêutico do Serviço Infantil de Fisioterapia, percebendo o contexto em que esses indivíduos estão envolvidos e o nível funcional em que se encontram.** A finalidade deste trabalho é **contribuir e fortalecer na assistência oferecida no serviço de fisioterapia.**

Solicitamos a sua colaboração **no sentido de compreender que esta pesquisa se dará por meio do acesso á informações sobre a saúde de seu filho (a), por meio de consulta das fichas de acompanhamento fisioterapêutico,** como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome e de seu filho (a) serão mantidos em sigilo absoluto. **Informamos que essa pesquisa apresenta riscos mínimos previsíveis, como desconforto relacionado a aplicação dos instrumentos de avaliação motora e funcional, mas para minimizar esses possíveis riscos a equipe será treinada para essas situações e quando necessário as avaliações deverão ser retomadas em outro momento, evitando que a criança fique irritada ou estressada.**

Esclarecemos que **sua participação no estudo é voluntária** e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.



Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa , \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Impressão dactiloscópica



Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Telefone: 9 91184868 ou 3216 7072; ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br) Campus I – Fone: 32167964

## APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012,

MS. Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Perfil Sócio demográfico, Clínico e Funcional de Crianças e Adolescentes em atendimento Fisioterapêutico: um Estudo Transversal* e está sendo coordenada pela professora Moema Teixeira Maia Lemos. As crianças e adolescentes que irão participar desta pesquisa têm de 0 mês a 16 anos incompletos de idade. Seus pais permitiram que você participasse desta pesquisa. Queremos saber se você concorda em participar, pretendemos avaliar sua saúde, sua atividade motora, posturas durante atividades do dia a dia, para isto iremos fazer uma entrevista com seus pais e usar com você escala para avaliar mais detalhadamente sua condição de saúde. Você só precisa participar da pesquisa se quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir. A pesquisa será feita no Serviço de Fisioterapia Infantil da Universidade Federal da Paraíba, onde as crianças e adolescentes serão avaliados em uma sala reservada e com a participação de seus pais, pretendemos fazer em apenas um dia, mas caso se sinta cansado ou com algum incômodo poderemos realizar em mais de um dia. Para isso, serão usadas escalas de avaliação que são parecidas com um roteiro organizado para nos auxiliar na sua avaliação fisioterapêutica, ela é considerada segura, mas é possível ocorrer mínimos riscos, como já foi falado sobre cansaço ou irritação, mas para amenizar esses riscos faremos um treinamento com as pesquisadoras e procuraremos usar um tempo mínimo possível (de 30 a 50 minutos). Caso aconteça algo errado, você pode nos procurar pelos telefones que tem no final do texto. Mas há coisas boas que podem acontecer como, por exemplo, melhorar a assistência prestada pelo Serviço de Fisioterapia Infantil. A pesquisa ocorrerá no horário que você vier para o tratamento fisioterapêutico. Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Mas não aparecerá seu nome nem o nome de seus pais, apenas informações mais gerais como situação de saúde, condições de vida e da atividade motora e funcional.



Assinatura do pesquisador

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa *Perfil Sócio demográfico, Clínico e Funcional de Crianças e Adolescentes em atendimento Fisioterapêutico: um Estudo Transversal*. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus pais e/ou responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

João Pessoa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante (menor de idade)

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a): 3216 7072 (Serviço de Fisioterapia Infantil) ou 99118 4868 ou para o Comitê de Ética do Hospital Universitário Lauro Wanderley -Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW – 2º andar. Cidade Universitária. Bairro: Castelo Branco – João Pessoa - PB. CEP: 58059-900. E-mail: [comitedeetica@hulw.ufpb.br](mailto:comitedeetica@hulw.ufpb.br) Campus I – Fone: 32167964.

## ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo as acadêmicas do curso de Fisioterapia MANUELLA PATRICIA AUGUSTA DE OLIVEIRA e RAQUEL FERREIRA SÁ, sob orientação da Professora Mestre Moema Teixeira Maia Lemos a realizar a coleta de dados dos voluntários integrantes da sua pesquisa, intitulada “**PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E FUNCIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO: UM ESTUDO TRANSVERSAL**” no Serviço de Fisioterapia Infantil da Universidade Federal da Paraíba, situado na Cidade Universitária, Campus I, Castelo Branco – João Pessoa /PB. A coleta de dados acontecerá inicialmente entre os meses de julho, agosto e setembro de 2018, no turno da tarde e manhã em horários que não interfiram no andamento regular das atividades dos profissionais inseridos no Serviço de Fisioterapia Infantil.

João Pessoa, 04 de maio de 2018.



---

Professora Márcia do Carmelo Batista  
Chefe do Serviço de Fisioterapia Infantil

## ANEXO B – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA - GMFCS



CanChild Centre for Childhood Disability Research  
Institute for Applied Health Sciences, McMaster University,  
1400 Main Street West, Room 408, Hamilton, ON, Canada L8S 1C7  
Tel: 905-525-9140 ext. 27850 Fax: 905-522-6095  
E-mail: canchild@mcmaster.ca Website: www.canchild.ca

### GMFCS – E & R Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto

GMFCS - E & R © 2007 *CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University*  
Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Doreen Bartlett, Michael Livingston

GMFCS © 1997 *CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University*  
Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi  
(Reference: *Dev Med Child Neurol* 1997;39:214-223)

GMFCS – E & R © Versão Brasileira

Traduzido por Daniela Baleroni Rodrigues Silva, Luzia Iara Pfeifer e Carolina Araújo Rodrigues Funayama (Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Ciências do Comportamento - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo)

#### INTRODUÇÃO E INSTRUÇÕES AO USUÁRIO

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) para paralisia cerebral é baseado no movimento iniciado voluntariamente, com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. Ao definirmos um sistema de classificação em cinco níveis, nosso principal critério é que as distinções entre os níveis devam ser significativas na vida diária. As distinções são baseadas nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivos manuais para mobilidade (tais como andadores, muletas ou bengalas) ou mobilidade sobre rodas, e em menor grau, na qualidade do movimento. As distinções entre os Níveis I e II não são tão nítidas como a dos outros níveis, particularmente para crianças com menos de dois anos de idade.

O GMFCS ampliado (2007) inclui jovens entre 12 e 18 anos de idade e enfatiza os conceitos inerentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (CIF). Nós sugerimos que os usuários estejam atentos ao impacto que os fatores ambientais e pessoais possam ter sobre o que se observa sobre as crianças e jovens ou no que eles relatam fazer. O enfoque do GMFCS está em determinar qual nível melhor representa as habilidades e limitações na função motora grossa que a criança ou o jovem apresentam. A ênfase deve estar no desempenho habitual em casa, na escola e nos ambientes comunitários (ou seja, no que eles fazem), ao invés de ser no que se sabe que eles são capazes de fazer melhor (capacidade). Portanto, é importante classificar o desempenho atual da função motora grossa e não incluir julgamentos sobre a qualidade do movimento ou prognóstico de melhora.

O enfoque de cada nível é o método de mobilidade que é mais característico no desempenho após os 6 anos de idade. As descrições das habilidades e limitações funcionais para cada faixa etária são amplas e não se pretende descrever todos os aspectos da função da criança/jovem individualmente. Por exemplo, um bebê com hemiplegia que é incapaz de engatinhar sobre suas mãos e joelhos, mas que por outro lado se encaixa na descrição do Nível I (ou seja, é capaz de puxar-se para ficar em pé e andar), seria classificada no nível I. A escala é ordinal, sem intenção de que as distâncias entre os níveis sejam consideradas iguais entre os níveis ou que as crianças e jovens com paralisia cerebral sejam igualmente distribuídas nos cinco níveis. Um resumo das distinções entre cada par de níveis é fornecido para ajudar na determinação do nível que mais se assemelha à função motora

grossa atual da criança ou do jovem.

Nós reconhecemos que as manifestações da função motora grossa sejam dependentes da idade, especialmente durante a lactância e primeira infância. Para cada nível são fornecidas descrições separadas em diferentes faixas etárias. Deve-se considerar a idade corrigida de crianças com menos de 2 anos de idade se elas forem prematuras. As descrições para faixa etária de 6 a 12 anos e de 12 a 18 anos de idade refletem o possível impacto dos fatores ambientais (por exemplo, distâncias na escola e na comunidade) e fatores pessoais (por exemplo, necessidades energéticas e preferências sociais) nos métodos de mobilidade.

Um esforço foi feito para enfatizar as habilidades ao invés das limitações. Assim, como princípio geral, a função motora grossa das crianças e jovens que são capazes de realizar funções descritas em certo nível será provavelmente classificada neste nível de função ou em um nível acima; ao contrário, a função motora grossa de crianças e jovens que não conseguem realizar as funções de certo nível devem ser classificadas abaixo daquele nível de função.

### DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

**Andador de apoio corporal** – um dispositivo de mobilidade que apóia a pelve e o tronco. A criança/jovem é fisicamente posicionada (o) no andador por outra pessoa.

**Dispositivo de mobilidade manual** – bengalas, muletas e andadores anteriores e posteriores que não apóiam o tronco durante a marcha.

**Assistência física** - Outra pessoa ajuda manualmente a criança/o jovem a se mover.

**Mobilidade motorizada** – A criança/o jovem controla ativamente o joystick ou o interruptor elétrico que permite uma mobilidade independente. A base de mobilidade pode ser uma cadeira de rodas, um scooter ou outro tipo de dispositivo de mobilidade motorizado.

**Cadeira de rodas manual de auto-propulsão** – a criança/o jovem utiliza os braços e as mãos ou os pés ativamente para impulsionar as rodas e se mover.

**Transportado** – Uma pessoa manualmente empurra o dispositivo de mobilidade (por exemplo, cadeira de rodas, carrinho de bebê ou de passeio) para mover a criança/ jovem de um lugar ao outro.

**Andar** – A menos que especificado de outra maneira, indica nenhuma ajuda física de outra pessoa, ou uso de qualquer dispositivo de mobilidade manual. Uma órtese (ou seja, uma braçadeira ou tala) pode ser usada.

**Mobilidade sobre rodas** – Refere-se a qualquer tipo de dispositivo com rodas que permite movimento (por exemplo, carrinho, cadeira de rodas manual ou motorizada).

### CARACTERÍSTICAS GERAIS PARA CADA NÍVEL

**NÍVEL I** – Anda sem limitações

**NÍVEL II** – Anda com limitações

**NÍVEL III** – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade

**NÍVEL IV** – Auto-mobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada.

**NÍVEL V** – Transportado em uma cadeira de rodas manual.

## DISTINCOES ENTRE OS NIVEIS

**Distinções entre os níveis I e II** – crianças e jovens do nível II, quando comparados às crianças e jovens do nível I, têm limitações para andar por longas distâncias e equilibrar-se; podem precisar de um dispositivo manual de mobilidade ao aprender a andar; podem utilizar um dispositivo com rodas quando caminham por longas distâncias em espaços externos e na comunidade; requerem o uso de corrimão para subir e descer escadas; e não são capazes de correr e pular.

**Distinções entre os níveis II e III** – As crianças e os jovens no nível II são capazes de andar sem um dispositivo manual de mobilidade depois dos quatro anos de idade (embora possam optar por utilizá-lo às vezes). As crianças e os jovens do nível III precisam de um dispositivo manual de mobilidade para andar em espaços internos e o uso de mobilidade sobre rodas fora de casa e na comunidade.

**Distinções entre os níveis III e IV** – as crianças e jovens que estão no nível III sentam-se sozinhos ou requerem no máximo um apoio externo limitado para sentar-se; eles são mais independentes nas transferências para a postura em pé e andam com um dispositivo manual de mobilidade. As crianças e jovens no nível IV sentam-se (geralmente apoiados), mas a autolocomoção é limitada. É mais provável que as crianças e jovens no Nível IV sejam transportadas em uma cadeira de rodas manual ou que utilizem a mobilidade motorizada.

**Distinções entre os Níveis IV e V** – As crianças e jovens no Nível V têm graves limitações no controle da cabeça e tronco e requerem tecnologia assistiva ampla e ajuda física. A autolocomoção é conseguida apenas se a criança/jovem pode aprender como operar uma cadeira de rodas motorizada.

### Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – Ampliado e Revisto (GMFCS – E & R)

#### ANTES DO ANIVERSARIO DE 2 ANOS

**NÍVEL I:** Bebês sentam-se no chão, mantêm-se sentados e deixam esta posição com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os bebês engatinham (sobre as mãos e joelhos), puxam-se para ficar em pé e dão passos segurando-se nos móveis. Os bebês andam entre 18 meses e 2 anos de idade sem a necessidade de aparelhos para auxiliar a locomoção.

**NÍVEL II:** Os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem necessitar de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Os bebês rastejam em prono ou engatinham (sobre mãos e joelhos). Os bebês podem puxar-se para ficar em pé e dar passos segurando-se nos móveis.

**NÍVEL III:** Os bebês mantêm-se sentados no chão quando há apoio na parte inferior do tronco. Os bebês rolam e rastejam para frente em prono.

**NÍVEL IV:** Os bebês apresentam controle de cabeça, mas necessitam de apoio de tronco para sentarem-se no chão. Os bebês conseguem rolar para a posição supino e podem rolar para a posição prono.

**NÍVEL V:** As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento. Os bebês são incapazes de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco em prono e sentados. Os bebês necessitam da assistência do adulto para rolar..

#### ENTRE O SEGUNDO E O QUARTO ANIVERSARIO

**NÍVEL I:** As crianças sentam-se no chão com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e levantar-se do chão são realizadas sem assistência do adulto. As crianças andam como forma preferida de locomoção, sem a necessidade de qualquer aparelho auxiliar de locomoção.

**NÍVEL II:** As crianças sentam-se no chão, mas podem ter dificuldades de equilíbrio quando ambas as mãos estão livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e deixar a posição sentada são realizados sem assistência do adulto. As crianças puxam-se para ficar em pé em uma superfície estável. As crianças engatinham (sobre mãos e joelhos) com padrão alternado, andam de lado segurando-se nos móveis e andam usando aparelhos para auxiliar a locomoção como

forma preferida de locomoção.

**NÍVEL III:** As crianças mantêm-se sentadas no chão freqüentemente na posição de W (sentar entre os quadris e os joelhos em flexão e rotação interna) e podem necessitar de assistência do adulto para assumir a posição sentada. As crianças rastejam em prono ou engatinham (sobre as mãos e joelhos), freqüentemente sem movimentos alternados de perna, como métodos principais de auto-locomoção. As crianças podem puxar-se para levantar em uma superfície estável e andar de lado segurando-se nos móveis por distâncias curtas. As crianças podem andar distâncias curtas nos espaços internos utilizando um dispositivo manual de mobilidade (andador) e ajuda de um adulto para direcioná-la e girá-la.

**NÍVEL IV:** As crianças sentam-se no chão quando colocadas, mas são incapazes de manter alinhamento e equilíbrio sem o uso de suas mãos para apoio. As crianças freqüentemente necessitam de equipamento de adaptação para sentar e ficar em pé. A auto-locomoção para curtas distâncias (dentro de uma sala) é alcançada por meio do rolar, rastejar em prono ou engatinhar sobre as mãos e joelhos sem movimento alternado de pernas.

**NÍVEL V:** As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a capacidade de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas de função motora estão limitadas. As limitações funcionais do sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamentos adaptativos e de tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm meios para se mover independentemente e são transportadas. Somente algumas crianças conseguem a autolocomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

### ENTRE O QUARTO E O SEXTO ANIVERSÁRIO

**NÍVEL I:** As crianças sentam-se na cadeira, mantêm-se sentadas e levantam-se dela sem a necessidade de apoio das mãos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé sem a necessidade de objetos de apoio. As crianças andam nos espaços internos e externos e sobem escadas. Iniciam habilidades de correr e pular.

**NÍVEL II:** As crianças sentam-se na cadeira com ambas as mãos livres para manipular objetos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé, mas geralmente requerem uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com os membros superiores. As crianças andam sem a necessidade de um dispositivo manual de mobilidade em espaços internos e em curtas distâncias em espaços externos planos. As crianças sobem escadas segurando-se no corrimão, mas são incapazes de correr e pular.

**NÍVEL III:** As crianças sentam-se em cadeira comum, mas podem necessitar de apoio pélvico e de tronco para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira usando uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com seus braços. As crianças andam com um dispositivo manual de mobilidade em superfícies planas e sobem escadas com a assistência de um adulto. As crianças freqüentemente são transportadas quando percorrem longas distâncias e quando em espaços externos em terrenos irregulares.

**NÍVEL IV:** As crianças sentam em uma cadeira, mas precisam de um assento adaptado para controle de tronco e para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira com a ajuda de um adulto ou de uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se com seus braços. As crianças podem, na melhor das hipóteses, andar por curtas distâncias com o andador e com supervisão do adulto, mas tem dificuldades em virar e manter o equilíbrio em superfícies irregulares. As crianças são transportadas na comunidade. As crianças podem adquirir autolocomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada.

**NÍVEL V:** As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a habilidade para manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas da função motora estão limitadas. As limitações funcionais no sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamento adaptativo e tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm como se movimentar independentemente e são transportadas. Algumas crianças alcançam autolocomoção usando cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

### ENTRE O SEXTO E O DÉCIMO SEGUNDO ANIVERSÁRIO

**Nível I:** As crianças caminham em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. As crianças são capazes de subir e descer meio-fios e escadas sem assistência física ou sem o uso de corrimão. As crianças apresentam habilidades motoras grossas tais como correr e saltar, mas a velocidade, equilíbrio e a coordenação são limitados. As crianças podem participar de atividades físicas e esportes dependendo das escolhas pessoais e fatores ambientais.

**Nível II:** As crianças caminham na maioria dos ambientes. As crianças podem apresentar dificuldade em caminhar longas distâncias e de equilíbrio em terrenos irregulares, inclinações, áreas com muitas pessoas, espaços fechados ou quando carregam objetos. As crianças sobem e descem escadas segurando em corrimão ou com assistência física se não houver este tipo de apoio. Em espaços externos e na comunidade, as crianças podem andar com assistência física, um dispositivo manual de mobilidade, ou utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. As crianças têm, na melhor das hipóteses, apenas habilidade mínima para realizar as habilidades motoras grossas tais como correr e pular. As limitações no desempenho das habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitirem a participação em atividades físicas e esportes.

**Nível III:** As crianças andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade na maioria dos espaços internos. Quando sentadas, as crianças podem exigir um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para posição em pé requerem assistência física de uma pessoa ou uma superfície de apoio. Quando movem-se por longas distâncias, as crianças utilizam alguma forma de mobilidade sobre rodas. As crianças podem subir ou descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes, incluindo a auto-propulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

**Nível IV:** As crianças utilizam métodos de mobilidade que requerem assistência física ou mobilidade motorizada na maioria dos ambientes. As crianças requerem assento adaptado para o controle pélvico e do tronco e assistência física para a maioria das transferências. Em casa, as crianças movem-se no chão (rolar, arrastar ou engatinhar), andam curtas distâncias com assistência física ou utilizam mobilidade motorizada. Quando posicionadas, as crianças podem utilizar um andador de apoio corporal em casa ou na escola. Na escola, em espaços externos e na comunidade, as crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual ou utilizam mobilidade motorizada. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações que permitam a participação nas atividades físicas e esportes, incluindo a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

**Nível V:** As crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. As crianças são limitadas em sua habilidade de manter as posturas anti-gravitacionais da cabeça e tronco e de controlar os movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o levantar e/ou a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. As transferências requerem assistência física total de um adulto. Em casa, as crianças podem se locomover por curtas distâncias no chão ou podem ser carregadas por um adulto. As crianças podem adquirir auto-mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar-se e controlar o trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e em esportes, inclusive a assistência física e uso de mobilidade motorizada.

## ENTRE O DÉCIMO SEGUNDO E DÉCIMO OITAVO ANIVERSÁRIO

**Nível I:** Os jovens andam em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. Os jovens são capazes de subir e descer meio-fios sem a assistência física e escadas sem o uso de corrimão. Os jovens desempenham habilidades motoras grossas tais como correr e pular, mas a velocidade, o equilíbrio e a coordenação são limitados. Os jovens podem participar de atividades físicas e esportes dependendo de escolhas pessoais e fatores ambientais.

**Nível II:** Os jovens andam na maioria dos ambientes. Os fatores ambientais (tais como terrenos irregulares, inclinações, longas distâncias, exigências de tempo, clima e aceitação pelos colegas) e preferências pessoais influenciam as escolhas de mobilidade. Na escola ou no trabalho, os jovens podem andar utilizando um dispositivo manual de mobilidade por segurança. Em espaços externos e na comunidade, os jovens podem utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. Os jovens sobem e descem escadas segurando em um corrimão ou com assistência física se não houver corrimão. As limitações no desempenho de habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes.

**Nível III:** Os jovens são capazes de caminhar utilizando um dispositivo manual de mobilidade. Os jovens no nível III demonstram mais variedade nos métodos de mobilidade dependendo da habilidade física e de fatores ambientais e pessoais, quando comparados a jovens de outros níveis. Quando estão sentados, os jovens podem precisar de um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para em pé requerem assistência física de uma pessoa ou de uma superfície de apoio. Na escola, os jovens podem auto-impulsionar uma cadeira de rodas manual ou utilizar a mobilidade motorizada. Em espaços externos e na comunidade, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas ou utilizam mobilidade motorizada. Os jovens podem subir e descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes incluindo a auto-propulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

**Nível IV:** Os jovens usam a mobilidade sobre rodas na maioria dos ambientes. Os jovens necessitam de assento adaptado para o controle pélvico e do tronco. Assistência física de 1 ou 2 pessoas é necessária para as transferências.

Os jovens podem apoiar o peso com as pernas para ajudar nas transferências para ficar em pé. Em espaços internos, os jovens podem andar por curtas distâncias com assistência física, utilizam a mobilidade sobre rodas, ou, quando posicionados, utilizam um andador de apoio corporal. Os jovens são fisicamente capazes de operar uma cadeira de rodas motorizada. Quando o uso de uma cadeira de rodas motorizada não for possível ou não disponível, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes, inclusive a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

**Nível V:** Os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. Os jovens são limitados em sua habilidade para manter as posturas antigravitacionais da cabeça e tronco e o controle dos movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o ficar de pé, e a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. Assistência física de 1 ou 2 pessoas ou uma elevação mecânica é necessária para as transferências. Os jovens podem conseguir a auto-mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar e para o controle do trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes incluindo a assistência física e o uso de mobilidade motorizada.

# ANEXO C – INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE – PEDI

## PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY - PEDI

### Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção

Tradução e adaptação cultural: Marisa C. Mancini, Sc.D., T.O.

Versão 1.0 Brasileira

Stephen M Haley, Ph.D., P.T., Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/L, Larry H. Ludlow, Ph.D., Jane T. Haltiwanger, M.A., Ed.M., Peter J. Andrellos, Ph.D.

1992, New England Medical Center and PEDI Research Group.

Solicitação: Laboratórios de Atividade e Desenvolvimento Infantil, Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) Fone: (31) 3499 47 90

### FORMULÁRIO DE PONTUAÇÃO

#### Sobre a Criança

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Idade: \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Dia \_\_\_\_\_

Entrevista \_\_\_\_\_

Nascimento \_\_\_\_\_

Id. Cronológica \_\_\_\_\_

Diagnóstico (se houver): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ primário \_\_\_\_\_ adicional

#### Situação atual da criança

hospitalizada  mora em casa

cuidado intensivo  mora em instituição

reabilitação

Outros (especificar): \_\_\_\_\_

Escola ou outras instalações: \_\_\_\_\_

Série escolar: \_\_\_\_\_

#### Sobre o entrevistado (pais ou responsável)

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Parentesco com a criança: \_\_\_\_\_

Profissão (especificar): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

#### Sobre o examinador

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

#### Sobre a avaliação

Recomendada por: \_\_\_\_\_

Razões da avaliação: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

**Direções Gerais:** Abaixo estão as orientações gerais para a pontuação. Todos os itens têm descrições específicas. Consulte o manual para critérios de pontuação individual.

#### Parte I - Habilidades Funcionais: 197 itens

Áreas: auto-cuidado, mobilidade, função social

##### Pontuação:

0 = incapaz ou limitado na capacidade de executar o item na maioria das situações

1 = capaz de executar o item na maioria das situações, ou o item já foi previamente concluído e habilidades funcionais progrediram além deste nível.

#### Parte II - Assistência do adulto de referência: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: auto-cuidado, mobilidade, função social

##### Pontuação:

5 = Independente

4 = Supervisão

3 = Assistência mínima

2 = Assistência moderada

1 = Assistência máxima

0 = Assistência total

#### Parte III - Modificações: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: auto-cuidado, mobilidade, função social

##### Pontuação:

N = Nenhuma modificação

C = Modificação centrada na criança (não especializadas)

R = Equipamento de reabilitação

E = Modificações extensivas

**POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS**

**Parte I: Habilidades funcionais**

**Área de Auto-Cuidado**

(Marque cada item correspondente:  
escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

**A: TEXTURA DOS ALIMENTOS**

- 1- Come alimento batido/amassado/coado
- 2- Come alimento moído/granulado
- 3- Come alimento picado/em pedaços
- 4- Come comidas de texturas variadas

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS**

- 5- Alimenta-se com os dedos
- 6- Pega comida com colher e leva até a boca
- 7- Usa bem a colher
- 8- Usa bem o garfo
- 9- Usa faca para passar manteiga no pão, corta alimentos macios

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER**

- 10- Segura mamadeira ou copo com bico ou canudo
- 11- Levanta copo para beber, mas pode derramar
- 12- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa usando as 2 mãos
- 13- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa usando 1 mão
- 14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D: HIGIENE ORAL**

- 15- Abre a boca para a limpeza dos dentes
- 16- Segura escova de dente
- 17- Escova os dentes, porém sem escovação completa
- 18- Escova os dentes completamente
- 19- Coloca creme dental na escova

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E: CUIDADOS COM OS CABELOS**

- 20- Mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado
- 21- Leva pente ou escova até o cabelo
- 22- Escova ou penteia o cabelo
- 23- É capaz de desembaraçar e partir o cabelo

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F: CUIDADOS COM O NARIZ**

- 24- Permite que o nariz seja limpo
- 25- Assoa o nariz com lenço
- 26- Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado
- 27- Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado
- 28- Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G: LAVAR AS MÃOS**

- 29- Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas
- 30- Esfrega as mãos uma na outra para limpá-las
- 31- Abre e fecha torneira e utiliza sabão
- 32- Lava as mãos completamente
- 33- Seca as mãos completamente

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H: LAVAR O CORPO E A FACE**

- 34- Tenta lavar partes do corpo
- 35- Lava o corpo completamente não incluindo a face
- 36- Utiliza sabonete (e esponja, se for costume)
- 37- Seca o corpo completamente
- 38- Lava e seca a face completamente

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE**

- 39- Auxilia empurrando os braços p/ vestir a manga da camisa
- 40- Retira camisetas, vestido ou agasalho sem fecho
- 41- Coloca camiseta, vestido ou agasalho sem fecho
- 42- Coloca e retira camisas abertas na frente, porém s/ fechar
- 43- Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**J: FECHOS**

- 44- Tenta participar no fechamento de vestimentas
- 45- Abre e fecha fecho de correr, sem separá-lo ou fechar o botão
- 46- Abre e fecha colchete de pressão
- 47- Abotoa e desabotoa
- 48- Abre e fecha o fecho de correr (ziper) separando e fechando colchete/ botão

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**K: CALÇAS**

- 49- Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir
- 50- Retira calças com elástico na cintura
- 51- Veste calças com elástico na cintura
- 52- Retira calças, incluindo abrir fechos
- 53- Veste calças incluindo fechar fechos

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L: SAPATOS / MEIAS**

- 54- Retira meias e abre os sapatos
- 55- Calça sapatos/sandálias
- 56- Calça meias
- 57- Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro
- 58- Amarra sapatos (prepara cadarço)

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M: TAREFAS DE TOALETE**  
(roupas, uso do banheiro e limpeza)

- 59- Auxilia no manejo de roupas
- 60- Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro
- 61- Utiliza vaso sanitário, papel higiênico e dá descarga
- 62- Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro
- 63- Limpa-se completamente depois de evacuar

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N: CONTROLE URINÁRIO**  
(escore =1 se a criança já é capaz)

- 64- Indica quando molhou fralda ou calça
- 65- Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)
- 66- Indica, consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 67- Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)
- 68- Mantém-se constantemente seco durante o dia e a noite

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O: CONTROLE INTESTINAL**  
(escore =1 se a criança já é capaz)

- 69- Indica necessidade de ser trocado
- 70- Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro (durante o dia)
- 71- Indica, constantemente, necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 72- Faz distinção entre urinar e evacuar
- 73- Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Somatório da Área de Auto-Cuidado:**

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

**Área de Mobilidade**

(Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

**A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO**

- 1- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto
- 2- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho
- 3- Senta e levanta de privada baixa ou troninho
- 4- Senta e levanta de privada própria para adulto
- 5- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços

0	1

**B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS**

- 6- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto
- 7- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio
- 8- Senta e levanta de cadeira móvel baixa/infantis
- 9- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto
- 10- Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços

0	1

**C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO**

- 11a- Movimenta-se no carro; mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro
- 12a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução
- 13a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução
- 14a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro
- 15a- Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo

0	1

**C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS**

- 11b- Sobe e desce do banco do ônibus
- 12b- Move-se com ônibus em movimento
- 13b- Desce a escada do ônibus
- 14b- Passa na roleta
- 15b- Sobe a escada do ônibus

0	1

**D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS**

- 16- Passa de deitado para sentado na cama ou berço
- 17- Passa para sentado na beirada da cama; deita a partir de sentado na beirada da cama
- 18- Sobe e desce de sua própria cama
- 19- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços

0	1

**E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO**

- 20- Entra no chuveiro
- 21- Sai do chuveiro
- 22- Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão
- 23- Abre e fecha box/cortinado
- 24- Abre e fecha torneira

0	1

**F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza)**

- 25- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão
- 26- Anda, porém segurando-se na móvel, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio
- 27- Anda sem auxílio

0	1

**G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza)**

- 28- Move-se pelo ambiente mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
- 29- Move-se pelo ambiente sem dificuldade
- 30- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
- 31- Move-se entre ambientes sem dificuldade
- 32- Move-se em ambientes internos por 15 m; abre e fecha portas internas e externas

0	1

**H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA/CARREGA OBJETOS**

- 33- Muda de lugar intencionalmente
- 34- Move-se concomitantemente com objetos pelo chão
- 35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma mão
- 36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos
- 37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos

0	1

**I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS**

- 38- Anda, mas segura em objetos, adulto ou aparelhos de apoio
- 39- Anda sem apoio

0	1

**J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz)**

- 40- Move-se por 3 - 15 m (comprimento de um 1-5 carro)
- 41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carro)
- 42- Move-se por 30 - 45 m
- 43- Move-se por 45m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)
- 44- Move-se por 45m ou mais sem dificuldade

0	1

**K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: SUPERFÍCIES**

- 45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)
- 46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)
- 47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)
- 48- Sobe e desce rampas ou inclinações
- 49- Sobe e desce meio-fio

0	1

**L: SUBIR ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)**

- 50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
- 51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)
- 52- Sobe partes de um lance de escada (ereto)
- 53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
- 54- Sobe conjunto de lances de escada sem dificuldade

0	1

**M: DESCER ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)**

- 55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
- 56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada completo (12-15 degraus)
- 57- Desce parte de um lance de escada (ereto)
- 58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
- 59- Desce conjunto de lances de escada sem dificuldade

0	1

**Somatório da Área de Mobilidade:**

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

**Área de Função Social**

(Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0 = incapaz, 1 = capaz)

- A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA** incapaz 0 1 capaz
- 1- Orienta-se pelo som
  - 2- Reage ao "não"; reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar
  - 3- Reconhece 10 palavras
  - 4- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis
  - 5- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos
- B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS** 0 1
- 6- Compreende sentenças curtas sobre objetos e pessoas familiares
  - 7- Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas
  - 8- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está
  - 9- Compreende comando de dois passos, utilizando-se se/então, antes/depois, primeiro/segundo, etc.
  - 10- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito mas de uma forma diferente
- C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO** 0 1
- 11- Nomeia objetos
  - 12- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas
  - 13- Procura informação fazendo perguntas
  - 14- Descreve ações ou objetos
  - 15- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios
- D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA** 0 1
- 16- Usa gestos que têm propósito adequado
  - 17- Usa uma única palavra com significado adequado
  - 18- Combina duas palavras com significado adequado
  - 19- Usa sentenças de 4-5 palavras
  - 20- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história simples
- E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA** 0 1
- 21- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo
  - 22- Se transformado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente ou o seu comportamento é prejudicado
  - 23- Se transformado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo
  - 24- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)
  - 25- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto
- F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS)** 0 1
- 26- Mostra interesse em relação a outros
  - 27- Inicia uma brincadeira familiar
  - 28- Aguarda sua vez em um jogo simples quando é dada dica que é sua vez
  - 29- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira
  - 30- Durante a brincadeira a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia
- G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADE SEMELHANTE)** 0 1
- 31- Percebe a presença de outras crianças e pode vocalizar ou gesticular para os companheiros
  - 32- Interage com outras crianças em situações breves e simples
  - 33- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança
  - 34- Planeja e executa atividade cooperativa com outras crianças; brincadeira é complexa e mantida
  - 35- Brinca de jogos de regras

- H: BRINCADEIRA COM OBJETOS** incapaz 0 1 capaz
- 36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção
  - 37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüência simples de faz-de-conta
  - 38- Agrupa materiais para formar alguma coisa
  - 39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece
  - 40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação

- I: AUTO-INFORMAÇÃO** 0 1
- 41- Diz o primeiro nome
  - 42- Diz o primeiro e último nome
  - 43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família
  - 44- Dá o endereço completo de casa; se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto
  - 45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para casa ou voltar ao quarto do hospital

- J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL** 0 1
- 46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia
  - 47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana
  - 48- Tem conceitos simples de tempo
  - 49- Associa um horário específico com atividades/eventos
  - 50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações

- K: TAREFAS DOMÉSTICAS** 0 1
- 51- Começa a ajudar a cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes
  - 52- Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes
  - 53- Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar dos seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las
  - 54- Ocasionalmente inicia tarefas domésticas simples; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las
  - 55- Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica envolvendo vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física

- L: AUTO-PROTEÇÃO** 0 1
- 56- Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas
  - 57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes
  - 58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança
  - 59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos
  - 60- Atravessa rua movimentada com segurança na ausência de um adulto

- M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA** 0 1
- 61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente
  - 62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente
  - 63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários
  - 64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão
  - 65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência

**Somatório da Área de Função Social:**

Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens

Comentários:

**Partes II e III: Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente**

Greide e esteete apropriado para avaliar cada item das escalas de Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente

	Assistência do Cuidador						Modificações				
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Cranga	Reabilitação	Extensiva	
<b>Área de Auto-Cuidado</b>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>A. Alimentação:</b> Come e bebe nas refeições regulares; não inclui cortar carne, abrir recipientes ou servir comida das travessas.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>B. Higiene Pessoal:</b> Escova dentes, escova ou penteia o cabelo e limpa o nariz.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>C. Banho:</b> Lava e seca o rosto e mãos, toma banho; não inclui: entrar e sair do chuveiro ou banheira, preparar a água e lavar as costas ou cabelos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>D. Vestir - parte superior do corpo:</b> Roupas de uso diário, inclui ajudar a colocar e retirar splint ou prótese; não inclui tirar roupas do armário ou gavetas, lidar com fechos nas costas.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>E. Vestir - parte inferior do corpo:</b> Roupas de uso diário, incluindo colocar e tirar órtese ou prótese; não inclui tirar as roupas do armário ou gavetas.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>F. Banheiro:</b> Lider com roupas, manejo do vaso ou uso de instalações externas, e limpar-se; não inclui: transferência para o sanitário, controle dos horários ou limpar-se após acidentes.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>G. Controle Urinário:</b> Controle urinário dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>H. Controle Intestinal:</b> Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	<b>Soma da área de Auto-Cuidado</b>										Freqüências
<b>Área de Mobilidade</b>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>A. Transferências no banheiro /cadeiras:</b> cadeira-de-rodas infantil, cadeira de tamanho adulto, sanitário de tamanho adulto.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>B. Transferências no carro/ônibus:</b> mobilidade dentro do carro ou no ônibus, uso do cinto de segurança, transferências/ abrir e fechar as portas do carro ou entrar e sair do ônibus.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>C. Mobilidade na cama/transferências:</b> subir e descer da cama sozinho e mudar de posição na própria cama.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>D. Transferências no chuveiro:</b> entrar e sair do chuveiro, abrir chuveiro, pegar sabonete e shampoo. Não inclui preparar para o banho.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>E. Locomoção em ambiente interno:</b> 15 metros; não inclui abrir portas ou carregar objetos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>F. Locomoção em ambiente externo:</b> 45 metros em superfícies niveladas; focalizar na habilidade física para mover-se em ambiente externo (não considerar comportamento ou questões de segurança como atravessar ruas).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>G. Escadas:</b> subir e descer um lance de escadas (12-15 degraus)	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	<b>Soma da área de Mobilidade</b>										Freqüências
<b>Área de Função Social</b>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>A. Compreensão funcional:</b> Entendimento das solicitações e instruções.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>B. Expressão funcional:</b> Habilidade para fornecer informações sobre suas próprias atividades e tornar conhecidas as suas necessidades; inclui clareza na articulação.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>C. Resolução de problemas em parceria:</b> Inclui comunicação do problema e o empenho com o adulto de referência ou um outro adulto em encontrar uma solução; inclui apenas problemas cotidianos que ocorrem durante as atividades diárias (por exemplo, perda de um brinquedo e conflitos na escolha das roupas).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>D. Brincar com companheiro:</b> Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
<b>E. Segurança:</b> Cuidados quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e tráfico.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	<b>Soma da área de Função Social</b>										Freqüências

# Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção

Versão 1.0 - Brasileira

Nome: \_\_\_\_\_ Data do teste: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Identificação: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

## SUMÁRIO DOS ESCORES

### Escores Compostos

#### ÁREA

ÁREA		Escore Bruto	Escore Normativo	Erro padrão	Escore Contínuo	Erro padrão	Escore Fit*
Auto-cuidado	Habilidades funcionais						
Mobilidade	Habilidades funcionais						
Função Social	Habilidades funcionais						
Auto-cuidado	Assistência do Cuidador						
Mobilidade	Assistência do Cuidador						
Função Social	Assistência do Cuidador						

\*Obtido somente com o uso de um programa de software

Modificação (frequências)											
Auto-cuidado (8 itens)				Mobilidade (7 itens)				Função Social (5 itens)			
Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva

### Perfil dos Escores

#### ÁREA

ÁREA		ESCORE NORMATIVO					ESCORE CONTÍNUO		
Auto-cuidado	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0	50	100
Mobilidade	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0	50	100
Função Social	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0	50	100
Auto-cuidado	Assistência do Cuidador	10	30	50	70	90	0	50	100
Mobilidade	Assistência do Cuidador	10	30	50	70	90	0	50	100
Função Social	Assistência do Cuidador	10	30	50	70	90	0	50	100

+/- 2 erros padrões