

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE SAÚDE, CIÊNCIAS HUMANAS E TECNOLÓGICAS
DO PIAUÍ- UNINOVAFAPI**

**RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE
THAIS DO CARMO LIMA SOUSA**

Avaliação da funcionalidade em Crianças com Paralisia Cerebral por meio do
Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade-PEDI

TERESINA

2017

RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE
THAIS DO CARMO LIMA SOUSA

Avaliação da funcionalidade em Crianças com Paralisia Cerebral por meio do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade -PEDI

Artigo científico apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas-UNINOVAFAPI como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof.^a Dr. Raurys Alencar de Oliveira

TERESINA

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

S725a Sousa, Thais do Carmo Lima.

Avaliação da funcionalidade em crianças com paralisia cerebral por meio do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade - PEDI / Thais do Carmo Lima Sousa; Raoanna Helena Marques de Albuquerque. – Teresina: Uninovafapi, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Raurys Alencar de Oliveira. Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2017.

38. p.; il. 23cm.

Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2017.

1. Paralisia cerebral. 2. Funcionalidade. 3. Fisioterapia. 4. Crianças. I. Título. II. Albuquerque, Raoanna Helena Marques de. III. Oliveira, Raurys Alencar de.

CDD 616.836

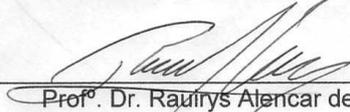
**RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE
THAIS DO CARMO LIMA SOUSA**

**AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL
POR MEIO DO INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE-
PEDI**

Artigo Científico apresentado ao curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas-UNINOVAFAPI como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia, sobre Avaliação da funcionalidade em crianças com paralisia cerebral por meio do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade- pedi.

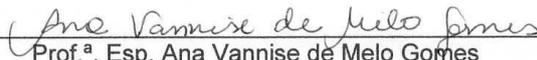
Aprovada em 26/05/2017

BANCA EXAMINADORA



Prof.º Dr. Raurys Atencar de Oliveira

(Orientador)



Prof.ª Esp. Ana Vannise de Melo Gomes

1º avaliador



Prof.ª Msc. Maria Evangelina Oliveira

2º avaliador

DEDICATÓRIA

Dedicamos a Deus, nossa luz diária e a nossa família por todo amor e estímulo, que de alguma forma, ajudaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por suas infinitas graças em nossas vidas, que ele continue olhando por nós.

Também ao professor Raurys Alencar de Oliveira, por sua orientação e paciência.

As fisioterapeutas do CEIR que tão bem nos receberam e pela ajuda prestada para seleção de nossa coleta.

As nossas mães pelas palavras de motivação e por toda dedicação dada a nós nesses dias difíceis.

“É a direção da vela, e não o sopro da tempestade, que determina o seu curso navida.”

(Clarice Lispector)

Avaliação da funcionalidade em Crianças com Paralisia Cerebral por meio do
Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade-PEDI

Raoanna Helena Marques de Albuquerque

Thais do Carmo Lima Sousa

Raurys Alencar de Oliveira

RESUMO

A Paralisia Cerebral refere-se a um grupo de enfermidades crônicas que tem como denominador comum o desequilíbrio na coordenação e nos movimentos, ou seja, um transtorno postural e da motricidade. Este trabalho tem como objetivo avaliar a funcionalidade de crianças com Paralisia Cerebral no Centro Integrado de Reabilitação - CEIRde Teresina- PI. Trata-se de um estudo prospectivo, transversal, quantitativo e qualitativo. Os dados foram coletados através do PEDI (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory*), instrumento padronizado capaz de documentar o desempenho funcional de crianças nas atividades de vida diária e que visa caracterizar aspectos funcionais na faixa etária entre seis meses a sete anos e meio de idade. Foram analisados 10 pacientes, sendo nove do sexo masculino e um do sexo feminino. A idade variou de 1 ano a 7 anos. O questionário foi aplicado com o responsável da criança, com duração de 40 minutos em local reservado. Os resultados mostrados foram conclusivos para afirmar que a funcionalidade da criança com paralisia cerebral é afetada nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; funcionalidade; fisioterapia; crianças.

EVALUATION OF FUNCTIONALITY IN CHILDREN WITH CEREBRAL PARALYSIS THROUGH INVENTORY OF PEDIATRIC ASSESSMENT OF DISABILITY

Raoanna Helena Marques de Albuquerque

Thais do Carmo Lima Sousa

Raurys Alencar de Oliveira

ABSTRACT

Cerebral Palsy refers to a group of chronic diseases that have as common denominator the imbalance in coordination and movements, that is, a postural disorder and motor disorders. This study aims to evaluate the functionality of children with Cerebral Palsy at the Integrated Center for Rehabilitation - CEIR de Teresina - PI. It is a prospective, cross-sectional, quantitative and qualitative study. The data were collected through the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), a standardized instrument capable of documenting the functional performance of children in daily life activities, which aims to characterize functional aspects in the age group between six months and seven and a half years of age. Ten patients were analyzed, nine of them male and one female. Age ranged from 1 year to 7 years. The questionnaire was applied to the child's guardian, with a 40-minute duration in a reserved place. The results shown were conclusive to affirm that the functionality of the child with cerebral palsy is affected in the areas of self-care, mobility and social function.

Keywords: Cerebral Palsy; functionality; physiotherapy; children.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Formulário de pontuação	31
Figura 2 - Habilidades funcionais	32
Figura 3 - Área de mobilidade	33
Figura 4 - Área de função social.....	34
Figura 5 - Assistência do cuidador e modificação do ambiente.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultado do questionário PEDI segundo habilidade funcional	14
Tabela 2 - Resultados do questionário PEDI segundo a assistência do cuidador.....	15
Tabela 3 - Modificações utilizadas pela criança	16

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2.0 METODOLOGIA.....	12
3.0 RESULTADOS	14
4.0 DISCUSSÃO	17
5.0 CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
APÊNDICES.....	24
ANEXOS	30

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (1999) caracteriza a paralisia cerebral (PC) ou encefalopatia crônica não progressiva da infância como resultante de uma lesão estática, que ocorre no período pré, peri ou pós-natal afetando o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional.

O termo PC refere-se a um grupo de enfermidades crônicas que tem como denominador comum o desequilíbrio na coordenação e nos movimentos, ou seja, um transtorno postural e da motricidade (MADEIRA; CARVALHO, 2009).

Leite e Prado (2004) citam que as causas mais comuns são: desenvolvimento congênito anormal do cérebro, particularmente do cerebelo; anóxia cerebral perinatal, principalmente quando associada com a prematuridade; lesão traumática do cérebro, no nascimento, geralmente resultado de um trabalho de parto prolongado, ou uso de fórceps; eritroblastose por incompatibilidade de Rh e infecções cerebrais na fase inicial do período pós-natal.

A estimativa no Brasil é que a cada 1.000 crianças que nascem, 7 são portadoras de PC, o censo de 2000 demonstra que 24,5 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência. A incidência brasileira não é fácil determinar devido a PC estar relacionada a problemas gestacionais, más condições de nutrição materna e infantil e atendimento médico e hospitalar muitas vezes ineficaz, determinando as condições clínicas apresentadas principalmente por crianças nascidas antes da correta maturação neurológica (COSTA et al., 2004; MANCINI, 2004; SOUZA, 2005).

A PC é classificada em dois parâmetros: (1) pelo tipo de disfunção motora presente, ou seja, o quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetóide, coreico e distônico), atáxico, misto e espástica; (2) pela topografia dos prejuízos, ou seja, localização do corpo afetado, que inclui tetraplegia ou quadriplegia, monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia (LEITE; PRADO, 2004).

O comprometimento neuromotor de uma criança com PC classifica-se como leve, moderada ou severa, baseada no desenvolvimento da criança. Tal comprometimento pode interferir na função, dificultando assim o desempenho de atividades repetidamente realizadas por crianças com o desenvolvimento normal (SARI; MARCON, 2008).

Para avaliar a função motora grossa e o desempenho funcional de crianças com PC bem como suas limitações na vida dos familiares se utiliza de testes padronizados e validados que subsidiam a utilização adequada desta instrumentação na prática clínica. O PEDI (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory*), questionário traduzido e adaptado no Brasil, do original norte-americano seguindo todos os critérios e procedimentos descritos na literatura. É um instrumento padronizado que consiste de uma entrevista estruturada realizada com o cuidador, capaz de documentar o desempenho funcional de crianças nas atividades de vida diária e visa caracterizar aspectos funcionais na faixa etária entre seis meses a sete anos e meio de idade (CHAGAS et al., 2008; PAICHECO, 2009).O objetivo do estudo é avaliar a funcionalidade de crianças com Paralisia Cerebral no Centro Integrado de Reabilitação de Teresina- PI.

2.0METODOLOGIA

Trata-se de uma série de casosprospectivos, descritivo, transversal, quantitativo e qualitativo realizado no Centro Integrado de Reabilitação – CEIR localizado na Higino Cunha, 1515- Bairro Ilhotas CEP. 64014-220 na Cidade de Teresina estado do Piauí, entre abril e maio de 2017 com crianças diagnosticadasde Paralisia Cerebral, de 6 meses há 7 anos e meio de idade acompanhadas na clínica de fisioterapia do Centro Integrado de Reabilitação- CEIR, excluindo as que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos e idade inferior ou superior a idade predeterminada.

O Centro Integrado de Reabilitação - CEIR é referência na prestação de serviços de atenção à saúde, especialmente voltados para habilitação, reabilitação e readaptação das pessoas com deficiência do estado. A pesquisa obedeceu a resolução nº466/12 do conselho nacional de saúde (CNS), com aprovação do CEP/UNINOVAFAPI no dia 31/03/2017com número doCAAE: 64900416.5.0000.5210.

O presente estudo tem como instrumento de coleta, o PEDI que expõe uma relação detalhada do comportamento funcional da criança e das habilidades, documentando suas mudanças longitudinais em três áreas funcionais: autocuidado, mobilidade e função social. Proporciona também, dados acerca do quão independente o paciente é ou se precisa da intervenção de cuidadores (PAICHECO, 2009).

É administrado no formato de uma entrevista estruturada com o próprio paciente ou como neste estudo, com um dos cuidadores da criança que conheça seus hábitos e conviva com a realização das tarefas do cotidiano (MANCINI, 2005).

Na primeira etapa o teste se propõe a avaliar as habilidades da criança em:

a) Escala de autocuidado com 73 itens ou atividades funcionais, agrupadas nas seguintes tarefas: alimentação; higiene pessoal; banho; vestir/despir; uso do toalete; continência urinária e fecal.

b) Escala de mobilidade com 59 itens ou atividades funcionais, agrupadas nas seguintes tarefas: transferências; locomoção dentro de um ambiente; locomoção em ambientes externos; uso de escadas.

c) A escala de função social com 65 itens agrupados nas tarefas: compreensão funcional; expressão funcional; resolução de problemas; brincar; auto informação; orientação temporal; participação em tarefas domésticas; noções de autoproteção; função na comunidade.

Cada item recebe escore 1 (um), se a criança for capaz de desempenhar a atividade, ou escore 0 (zero), se a criança não for capaz de desempenhá-la. A somatória dos escores obtidos em cada escala resulta em um escore total bruto para cada uma das três áreas de habilidades funcionais.

A segunda parte do PEDI quantificam o auxílio fornecido pelo cuidador para a criança desempenhar oito tarefas de autocuidado, sete tarefas de mobilidade e cinco tarefas de função social. Nessa parte, a quantidade de assistência é avaliada em escala ordinal, incluindo as seguintes categorias: 0 (zero)(assistência total), 1 (um) (assistência máxima), 2(dois) (assistência moderada), 3 (três) (assistência mínima), 4 (quatro) (supervisão) e 5(cinco) (independente). Na parte II do teste PEDI, a independência da criança é documentada de forma inversa à quantidade de ajuda fornecida pelo cuidador. Quanto maior o escore, melhor o desempenho nas habilidades funcionais e maior a independência da criança em relação ao cuidador nas AVDs.

A terceira parte do PEDI constitui uma lista de modificações utilizadas pela criança para realizar as tarefas funcionais. A somatória é feita pela frequência com que as crianças utilizam essas modificações. Essa terceira parte do teste não se caracteriza como uma escala quantitativa, uma vez que as modificações não são pontuadas com escores. (MANCINI, 2005). As categorias avaliadas são: nenhuma, feitas para criança (C), feitas pela reabilitação (R) e extensivas (E) (FERREIRA, 2007; BRIANEZE, 2009).

Os cuidadores responderam o teste em um local reservado após uma conversa explicativa dos examinadores e preenchimento dos dados da criança no formulário de pontuação.

3.0 RESULTADOS

Foram analisados 10 pacientes, sendo nove do sexo masculino e um do sexo feminino. A idade variou de 1 ano a 7 anos. O questionário foi aplicado com o responsável da criança, com duração de 40 minutos em local reservado. Foram respondidos 197 itens na área de habilidades funcionais, 20 atividades funcionais com assistência do cuidador e 20 atividades funcionais (modificações), avaliando as três escalas autocuidado, mobilidade e função social.

Na tabela 1 observa-se a somatória de escores brutos da área de habilidade funcional nas três escalas avaliadas, onde cada um foi transformado em escore normativo e contínuo, com seus respectivos erros padrões, esses pré-estabelecidos pelo manual do questionário.

Com a variação de idade da amostra pode-se observar nas quatro crianças de 2 anos, que houve uma discrepância nos valores de escores apesar da mesma idade, nas escalas de autocuidado, mobilidade e função social. Já as duas crianças com 1 ano notaram pouca variação de escores entre eles, nas três escalas. E nas duas crianças com 6 anos a diferença entre os escores foi bem razoável entre eles.

Não houve comparação entre as crianças de 5 e 7 anos, devido ter apenas um de cada idade (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultado do questionário PEDI segundo habilidade funcional

CASO	IDADE	AUTOCUIDADO					MOBILIDADE					FUNÇÃO SOCIAL				
		E.B.	E.N.	E.P.	E.C.	E.P.E.C.	E.B.	E.N.	E.P.	E.C.	E.P.E.C.	E.B.	E.N.	E.P.	E.C.	E.P.E.C.
#1	1 ano	12	39,1	3,6	31,38	2,89	5	18,7	3,5	18,35	3,1	9	39,4	3,9	31,01	3,07
#2	5 anos	47	<10		61,55	2,14	45	<10		53,39	2,15	36	<10		54,98	2,03
#3	2 anos	16	10,9	12,7	36,52	2,68	10	<10		25,54	2,57	19	31,4	4,4	43,73	2,3
#4	2 anos	9	<10		24,02	3,04	5	<10		18,35	3,1	8	<10		29,16	3,22
#5	6 anos	27	<10		47	2,19	39	<10		48,85	2,01	41	15,2	4,5	61,87	2,03
#6	1 ano	16	30,4	4,3	36,52	2,68	16	<10		31,85	2,23	21	47,7	3,2	45,64	2,23
#7	2 anos	30	38,3	2,8	49,34	2,12	10	<10		25,54	2,57	29	49,1	3,1	52,48	2,08
#8	6 anos	43	<10		58,6	2,09	31	<10		43,18	1,94	38	<10		59,53	2,04
#9	7 anos	49	20,7	1,8	63,09	2,18	63			77,28	3,4	55	37,1	2,8	75,16	2,66
#10	2 anos	21	25,1	3,7	41,85	2,41	2	<10		11,38	4,27	24	41,7	3,4	48,32	2,15

LEGENDA: AC - Autocuidado; MOB- Mobilidade; FS- Função Social; E.B - Escore Bruto; E.N - Escore Normativo; E.P Erro Padrão; E.C - Escore Contínuo; E.P.E.C - Erro Padrão do escore contínuo.

Fonte: Raoanna Helena Marques de Albuquerque, Thais do Carmo Lima Sousa (2017)

Na tabela 2 observam-se os mesmos escores da tabela anterior modificando apenas área avaliada para assistência do cuidador.

Tabela 2 - Resultados do questionário PEDI segundo a assistência do cuidador

CASO	IDADE	AUTOCUIDADO					MOBILIDADE					FUNÇÃO SOCIAL				
		E.B.	E.N.	E.P.	E.C.	E.P.E.C.	E.B.	E.N.	E.P.	E.C.	E.P.E.C.	E.B.	E.N.	E.P.	E.C.	E.P.E.C.
#1	1 ano	0	30	6,1	0	21,61	0	<10		0	17,63	13	61	5	55,8	4,66
#2	5 anos	12	<10		53,4	4,26	34	41	17	92,3	8,3	11	<10		51,8	4,76
#3	2 anos	0	<10		0	21,61	4	<10		28,4	5,71	6	24	4,7	39,4	5,77
#4	2 anos	0	<10		0	21,61	0	<10		0	17,63	0	<10		0	20,15
#5	6 anos	0	<10		0	21,61	12	<10		45,9	4	18	<10		66,5	5,15
#6	1 ano	0	<10		0	21,61	9	24	4,8	40,6	4,24	12	51	3,8	53,8	4,69
#7	2 anos	13	44	3,8	54,9	4,1	2	<10		19,7	7,44	19	50	4,3	69	5,35
#8	6 anos	19	<10		62,1	3,49	18	<10		55,7	3,84	10	<10		49,6	4,88
#9	7 anos	30	29	2,5	73	3,53	35	55	14	100	13,86	23	34	5,8	82,5	7,34
#10	2 anos	0	<10		0	21,61	0	<10		0	17,63	20	52	4,4	71,8	5,6

LEGENDA: AC - Auto- Cuidado; MOB- Mobilidade; FS- Função Social; E.B - Escore Bruto; E.N - Escore Normativo; E.P - Erro Padrão; E.C - Escore Contínuo; E.P.E.C - Erro Padrão do escore contínuo.

Fonte: Raoanna Helena Marques de Albuquerque, Thais do Carmo Lima Sousa(2017)

Nas idades de 1 e 2 anos obtiveram valores bem parecidos entre si, porém menores se comparadas as idades de 5,6 e 7 anos que tiveram valores bem próximos entre si (Tabela 2).

Na área de habilidade funcional os escores de mobilidade apresentaram-se menores em todas as idades e função social os maiores valores, fazendo uma comparação entre as três escalas (Tabela 1).

Na área da assistência do cuidador os escores de autocuidado apresentam os menores valores em todas as idades quando comparada com a mobilidade e função social (Tabela 2).

Tabela 3 - Modificações utilizadas pela criança

Modificações (frequência total)											
Autocuidado				Mobilidade				Função Social			
N	C	R	E	N	C	R	E	N	C	R	E
72	4	1	4	63	5	0	2	50	0	0	0

Legenda: N- Nenhuma; C- Criança; R- Reabilitação; E- Extensiva.

Fonte: Raoanna Helena Marques de Albuquerque, Thais do Carmo Lima Sousa(2017)

Foi feito somatório de cada categoria que é avaliada nas modificações utilizadas pela criança e observa a prevalência de “nenhuma modificação” nas três áreas avaliadas.

4.0 DISCUSSÃO

A Paralisia cerebral é definida como seqüela de uma agressão encefálica, que se caracteriza, primordialmente, por um transtorno persistente, mas não invariável, do tono, da postura e do movimento, que aparece na primeira infância e que não só é diretamente secundário a esta lesão não evolutiva do encéfalo, senão devido, também, à influência que tal lesão exerce na maturação neurológica (XAVIER, 2013).

O impacto funcional dessa condição tem, recentemente, propiciado o interesse de profissionais que lidam com essa clientela, pois tal informação vai ao encontro das expectativas de pais e familiares que buscam serviços de saúde. Dessa forma, há uma demanda por informações sobre o impacto da PC no desempenho funcional dessas crianças, possibilita aos profissionais utilizarem evidências científicas para fundamentar a prática terapêutica (MANCINI, 2004).

No presente estudo houve heterogenia de idades na amostra. Sendo assim a comparação dos escores foi feita entre as idades iguais, podendo ter muita variação se comparada entre idades diferentes. Percebe-se então que as crianças com 1 ano de idade podem ter demonstrado os menores escores se comparadas com as crianças mais velhas devido estarem em fase inicial de desenvolvimento motor. A discrepância de valores nas crianças com 2 anos pode ser explicada pelo grau de comprometimento neurológico. Cesa et al. (2014) afirma que quanto maior o comprometimento da criança com PC, mais restrições ela encontra no desempenho de atividades sociais, em decorrência não só das dificuldades de se engajar em atividades comuns às de outras crianças, como também pela dificuldade de executá-las com sucesso e integrar-se ao grupo.

Esperou-se valores maiores de escores nas crianças mais velhas do estudo, devido ao desenvolvimento mais avançado equivalendo a crianças de mesma faixa etária sem PC. Pode perceber que entre as crianças mais velhas (5,6 e 7 anos) os valores são bem parecidos sendo que em algumas áreas a de menor idade aparece com valores maiores que a mais velha sendo justificado também pelo grau de comprometimento neuromotor, Mancini et al. (2004) em seu estudo relata que crianças com comprometimento moderado se assemelham às de comprometimento

leve no que se refere aos repertórios de habilidades de autocuidado e de função social.

Embora o comprometimento neuromotor (gravidade) influencie o desempenho funcional de crianças classificadas em categorias extremas (grave e leve), evidências já documentadas na literatura referem que elas apresentam desempenho inferior às de comprometimento leve em todas as áreas avaliadas. Tais resultados reforçam as evidências sobre o impacto negativo da gravidade extrema de comprometimento neuromotor da PC no desempenho de atividades e tarefas da rotina diária da criança (MANCINI, 2004). Porém este estudo tem essa limitação pois não fez uma análise das crianças quanto a gravidade de seu comprometimento e sim apenas quantificando seus escores de acordo com a avaliação do questionário.

Em se tratando da assistência do cuidador constata que crianças mais velhas apresentam escores maiores que as mais novas devido estarem a mais tempo em tratamento de fisioterapia e terem suas habilidades funcionais mais avançadas, sendo assim apresentando uma maior independência em relação ao cuidador, esse resultado também é evidenciado por Brianeze et al. (2009) em seu estudo.

Já as crianças mais novas apresentaram escores menores por terem habilidades pouco desenvolvidas, precisando assim de maior assistência do cuidador para realização das AVD's. Segundo Oliveira et al. (2002), inicialmente a criança desempenha as tarefas de forma pouco eficiente e, durante o período entre adquirir habilidades e ser "expert", estarão presentes lentidão, desorganização e desperdício. Este período é nitidamente mais longo e trabalhoso para crianças com disfunções, necessitando assim de um intenso suporte familiar, e esforço diário nas atividades, sendo fundamental para aquisição e manutenção das habilidades de crianças com ou sem disfunção.

Ainda se tratando da assistência ao cuidador, a área de autocuidado é a mais afetada corroborando com os resultados encontrados por Cesa et al. (2014), onde confirma que os sujeitos com PC apresentam limitações nessa área. Entretanto, indicam que tais limitações podem ser reduzidas por meio de estímulos contínuos prestados pelos cuidadores.

Mancini et al. (2004) afirma que os cuidadores apresentam baixas expectativas em relação ao potencial de desempenho e atitudes protecionistas que

limitam a funcionalidade das crianças com PC, não as estimulando a utilizarem seu potencial na rotina diária. Tal atitude, por parte do cuidador, pode reduzir as oportunidades para aprimoramento das habilidades funcionais. Isto pode ter exercido influência nos resultados encontrados neste estudo.

Segundo Vasconcellos et al.(2009) é confirmada uma estreita relação entre mobilidade e independência funcional. Essa relação se torna importante por explicitar que quanto maior mobilidade menor é o número de distúrbios associados, possibilitando maior independência funcional. Deve-se evidenciar ainda que, embora a mobilidade esteja intrinsecamente ligada à independência funcional e essa independência seja um dos principais objetivos da intervenção fisioterapêutica, não se deve subestimar a influência das comorbidades associadas à PC.

Neste estudo observa que a parte de mobilidade foi a mais afetada tendo os menores índices se comparada com as outras escalas avaliadas, em todas as idades. Não havendo relação com Mancini et al.(2004) onde a área de mobilidade foi a que melhor capturou as diferenças de comprometimento neuromotor dos participantes. A literatura documenta relação positiva entre capacidade motora, ou seja, repertório de desempenho, e performance na área de mobilidade, isto é, uso deste potencial na rotina diária, em crianças portadoras de PC.

Brown e Gordon (1997) compararam crianças com deficiências motoras e crianças normais e demonstraram que, quanto maior a limitação motora da criança, maior será a quantidade de tempo necessária para execução das atividades diárias.

Várias são as modificações que as crianças com algum tipo de deficiência utilizam no seu dia a dia para realização das AVDs. Poucas são as literaturas que mostram interesse sobre a terceira parte do questionário, por ser pontuada de forma quantitativa e não em escores não sendo um fator que influencia nos estudos, limitando este a outras comparações.

As pesquisadoras se dispuseram a avaliar também esta parte do questionário por presumir que seria de muita utilidade saber se a funcionalidade das crianças é de alguma forma facilitada ou não pela utilização das modificações referidas no questionário. Sendo assim, os resultados apontaram que as crianças da amostra prevalecem realizando suas atividades sem nenhuma adaptação.

5.0 CONCLUSÃO

Usando um questionário buscamos obter uma visão geral sobre a funcionalidade das crianças, dessa forma os resultados mostrados foram conclusivos para afirmar que a funcionalidade da criança com paralisia cerebral é afetada nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social, mesmo possuindo valores diferentes por idade, sujeitando que essas crianças tem uma maior dependência do cuidador.

Os resultados podem ter sido influenciados devido a opinião dos pais sobre a capacidade funcional dos seus filhos, os classificando como mais capazes do que realmente são. Portanto, julga-se necessário uma reavaliação dessas crianças podendo ser aplicado novamente esse questionário para ser avaliado se houve ou não mudanças nos valores, para comparar com anterior e verificar o quanto evoluíram continuando com o tratamento fisioterapêutico que já realizam.

REFERÊNCIAS

- BRIANEZE, A. C. G. S. et al. Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores: estudo preliminar. **Fisioterapiae Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.1, p.40-45, 2009.
- Brown M, Gordon WA. **Impact of impairment on activity patterns of children**. ArchPhysMedRehabil 1997; 68: 828-831.
- CESA, C. C. et al. **Avaliação da capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral**. Rev. CEFAC. 2014 Jul-Ago; 16(4):1266-1272
- COSTA, M. C. et al. Relationship between vision and motor impairment in children with spastic cerebral palsy: New evidence from electrophysiology. **Behavioural Brain Research**. Flórida, v. 149, n. esp, p.145-150, 2004.
- CHAGAS, P.S. C. et al. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 5, p. 409-16, 2008.
- FERREIRA, H. B. G. **Aspectos familiares envolvidos no desenvolvimento de crianças com Paralisia Cerebral**. 2007. Dissertação (Mestrado Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- LEITE, J. M. R. S; PRADO, G. F. Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.12, n.1, p.41-45, 2004.
- MADEIRA, E. A. A; CARVALHO, S. G. Paralisia Cerebral e Fatores de Risco ao Desenvolvimento Motor: Uma Revisão Teórica. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.9, n.1, p.142-163, 2009.
- MANCINI, M. C. et al. Gravidade da Paralisia Cerebral e Desempenho Funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 253-60, 2004.
- MANCINI, M. C. **Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) Manual da Versão Adaptada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.
- OLIVEIRA, M. C, OTSU A. **Aplicação do Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção na Clínica de Terapia Ocupacional**. Reabilitar, São Paulo, Ano 4, n. 16, p.13-18, jul. /set.2002.

PAICHECO, R. et al. Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental. **Revista Medicina de Reabilitação**, São Paulo, n. 29, v.1, p. 9-12, 2010.

SARI, F. L; MARCON, S. S. Participação da Família no Trabalho Fisioterapêutico em Crianças com Paralisia Cerebral. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, n. 18, v. 3, p.229-239, 2008.

SOUZA, C. C. **Concepção do Professor Sobre o Aluno com Sequela de Paralisia Cerebral e sua Inclusão no Ensino Regular**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Faculdade de Educação, Rio de Janeiro.

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. 390-7, 2009.

WORLD HEALTHY ORGANIZATION. **International classification of function and disability**. Geneva: WHO, 1999.

XAVIER, C. L. **Condições de Saúde da Criança Acometida por Paralisia Cerebral na Estratégia Saúde da Família**. 2013. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro Universitário Uninovafapi, Teresina.

APÊNDICES



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP /UNINOVAFAPI**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a), queremos convidá-lo para participar da pesquisa intitulada Avaliação da Qualidade de vida e Funcionalidade em Crianças com Paralisia Cerebral por meio do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – PEDI. É uma pesquisa desenvolvida pelo pesquisador principal **PROF. DR. RAUIRYS ALENCAR DE OLIVEIRA** e as alunas **RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE** e **THAIS DO CARMO LIMA SOUSA**, que estão em fase de conclusão do curso de Fisioterapia.

Participando, você estará ajudando no melhor entendimento da equipe multiprofissional diante das dificuldades funcionais que uma criança com Paralisia Cerebral pode desenvolver nos primeiros anos de vida e suas consequências diante das atividades diárias.

A pesquisa tem como objetivo verificar as limitações funcionais de crianças com Paralisia Cerebral e as possíveis consequências na qualidade de vida das mesmas. A pesquisa consiste na aplicação de um questionário que será preenchido com as suas respostas para coleta das informações. O preenchimento do questionário, não traz qualquer constrangimento mediante ser simples e objetivo e você ficará assegurado, com base neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o direito de não responder qualquer pergunta ou caso não esteja seguro da sua participação lhe será dado a liberdade de pensar por algum tempo antes de assinar o termo. Os pesquisadores farão todo o esforço possível para garantir preservação e privacidade das informações, com relação aos dados colhidos.

Você poderá recusar-se a participar ou retirar-se da pesquisa em qualquer fase, sem nenhum tipo de penalidade, constrangimento ou prejuízo, ou até mesmo receber os esclarecimentos adicionais que julgar necessários. A Resolução 466/12 assegura total assistência inclusive o direito a indenização. O sigilo das informações será preservado por meio de códigos dos instrumentos de coleta de dados. Seu nome, identificação de locais ou qualquer outra informação pessoal não serão colocados à disposição de consulta pública. Todos os registros efetuados no decorrer desta investigação serão guardados em pasta arquivo protegidos por senha usados para fins unicamente de estudos e da ciência, não sendo utilizados para fins comerciais.

Em caso de concordância com as considerações aqui explicadas, pedimos que você assine este “Termo do Consentimento Livre e Esclarecido” no local indicado abaixo, onde será emitido duas cópias deste termo, uma via ficando sobre posse dos pesquisadores e outra com o sujeito da pesquisa. Desde já agradecemos sua colaboração e nos comprometemos com a disponibilização à instituição dos resultados obtidos nesta pesquisa, tornando-os acessíveis a todos os participantes.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPI, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 - Teresina – Piauí, Tel. - (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua

integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Pesquisador Responsável
Raurys Alencar de Oliveira

Pesquisador Participante
Raoanna Helena Marques de Albuquerque

Pesquisador Participante
Thais do Carmo Lima Sousa

Raurys Alencar de Oliveira, raoliveira@uninovafapi.edu.br

Teresina, _____ de _____ de 2017

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome legível do participante:

RG e CPF:

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL POR MEIO DE INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE-PEDI

Pesquisador: RAUIRYS ALENCAR DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64900416.5.0000.5210

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE ENSINO SUPERIOR E TECNOLÓGICO DO PIAUI LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.993.633

Apresentação do Projeto:

A Paralisia Cerebral (PC) refere-se a um grupo de enfermidades crônicas que tem como denominador comum o desequilíbrio na coordenação e nos movimentos, ou seja, um transtorno postural e da motricidade. Este trabalho tem como objetivo avaliar a funcionalidade e qualidade de vida de crianças com Paralisia Cerebral no Centro Integrado de Reabilitação - CEIR de Teresina- PI. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e qualitativo. Os dados serão coletados através do PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory), instrumento padronizado capaz de documentar o desempenho funcional de crianças nas atividades de vida diária e que visa caracterizar aspectos funcionais na faixa etária entre seis meses a sete anos e meio de idade. Os dados coletados serão tabulados e organizados em gráficos e tabelas, de forma descritiva. A tabulação será realizada por meio do software Microsoft Excel 2013 e os gráficos e tabelas serão produzidos por meio do software Biostat 5.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a funcionalidade e qualidade de vida de crianças com Paralisia Cerebral no Centro Integrado de Reabilitação de Teresina- PI.

Objetivo Secundário: -Conhecer o perfil sócio demográfico de crianças com Paralisia Cerebral em atendimento na clínica de fisioterapia; Avaliar a capacidade funcional das crianças em três áreas:

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E



Continuação do Parecer: 1.993.633

área de função social, área de mobilidade e área de autocuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram relatados conforme item V da Res. 466/12 do CNS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo relevante haja visto que a Organização Mundial de Saúde (1999) caracteriza a paralisia cerebral (PC) ou encefalopatia crônica não progressiva da infância como decorrente de lesão estática, que ocorre no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. Nos países em desenvolvimento observa-se uma maior incidência de crianças com PC, principalmente por fatores socioeconômicos que na maioria das vezes dificulta a população o acesso a informações adequadas, como o conhecimento da doença, a disponibilidade aos cuidados, a acessibilidade da criança, entre outros fatores que intensificam a possibilidade de problemas no desenvolvimento neuropsicomotor.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados conforme a resolução 466/12 do C.N.S.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/UNINOVAFAPI considerou que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_806567.pdf	08/03/2017 16:29:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCCFINAL.pdf	08/03/2017 16:17:49	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai CEP: 64.073-505
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 Fax: (86)2106-0740 E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E**



Continuação do Parecer: 1.993.633

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	scan.pdf	08/03/2017 16:10:57	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/03/2017 15:55:16	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	Questionario.docx	14/02/2017 13:38:02	THAIS DO CARMO LIMA SOUSA	Aceito
Outros	scan0640.pdf	11/11/2016 13:59:48	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ceirdeclaracao.pdf	11/11/2016 13:50:07	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	scan0641.pdf	11/11/2016 13:46:12	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	scan0604.pdf	10/10/2016 12:07:56	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/10/2016 11:49:18	RAOANNA HELENA MARQUES DE ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 31 de Março de 2017

Assinado por:
Theonas Gomes Pereira
(Coordenador)

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

ANEXOS

Figura 2 - Habilidades funcionais

Parte I: Habilidades funcionais

Área de Autocuidado

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

A: TEXTURA DOS ALIMENTOS

	0	1
1- Come alimento batido/amassado/coado		
2- Come alimento moído/granulado		
3- Come alimento picado/em pedaços		
4- Come comidas de texturas variadas		

B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS

	0	1
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		

C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER

	0	1
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 das mãos		
14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem		

D: HIGIENE ORAL

	0	1
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		

E: CUIDADOS COM OS CABELOS

	0	1
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		

F: CUIDADOS COM O NARIZ

	0	1
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		

G: LAVAR AS MÃOS

	0	1
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		

H: LAVAR O CORPO E A FACE

	0	1
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		

I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE

	0	1
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		

J: FECHOS

	0	1
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 (zíper), separando e fechando colchete/botão		

K: CALÇAS

	0	1
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		

L: SAPATOS / MEIAS

	0	1
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 cadaço)		

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

	0	1
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		

N: CONTROLE URINÁRIO

(escore = 1 se a criança já é capaz)

	0	1
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 à noite		

O: CONTROLE INTESTINAL

(escore = 1 se a criança já é capaz)

	0	1
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		

Somatório da Área de Autocuidado:

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

Comentários:

Figura 3 - Área de mobilidade

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 0 1

2- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho 0 1

3- Senta e levanta de privada baixa ou troninho 0 1

4- Senta e levanta de privada própria para adulto 0 1

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 0 1

7- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio 0 1

8- Senta e levanta de cadeira, mobília baixa/infantis 0 1

9- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto 0 1

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 0 1

12a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução 0 1

13a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução 0 1

14a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro 0 1

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 0 1

12b- Move-se com ônibus em movimento 0 1

13b- Desce a escada do ônibus 0 1

14b- Passa na roleta 0 1

15b- Sobe a escada do ônibus 0 1

D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS

16- Passa de deitado para sentado na cama ou berço 0 1

17- Passa para sentado na beirada da cama, deita a partir de sentado na beirada da cama 0 1

18- Sobe e desce de sua própria cama 0 1

19- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços 0 1

E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO

20- Entra no chuveiro 0 1

21- Sai do chuveiro 0 1

22- Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão 0 1

23- Abre e fecha box/cortinado 0 1

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 0 1

26- Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio 0 1

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) 0 1

29- Move-se pelo ambiente sem dificuldade 0 1

30- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai, velocidade lenta para a idade) 0 1

31- Move-se entre ambientes sem dificuldade 0 1

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 0 1

34- Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão 0 1

35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos 0 1

36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos 0 1

37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos 0 1

I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS

38- Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio 0 1

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 1-5 carros) 0 1

41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carros) 0 1

42- Move-se por 30 - 45 m 0 1

43- Move-se por 45 m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade) 0 1

44- Move-se por 45 m ou mais sem dificuldade 0 1

K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO SUPERFÍCIES

45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas) 0 1

46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado) 0 1

47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho) 0 1

48- Sobe e desce rampas ou inclinações 0 1

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) 0 1

51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus) 0 1

52- Sobe partes de um lance de escada (ereio) 0 1

53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade) 0 1

54- Sobe um 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) 0 1

56- Arrasta-se, rasteira para baixo por um lance de escada (12-15 degraus) 0 1

57- Desce, ereio, um lance de escada completo (12-15 degraus) 0 1

58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade) 0 1

59- Desce um conjunto de lances de escada sem dificuldade 0 1

Somatório da Área de Mobilidade: 0 1

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

Comentários

Figura 4 - Área de função social

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

A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA (0 1)

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 sequência 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/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 transtornado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou o seu comportamento é prejudicado

23- Se transtornado 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 de 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 (0 1)

36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção

37- Usa objetos reais ou substituídos em sequência 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 entendeu ou conhece

40- Inventa sequências 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 sequência 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 que envolve vários passos e decisões, pode requisitar ajuda física

L: AUTOPROTEÇÃO (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 a todos os itens

Comentários

PEDI - 4

Figura 5 - Assistência do cuidador e modificação do ambiente

Partes II e III: Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente Circule o escore 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	Change	Reabilitação	Extensiva	
Área de Autocuidado	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
A. Alimentação: 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. Higiene Pessoal: Escova dentes, escova ou penteia o cabelo e limpa o nariz	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Banho: Lava e seca o rosto e as 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	
D. Vestir - parte superior do corpo: 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	
E. Vestir - parte inferior do corpo: 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	
F. Banheiro: Lidar 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	
G. Controle Urinário: Controle urinário dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
H. Controle Intestinal: Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Autocuidado						<input type="text"/>				Frequências
Área de Mobilidade											
A. Transferências no banheiro/cadeiras: Cadeira de rodas infantil, cadeira de tamanho adulto, sanitário de tamanho adulto	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Transferências no carro/ônibus: 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	
C. Mobilidade na cama/transferências: Subir e descer da cama sozinho e mudar de posição na própria cama.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Transferências no chuveiro: 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	
E. Locomoção em ambiente interno: 15 metros; não inclui abrir portas ou carregar objetos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
F. Locomoção em ambiente externo: 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	
G. Escadas: Subir e descer um lance de escadas (12-15 degraus)	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Mobilidade						<input type="text"/>				Frequências
Área de Função Social											
A. Compreensão funcional: Entendimento das solicitações e instruções	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Expressão funcional: 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	
C. Resolução de problemas em parceria: 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	
D. Brincar com companheiro: Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Segurança: Cuidados quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e deslocamentos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Função Social						<input type="text"/>				Frequências