

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO

Curso de Fisioterapia

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE
CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO
PROGRESSIVA DA INFÂNCIA**

Bragança Paulista-SP

2012

Fabiana Aparecida Fonseca de Moraes

Katia Aparecida Leite Viana

**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE
CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO
PROGRESSIVA DA INFÂNCIA**

Monografia apresentada à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco sob orientação da Profª Simone Borba do Carmo Silva como exigência para conclusão do curso de Graduação.

Bragança Paulista-SP

2012

MORAIS, Fabiana Aparecida Fonseca; VIANA, Katia Aparecida Leite; **Avaliação das atividades de vida diária de crianças com Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco, Bragança Paulista.

Data: _____
Prof.ª Simone Borba do Carmo Silva (Orientadora Temática)
Universidade São Francisco

Data: _____
Prof.ª Dra. Rosimeire Simprini Padula (Orientadora Metodológica)
Universidade São Francisco

Data: _____
Prof.ª Ms. Carolina Camargo de Oliveira (Examinadora)
Universidade São Francisco

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado, incentivando a seguir em frente ajudando a realizar esse sonho; ao meu namorado pela compreensão e muito apoio. E a todos os professores que nos acompanharam nessa jornada, pela dedicação, empenho e divisão impagável de conhecimento, sem o qual, o hoje, não seria possível.

Katia Aparecida Leite Viana.

Dedico este trabalho a Deus, por tornar esse sonho possível e em especial a minha mãe Cleusa “ In Memoriam”; pelo amor, atenção, dedicação e por acreditar em mim mesmo quando eu mesma não acreditava. Aos meus irmãos Tatiane e Bruno que com paciência e apoio, me ajudaram a suportar todos os momentos de dificuldade pelo qual passei e ao meu marido Clederci, por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida, em alegrias e tristezas e principalmente durante minha formação.

Fabiana Aparecida Fonseca de Moraes

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora de Aparecida por todas as graças alcançadas, por ter me dado força e conhecimento para concluir mais esta etapa; e também a família maravilhosa (meu pai, minha mãe, minha **irmã Simone** e em memória de meu **irmãozinho Junior**), na qual fui concebida, que me fortalece e me dá apoio moral, psicológico e financeiro em todas as situações sem nunca faltar. Agradeço a ele, meu pai **Julio Cesar Rocha Viana**, e a ela, minha mãe **Irene Aparecida Leite Viana**, pelo amor incondicional e sem os quais nada disso seria possível. E ao meu namorado, **Rafael Junior Soledade**, pela compreensão e paciência, pelos finais de semana com horas de estudos e, mesmo assim, sempre ao meu lado. Quero agradecer a todos vocês que fizeram parte da minha vida e fizeram com que está caminhada fosse menos árdua. À **Prof.^a Simone** pelas orientações e a **Prof.^a Carolina** pela ajuda prestada; à minha amiga e parceira **Fabiana**. Agradeço a todos os professores do curso de Fisioterapia que contribuíram para nossa formação profissional e em geral a todos que direta ou indiretamente fizeram parte deste trabalho. E que Deus nos ilumine e acompanhe sempre, amém.

KATIA APARECIDA LEITE VIANA.

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora, por estarem presentes na minha vida, me iluminando, me dando força, saúde, sabedoria para enfrentar essa fase de minha vida. Aos meus pais, em especial a minha mãe, por acreditar em mim, pelo amor, carinho, atenção o qual sempre dedicou aos seus filhos. A minha irmã **Tatiane**, pela paciência e pelo incentivo, me ensinou a nunca desistir. Ao meu irmão **Bruno**, por sempre estar disponível a me ajudar. Ao meu marido **Clederci**, pela dedicação, atenção, companheirismo e principalmente pelo positivismo. As minhas amigas que sempre estiveram ao meu lado, nas alegrias e nas tristezas; Em especial as amigas **Katia, Luciana e Laiane** que sempre me apoiaram, me ouviram e nos momentos mais difíceis da minha vida, me deram muito carinho e incentivo. Agradeço a todos os professores, por ter partilhado seus conhecimentos durante essa caminhada, em especial à **Prof.^a e orientadora Simone**. Por fim, agradeço a todos colaboradores da Universidade São Francisco, em especial a **Natália**, recepcionista da CEF da USF por sua paciência, disponibilidade e amizade.

FABIANA APARECIDA FONSECA DE MORAIS

RESUMO

Introdução: A ECNPI é uma alteração no encéfalo ainda imaturo e em desenvolvimento, ocorridas por lesões ou anomalias durante o desenvolvimento fetal ou nos primeiros meses de vida. A criança apresenta dificuldade na aquisição dos padrões normais de movimentos funcionais, que são importantes para o desenvolvimento motor adequado, e pode apresentar seu próprio padrão peculiar, sendo ele capaz de influenciar no seu desenvolvimento motor e habilidades funcionais. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar as AVD's de crianças com diagnóstico de ECNPI, e posteriormente comparar as respostas dos responsáveis com a observação direta. **Método:** Foram entrevistados 9 responsáveis por crianças com diagnóstico clínico de ECNPI através da escala PEDI, que consiste de uma entrevista com o cuidador, capaz de documentar o desempenho funcional de crianças nas suas AVD's, e posteriormente transformado os escores em contínuo e normativo, realizando a análise de dados com gráficos e tabelas com média, mediana e desvio padrão. **Resultados:** Os resultados mostraram que 77,7% (n=7) das crianças apresentaram atraso no desempenho da habilidade funcional na área de auto-cuidado e 22,2% (n=2) apresentaram desempenho dentro da normalidade no escore contínuo. O item com maior comprometimento foi à tarefa de se vestir e alimentação. No escore normativo, observou que 66,6% (n=2) estão dentro da faixa de normalidade, enquanto 33,3% (n=1) estão abaixo. E que 33,3% (n=3) dos responsáveis superestimam a criança. **Conclusão:** A maioria das crianças mostrou atraso no desenvolvimento da habilidade funcional, as crianças com maior idade tiveram comprometimento maior do que as mais novas. O item com maior déficit foi a tarefa de se vestir e alimentação, podendo ser explicado por exigir habilidade bimanual. As crianças diparéticas apresentaram comprometimento menor do que as hemiparéticas e tetraparéticas. Na comparação da aplicação da escala PEDI aos responsáveis com a observação direta, mostrou que quase 1/3 dos responsáveis superestimam a criança, podendo ser explicado pelo fato dos pais ou responsáveis não admitir que possa haver algum problema relacionado com essas crianças e pela necessidade de se enquadrar nos padrões de normalidade.

Palavras-Chave: ECNPI, Paralisia Cerebral, PEDI.

ABSTRACT

Introduction: ECNPI is a change in the brain is still immature and developing, by injuries or abnormalities occurring during fetal development or in the early months of life. The child has difficulty in acquiring normal patterns of functional movements, which are important for proper motor development, and can present its own peculiar pattern, being able to influence their motor development and functional skills **Objective:** The aim of this study was to evaluate the ADL `s children diagnosed with ECNPI. **Method:** Interviews were conducted across the range PEDI, 9 parents of children diagnosed with ECNPI, which consists of an interview with the caregiver, able to document the functional performance of children in their ADL `s, and subsequently transformed into continuous and scores normative, performing data analysis with charts and tables with mean, median and standard deviation. **Results:** The results showed that 77.7% (n = 7) of the children had delay in performance of functional ability in the area of self-care and 22.2% (n = 2) were within normal performance in continuous score. The item with the highest commitment was the task of dressing followed by a shower and use the toilet. In normative score, observed that 66.6% (n = 2) are within the normal range, while 33.3% (n = 1) are below. And that 33.3% (n = 3) of those responsible overestimate the child. **Conclusion:** Most children showed delayed development of functional skills, older children had greater impairment when compared with the most new. The item with the highest deficit was the task of dressing, which can be explained by requiring bimanual skill. Children with compromised diparetic smaller and function similar to the hemiparetic compared with tetraparetic. Comparing the IRLS PEDI those responsible with direct observation demonstrated that nearly 1/3 of those responsible overestimate the child, and may be explained by the fact of not admitting that there might be some problem with these children and the need to fit in normal standards.

Keywords: ECNPI, Cerebral Palsy, PEDI.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Escore contínuo de todas as crianças	24
GRÁFICO 2 – Média, mediana e desvio padrão do escore contínuo	25
GRÁFICO 3 – Escore Normativo das crianças menores de 7 anos e meio	26
GRÁFICO 4 – Média, mediana e desvio padrão do escore normativo	27

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -- Pontuação escore bruto, contínuo, normativo e desempenho.	22
TABELA 2 – Pontuação de cada item nas AVDS de todas as crianças.	23
TABELA 3 – Comparação entre entrevista com responsáveis com observação direta.	28

LISTA DE SIGLAS

AVD's- Atividades de vida diária.

EB- Escore bruto.

EC- Escore contínuo.

EN- Escore normativo.

ECNPI- Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância.

MMII- Membros Inferiores.

MMSS- Membros Superiores.

PC- Paralisia Cerebral.

PEDI- PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY- Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.

RN- Recém-nascido.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Encefalopatia crônica não progressiva da infância	12
1.1.1 Diagnóstico	13
1.1.2. Classificação	13
2. OBJETIVOS	17
2.1. Objetivo Geral	17
2.2. Objetivos secundários	17
3. MÉTODO	18
3.1. Desenho do estudo	18
3.2. Local do estudo	18
3.3. Critérios de inclusão	18
3.4. Critérios de exclusão	18
3.5. Materiais	18
3.5.1. Escala PEDI	19
3.6. Procedimento	20
3.7. Análise dos dados	21
4. RESULTADOS	22
5. DISCUSSÃO	29
6. CONCLUSÃO	34
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	39

1. INTRODUÇÃO

1.1 Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância

A Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI), conhecida como Paralisia Cerebral (PC), teve sua denominação alterada por ter sido considerada inadequada por vários autores, por dar significado de doença com estacionamento total das atividades motoras e mentais (MADEIRA e CARVALHO; 2009).

A ECNPI é uma alteração da estrutura do encéfalo ainda imaturo e em desenvolvimento, por lesão ou anomalias ocorridas durante o desenvolvimento fetal ou durante os primeiros meses de vida (SHEPHERD, 1995), sendo assim a patologia se manifesta de forma crônica, e leva a anormalidade na coordenação de movimentos, (transtorno do movimento) e do tônus postural (MADEIRA e CARVALHO, 2009).

A criança com ECNPI apresenta dificuldade na aquisição dos padrões normais de movimentos funcionais, que são importantes para o desenvolvimento motor adequado. Devido a esta restrição, ocorre diminuição no controle dos movimentos voluntários, da postura e da coordenação, levando a alteração no desenvolvimento motor, refletindo na ausência ou retardo do aparecimento de alguns padrões (OLIVEIRA et al; 2010).

Existem diversas causas para a ECNPI, entre elas, fatores pré, peri e pós- natais. Qualquer lesão que leve a anormalidade ao encéfalo pode ser responsável pelas restrições citadas anteriormente, dentre elas as mais comuns são: mau desenvolvimento congênito, anóxia cerebral perinatal, principalmente quando associada à prematuridade; lesão traumática; parto prolongado; idade avançada da mãe; uso de fórceps; eritroblastose por incompatibilidade de Rh; infecções cerebrais (encefalite); entre outras. Raramente diagnosticada logo após o nascimento, levando alguns meses para seu diagnóstico preciso (LEITE e PRADO, 2004).

A ECNPI é mais comum entre recém-nascidos (RN) de alto risco ou em RN com grau extremo de prematuridade. O controle dos movimentos e deficiência da postura são os principais distúrbios, resultando no atraso do desenvolvimento motor, anomalias do tônus muscular e problemas funcionais. Diversas crianças apresentam problemas associados, tais como: disfunção cognitiva, deficiências sensoriais de visão ou/e audição, distúrbios emocionais, de aprendizagem e convulsões (BURNS *et al*, 1999). As repercussões da ECNPI na vida da criança e sua família demandam uma atenção especial. De acordo com o grau de

comprometimento, existem casos em que a limitação é mínima, com perturbações leves, quase imperceptíveis, que as tornam com menos agilidade ao andar, falar ou em tarefas manuais; até casos em que a criança será completamente dependente, com incapacidade motora grave, interferindo nas transferências posturais, locomoção e nas atividades de vida diária, como higiene e alimentação (MOURÃO e ARAÚJO, 2011; SILVA e DALTRÁRIO, 2008).

Devido à deficiência de critérios diagnósticos uniformes, há dificuldade em determinar sua incidência, especialmente no Brasil, em que é difícil realizar essas estimativas pela falta de precisão dos dados. Mas presume-se que pelas condições precárias de saúde às gestantes e aos recém-nascidos, o índice seja elevado. Segundo alguns estudos, nos países subdesenvolvidos a incidência é de 7: 1000 nascidos vivos, considerando todos os níveis de ECNPI. Com os cuidados peri natais aprimorados devido ao avanço da medicina, tem ocorrido maior sobrevivência dos recém-nascidos pré-termo com peso abaixo de 1000 gramas ao nascimento, elevando o risco de problemas neurológicos e, conseqüentemente, o aumento de crianças com ECNPI (MADEIRA e CARVALHO; 2009).

1.1.1. Diagnóstico

O diagnóstico de ECNPI, é basicamente clínico, envolve retardo ou atraso no desenvolvimento motor, confirmado com alguma alteração estrutural do sistema nervoso central, fracasso do desenvolvimento dos reflexos protetores, persistência de reflexos primitivos e presença de reflexos anormais, exames como tomografia computadorizada craniana ou ressonância nuclear magnética também são necessários para confirmar o exame clínico ou excluir outras causas de problemas motores (MEDINA E ANDRADE, 2004). A criança terá o comprometimento motor como principal característica, o que impede o desempenho funcional adequado (LEITE e PRADO, 2004).

1.1.2. Classificação

A classificação é feita pelo critério de disfunção motora presente, alterações clínicas do tônus muscular e no tipo de desordem do movimento, que pode ser: coreoatetose (atetose, discinesia, distonia), ataxia, espasticidade, hipotonia e mista; e pela topografia específica das alterações do tônus e do movimento, que pode ser: tetraparética ou quadriparética,

monoplegia, paraplegia ou diparesia e hemiparesia (LEITE e PRADO, 2004; CARGNIN E AZZITELLE, 2003).

A forma coreoatetósica manifesta-se por sinais de comprometimento do sistema extrapiramidal, apresenta movimentos involuntários tanto no repouso quanto em movimentos ativos, distonias axiais e movimentos bruscos da extremidade. Este padrão costuma não estar bem definido no primeiro ano de vida, podendo estar presente à hipotonia muscular. É comum em recém-nascido termo por icterícia grave neonatal associado à asfixia perinatal (LEITE e PRADO, 2004; ARAUJO, et al, 2010).

Na forma atáxica há comprometimento cerebelar, é uma forma rara, frequente em recém-nascido termo, causada por fatores pré-natais ou desconhecida. Ocorrem alterações do equilíbrio, discinergia, tremor cinético, distasia, disbasia, disartria, nistagmo, hipotonia, sua marcha se faz com aumento da base de sustentação, podendo apresentar tremor intencional (LEITE e PRADO, 2004).

Na forma espástica há comprometimento do sistema piramidal, é a mais frequente ocorrendo em 88% das crianças, causa hiperexcitabilidade do motoneurônio inferior, leva à espasticidade e paresia. A forma espástica apresenta hiper-reflexia, fraqueza muscular, padrões motores anormais, diminuição da destreza, a criança apresenta flexão de membros superiores e extensão dos membros inferiores (SHEPHERD, 1995).

Na forma mista há associação das características das formas espásticas, atetóide e atáxica (LEITE e PRADO, 2004; MADEIRA e CARVALHO; 2009; SHEPHERD, 1995).

A forma hipotônica geralmente se apresenta no início das outras formas e modifica-se a partir dos 6º mês de vida. Quando persiste associa-se a demência grave, é o tipo de pior prognóstico (LEITE e PRADO, 2004; MADEIRA e CARVALHO; 2009).

A forma hemiplégica é a mais frequente, acomete um hemicorpo, tem maior comprometimento do membro superior acompanhado de sinais de liberação como espasticidade, é comum hipotrofia dos segmentos acometidos, com semiflexão do membro superior, membro inferior hiperestendido e aduzido, as crianças que apresentam hemiparesia tem tendência de manter postura assimétrica, e a descarga de peso se dá no lado não comprometido, esta assimetria compromete o controle postural eventualmente limitando movimentos com o tronco e membros (LEITE e PRADO, 2004; CUNHA et al, 2006).

Na tetraparesia ou quadriplegia ocorre lesão de descerebração em 9 a 43% dos pacientes, com lesões difusas bilaterais no sistema piramidal, levando a hipomimia, disfagia e disartria, podendo ocorrer também microcefalia, deficiência mental e epilepsia (LEITE e PRADO, 2004).

A diparesia ocorre em 10 a 30% dos casos, sendo a forma mais encontrada em RN pré-termo; compromete membros inferiores e os membros superiores quando são comprometidos é de forma leve, ocorre normalmente hipertonia dos adutores, gerando cruzamento dos membros inferiores, levando a adquirir a marcha em tesoura (LEITE e PRADO, 2004; TECKLIN, 2002).

Além da obrigatoriedade do distúrbio motor, o quadro clínico pode vir associado a outras manifestações com uma frequência variável, como: deficiência mental, que ocorre de 30-70% dos casos; epilepsia, variando de 25 a 35% dos casos, associada aos quadros de hemiparesia e tetraparesia; distúrbios de linguagem; distúrbios visuais; distúrbios do comportamento, mais frequente em crianças com inteligência normal; distúrbios ortopédicos, retrações fibrotendíneas em 50% dos casos, cifoescoliose em 15%, coxa valga em 5% e deformidades nos pés (LEITE e PRADO 2004).

As crianças com ECNPI têm desenvolvimento em um ritmo mais lento, seguindo um curso anormal. A maioria das crianças atinge seus marcos motores mais tardiamente comparados às crianças sem patologias associadas, independente da inteligência e comportamento (MADEIRA e CARVALHO, 2009). A criança normalmente apresenta no desenvolvimento seu próprio padrão peculiar, levando em consideração o impacto da própria lesão, o ambiente familiar em que a criança vive, sendo ele capaz de influenciar seu desenvolvimento motor, habilidades funcionais de vida diária e função social (MADEIRA e CARVALHO, 2009).

A extensão da lesão motora na criança com ECNPI é um fator influente nas características cognitivas, entretanto, vários autores estudam a relação do ambiente em que elas vivem e a interação que adquirem com as pessoas ao seu redor, referindo ter importância relevante no seu desenvolvimento, mostrando que crianças com ECNPI estimuladas com fatores externos adquirem melhor independência funcional e sociabilidade (VILIBORL e VAZ, 2010).

Esse estudo se justifica por mostrar em qual área do auto cuidado as crianças com ECNPI apresentam maior dificuldade e em quais crianças essa limitação é maior. Assim, teremos possibilidade de propor atendimento focado na área de maior dificuldade apresentada pela criança, sendo que, conhecendo a habilidade com maior déficit, podemos propor um tratamento ou orientações mais precisas para estas crianças e orientação adequada aos pais ou responsáveis.

A avaliação da capacidade no autocuidado das crianças com ECNPI é de grande importância, não só para o melhor atendimento fisioterapêutico, mas também para orientação aos pais. (MOURÃO e ARAUJO, 2011),

Silva *et AL.* (2012) cita que crianças com ECNPI apresentam maior grau de dificuldade em atividades que envolvem funções manuais, no qual podemos identificar quais são elas aplicando a escala PEDI, para orientação e tratamento focado na função que possuem menos habilidade.

Em seu estudo, Vasconcelos; *et AL.* (2009) relata que embora o comprometimento neuromotor influencie no desenvolvimento funcional das crianças com ECNPI, o cuidador pode influenciar diretamente no desempenho delas, Quando os pais ou responsáveis não estimulam as crianças a utilizar suas habilidades funcionais elas se tornam mais dependentes, desta forma o cuidador atuaria como um fator ambiental de efeito positivo se orientado de forma correta com relação a estas crianças.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar habilidades funcionais relacionadas às tarefas de auto-cuidado, em crianças com ECNPI, com o PEDI.

2.2. Objetivos Secundários

Avaliar se os pais ou responsáveis estão realmente interados com a real condição física de seus filhos e cientes do que eles realmente podem e são capazes de desempenhar.

3. MÉTODO

3.1. Desenho do Estudo

Estudo de corte transversal com aplicação do questionário PEDI sobre as atividades de vida diária das crianças com ECNPI.

3.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade São Francisco (CEF-USF), no campus de Bragança Paulista, São Paulo.

3.3. Critérios de inclusão

Foram selecionadas para o estudo nove crianças que fazem tratamento na CEF-USF, com diagnóstico clínico, laudo médico e exame de imagem confirmado de encefalopatia crônica não progressiva da infância.

3.4. Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo crianças com outras patologias associadas ou que os pais ou responsáveis não aceitaram participar da pesquisa.

3.5. Materiais

Foram utilizados os seguintes materiais para o estudo:

- ◆ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- ◆ Prontuário da CEF-USF.
- ◆ Ficha de coleta de dados.
- ◆ Escala PEDI.

3.5.1. Escala PEDI

ESCALA PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY- PEDI Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.

O PEDI é uma entrevista estruturada, que deve ser realizada com o cuidador, para informar dados sobre o desempenho funcional da criança em casa. Este instrumento tem como objetivo avaliar aspectos funcionais do desenvolvimento das crianças com idades entre 6 meses e 7 anos e meio, mas pode ser usado por crianças fora dessa faixa etária, caso seu desenvolvimento funcional encontre-se dentro da faixa etária proposta pela escala PEDI. (MANCINI, *et al*; 2002).

É dividida em três partes, sendo habilidade funcional, independência e modificações necessárias, a Parte I relacionada a habilidades funcionais, esta dividida em três áreas de função: autocuidado (n= 73 itens sobre alimentação, banho, vestir, higiene pessoal e uso do banheiro); mobilidade (n= 59 itens sobre transferência, locomoção em ambientes internos e externos e uso de escadas) e função social (n= 65 itens sobre compreensão funcional, expressão funcional, resolução de problemas, brincar, auto-informação, orientação temporal, participação em tarefas domésticas, autoproteção e função na comunidade). A segunda parte avalia a independência da criança, quantificando o auxílio fornecido pelo cuidador para ela desempenhar as tarefas de auto cuidado, com 7 tarefas de mobilidade e 5 tarefas de função social, avaliada em escala ordinal nas seguintes categorias: 0 (assistência total), 1 (assistência máxima), 2 (assistência moderada), 3 (assistência mínima), 4 (supervisão), 5 (independente). Na parte II a independência é documentada de forma inversa à quantidade de ajuda fornecida. Cada item desta parte recebe escore 1 se a criança for capaz de desempenhar a atividade ou escore 0 se a criança não for capaz de desempenhar. A somatória dos escores de cada escala resulta em um escore total bruto para cada uma das três áreas de habilidades funcionais. A terceira parte é constituída por uma lista de modificações utilizadas pela criança na realização das tarefas funcionais, nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social, sendo pontuada com (N)= nenhuma modificação; (C)= modificação centrada na criança; (R)= equipamento de reabilitação; (E)= modificações extensivas (MANCINI; *et al*; 2004; MANCINI; 2005).

O instrumento PEDI fornece um escore total/bruto, que é o resultado da pontuação dos itens da mesma. Após a obtenção do escore total/bruto, o resultado deve ser convertido em

escore normativo e escore contínuo, por meio de tabela contida no manual do PEDI. O escore padronizado normativo correlaciona o desempenho de crianças de mesma faixa etária, com desenvolvimento normal e, portanto, é diferente cada grupo etário. O escore normativo entre 30 e 70 é considerado dentro da normalidade; valores inferiores a 30 demonstram atraso ou desempenho inferior; um escore normativo de 50 corresponde ao escore médio esperado pelo grupo; e acima de 70 sugere desempenho acima da normalidade. O escore normativo não deve ser utilizado para crianças com idades inferiores ou superiores aos limites etários compreendidos pelo PEDI. O escore contínuo informa o nível de capacidade da criança, não se levando em conta a faixa etária da mesma, podendo então ser utilizado para analisar o perfil de crianças com idade cronológica superior ao limite compreendido pelo teste sendo, considerada dentro da normalidade a pontuação mínima de 100, abaixo deste valor, apresenta atraso nas habilidades funcionais (MANCINI E HALEY, 2005).

O objetivo deste estudo é avaliar as disfunções funcionais da criança com ECNPI por meio da escala *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI), para que o tratamento fisioterapêutico constitua em um treinamento específico levando em consideração a gravidade da lesão encefálica com a disfunção que ela apresenta. E comparar as respostas do cuidador com a avaliação feita nas crianças pelos avaliadores, através do questionário da escala PEDI, para analisar se as respostas são condizentes e se os cuidadores estão interados com a real condição física das crianças e cientes do que eles são capazes de desempenhar, para melhor orientação para a casa e conseqüentemente melhor funcionalidade nas atividades de vida diária.

3.6. Procedimento

Foi solicitado ao responsável da CEF-USF autorização para a coleta de dados dos prontuários das crianças. (Anexo I). Após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (Anexo II), os responsáveis pelas crianças foram convidados a participar da pesquisa e concordando, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III). Posteriormente, os prontuários foram analisados e as informações registradas na ficha de coleta de dados (Anexo IV). Posteriormente foi aplicado aos pais ou responsáveis o PEDI (Anexo V), em um segundo momento foram observadas pelos avaliadores praticando os mesmos itens da escala, para correlacionar se as respostas condizem com o que elas realmente apresentam.

No presente estudo, foi utilizada a primeira parte da escala PEDI que avalia as habilidades funcionais sendo utilizada apenas a área de autocuidado, com 73 itens.

A coleta de dados da PEDI foi realizada com os responsáveis na CEF-USF, com média de 20 minutos para a entrevista com os pais e de 30 minutos para observação direta que foi realizada numa média de 10 dias após a última entrevista coletada.

A observação foi realizada sem a presença dos responsáveis e contou com situações reais e simuladas. Tarefas como utilização de utensílios, higiene oral, cuidados com os cabelos, lavar o corpo e a face, tarefas no toalete, controle urinário e intestinal simuladas e as demais atividades observadas.

3.7. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva com valores absolutos e relativos, média e desvio padrão, sendo os resultados demonstrados por meio de gráficos e tabelas.

4. RESULTADO

O estudo constou de 10 crianças com diagnóstico de ECNPI, em reabilitação na Clínica Escola de Fisioterapia da USF, que se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão exigidos na amostra. Uma das crianças vinha acompanhada apenas do cuidador, sem qualquer responsável legal que pudesse assinar o termo de consentimento, de forma que a amostra final constou de 9 crianças, sendo cinco meninas e quatro meninos.

Do total dos responsáveis entrevistados (n=9), observou-se que 77,7% (n=7) eram as mães das crianças e 22,2% (n=2) eram avós. Dentre as crianças avaliadas, 22,2% (n=2) são tetraparéticas, 44,4% (n=4) diparéticas e 33,3% (n=3) hemiparéticas.

As crianças avaliadas apresentaram média de idade de 8,5 anos e desvio padrão de 2 anos e 8 meses. O escore bruto (EB) de todas as crianças foi transformado em escore contínuo (EC) contendo erro padrão (EP) e em crianças com faixa etária entre 6 meses e 7 anos e seis meses foram transformados em escore normativo (EN) contendo erro padrão (EP), com a utilização da tabela apropriada, presente no manual.

A Tabela 1 apresenta a idade, escore bruto, escore normativo e escore contínuo com seu erro padrão e o desempenho apresentado por cada criança.

Habilidade Funcional – Auto – cuidado					
Criança	Idade	EB	EN (EP)	EC (EP)	Desempenho
1	8 anos	71	—	100 ± 11,25	Dentro do esperado
2	10 anos	67	—	84,23 ± 4,0	Abaixo do esperado
3	5 e 3 meses	71	48,4 ± 5,0	100 ± 11,25	Dentro do esperado
4	14 anos	61	—	74,23 ± 2,69	Abaixo do esperado
5	11 anos	44	—	59,33 ± 2,10	Abaixo do esperado
6	9 anos	3	—	15,10 ± 4,05	Abaixo do esperado
7	5 e 6 meses	56	19,4 ± 3,9	69,01 ± 2,37	Abaixo do esperado
8	8 anos	58	—	70,95 ± 2,47	Abaixo do esperado
9	5 e 9 meses	69	44,1 ± 4,4	92,21 ± 6,40	Abaixo do esperado *

*abaixo do esperado no escore contínuo, porém no normativo esta dentro da faixa de normalidade.

Os resultados apresentados da tabela 1 acima, mostra que a maioria crianças com ECNPI, possuem desenvolvimento das habilidades funcionais abaixo do esperado na área de auto-cuidado demonstrado pelo escore contínuo, sendo que nas crianças com idade inferior esse atraso do desenvolvimento é menor. Essa maior funcionalidade nas crianças menores é confirmado no escore normativo, onde a maioria das crianças apresentaram funções dentro do intervalo de normalidade, esperado em crianças brasileiras de mesma faixa etária.

A tabela 2 apresenta a pontuação máxima do item da escala por criança, na área de alimentação, higiene pessoal, banho, vestir e uso do toailete. Com valor da média, mediana e do déficit em porcentagem de cada área.

Criança	Alimentação (14)	Higiene Pessoal (19)	Banho (5)	Vestir (20)	Toailete (15)
1	12	19	5	20	15
2	12	19	5	16	15
3	14	19	5	19	14
4	12	18	2	14	15
5	11	19	3	5	6
6	2	1	0	0	0
7	12	18	5	9	12
8	13	19	3	8	15
9	13	17	5	19	15
Media	11,22	16,55	3,66	12,22	11,88
Mediana	12	19	5	14	15
Déficit	88,9%	44,5%	44,5%	88,9%	44,5%

Tabela 2. Pontuação máxima de cada item das AVDS da escala PEDI de todas as crianças, demonstrando em qual área houve maior comprometimento.

Na tabela 2, podemos identificar as áreas das atividades de vida diária que as crianças com ECNPI tiveram maior dificuldade, os resultados mostram que o item vestir obteve maior dificuldade com 88,9% de déficit, média de 12,2 e mediana de 14 de um total de 20 pontos, seguido pela alimentação com déficit de 88,9%, média de 11,2, mediana de 12 de um total de 14 pontos.

O Gráfico 1 representa o escore bruto que foi transformado em escore contínuo de todas as crianças, indicando também a topografia da lesão.

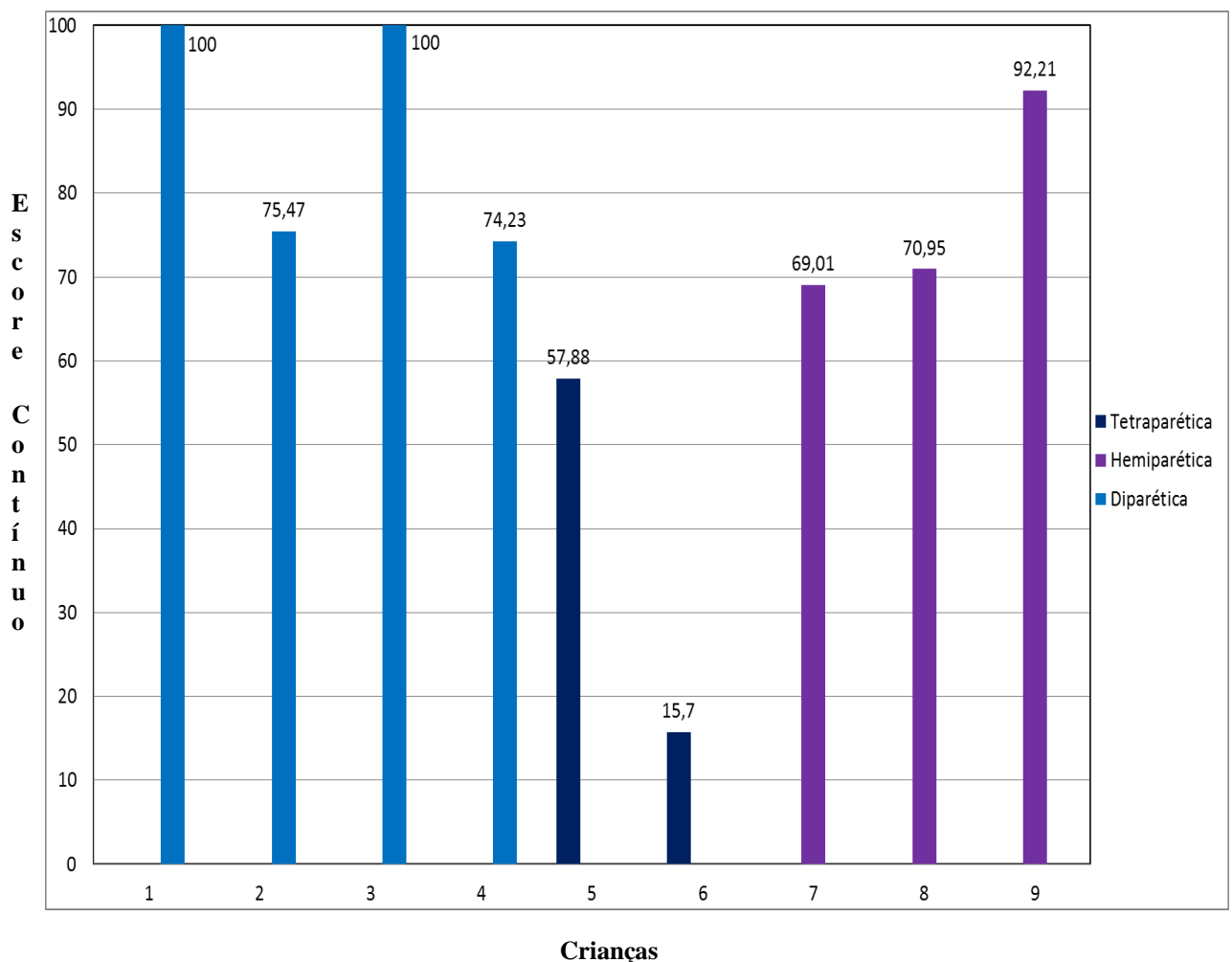


Gráfico 1. Escore contínuo de todas as crianças com topografia da lesão.

Como demonstrado no gráfico 1 acima, foi realizado a transformação do escore bruto em escore contínuo de todas as crianças, e identificado à topografia da lesão. Os resultados através da análise do escore contínuo da parte I, área de autocuidado da escala PEDI, que avalia criança de todas as idades, demonstrou que 22,2% (n=2) das crianças apresentaram pontuação 100, apresentando funcionalidade dentro do intervalo de normalidade. E a maioria

das crianças 77,7% (n=7) obteve pontuação abaixo de 100, demonstrando atividade funcional abaixo da normalidade. É observado também que os 22,2% das crianças dentro da faixa de normalidade são diparéticas, e as que obtiveram menor pontuação são tetraparéticas.

O Gráfico 2 representa o valor da média, mediana e o desvio padrão de $\pm 29,83$ nas crianças tetraparéticas, $\pm 12,87$ nas hemiparéticas e de $\pm 14,53$ nas diparéticas, no escore contínuo.

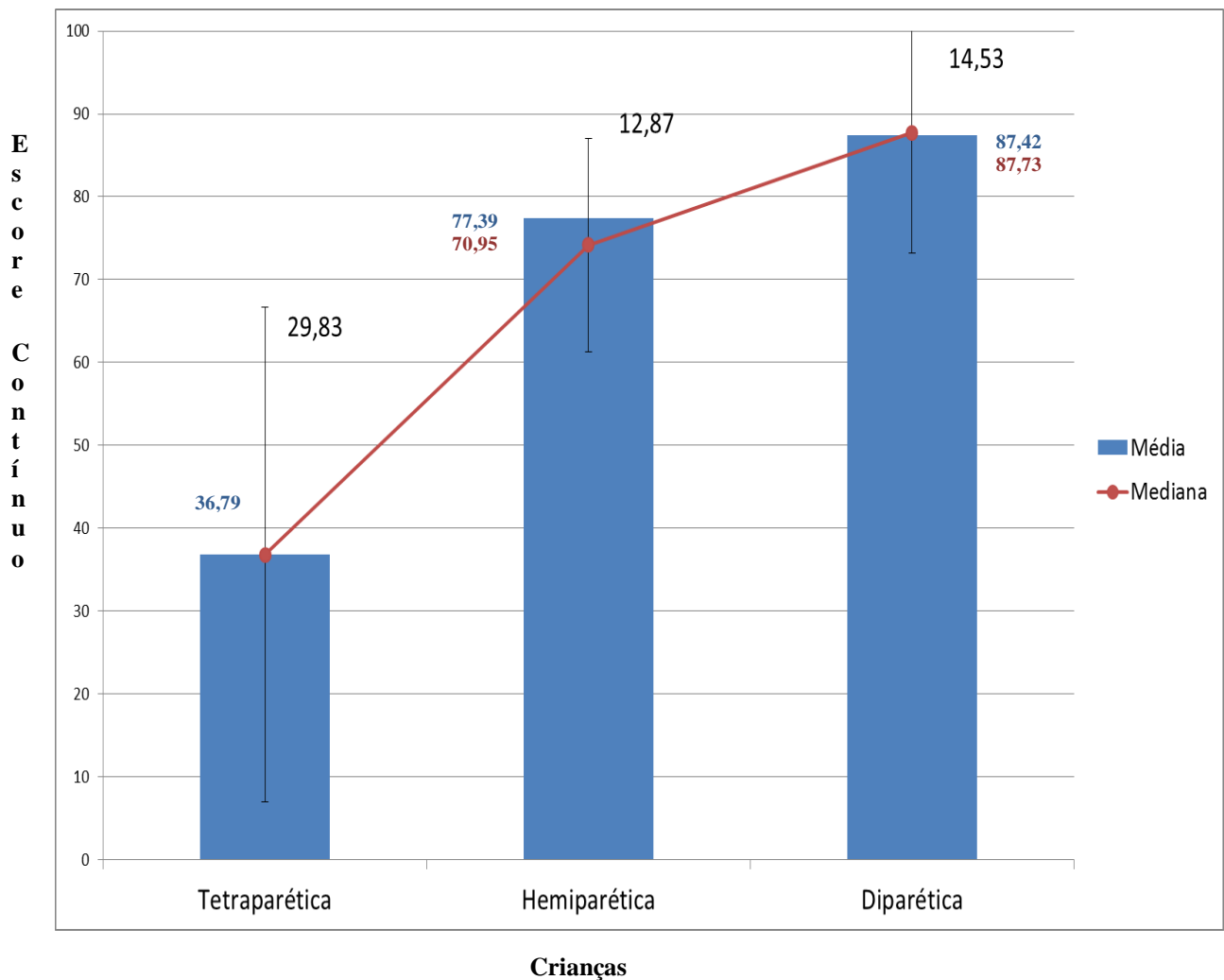


Gráfico 2. Média, mediana e desvio padrão do escore contínuo.

No Gráfico 2, podemos observar que as crianças diparéticas apresentam maior habilidade funcional em relação às demais e as hemiparéticas em relação às tetraparéticas, porém a diferença entre as diparéticas com as hemiparéticas considerando o desvio padrão demonstra habilidades funcionais semelhantes.

Através da análise do escore normativo da PEDI, que avalia crianças com idade entre 6 meses até 7 anos e 6 meses, foi identificado nesse estudo que 66,66% (n=2) das crianças avaliadas no escore apresentam atividades de vida diária dentro da faixa normalidade, enquanto 33,33% (n=1) das crianças estão abaixo do esperado. Nesta faixa etária a maioria das crianças obteve escore entre 30 e 70, que é considerado dentro do intervalo de normalidade para crianças brasileiras de mesma faixa etária. Dentre as crianças consideradas com desenvolvimento funcional normal estava uma diparética e uma hemiparética. Uma hemiparética apresentou escore inferior a 30, demonstrando atraso ou desempenho significativamente inferior (Gráfico 3).

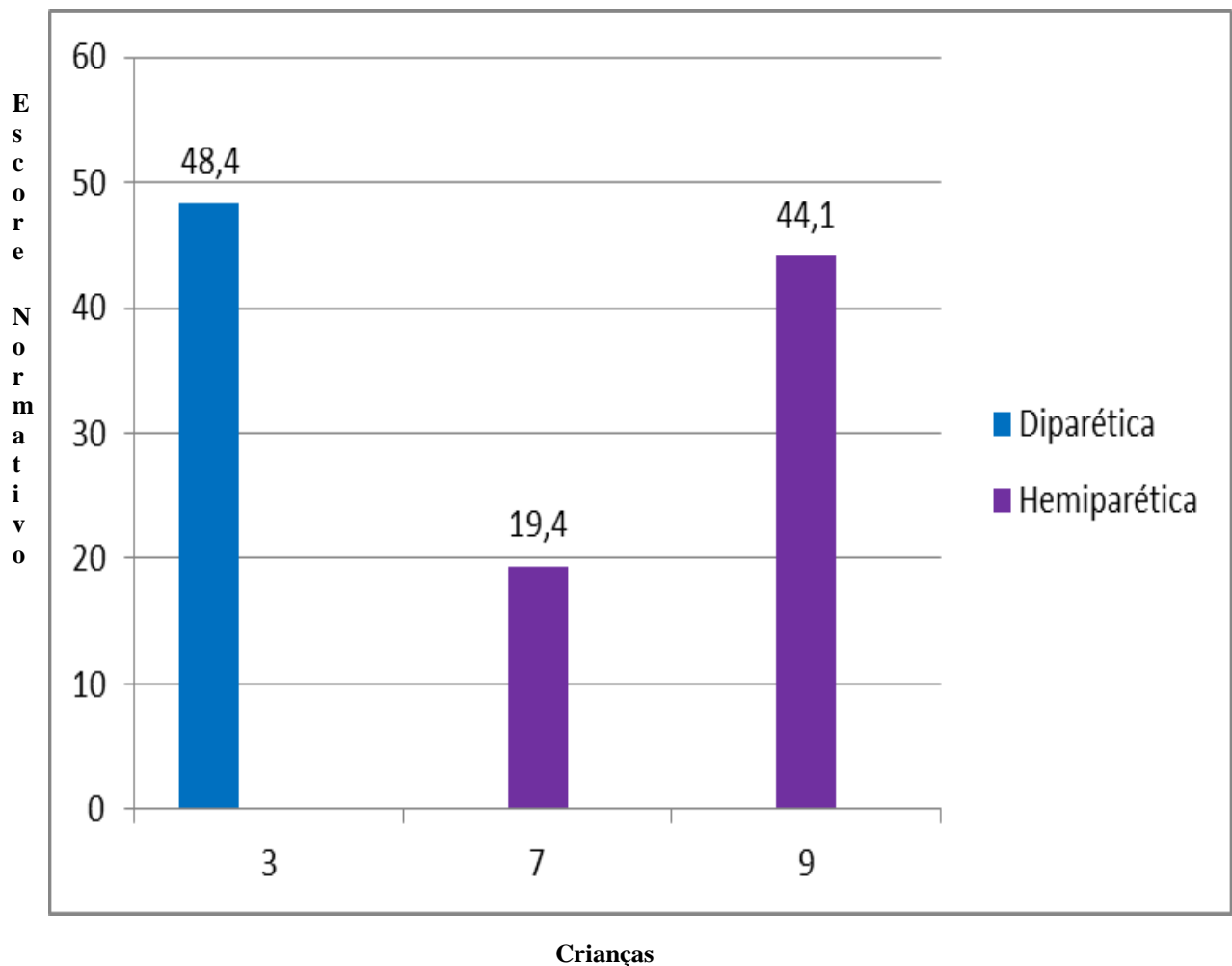


Gráfico 3. Escore normativo das crianças com idade entre 6 meses e 7 anos e seis meses, e topografia da lesão.

O Gráfico 4 abaixo representa o valor da média, mediana e o desvio padrão de ± 0 nas crianças diparéticas e de $\pm 17,46$ nas hemiparéticas do escore Normativo.

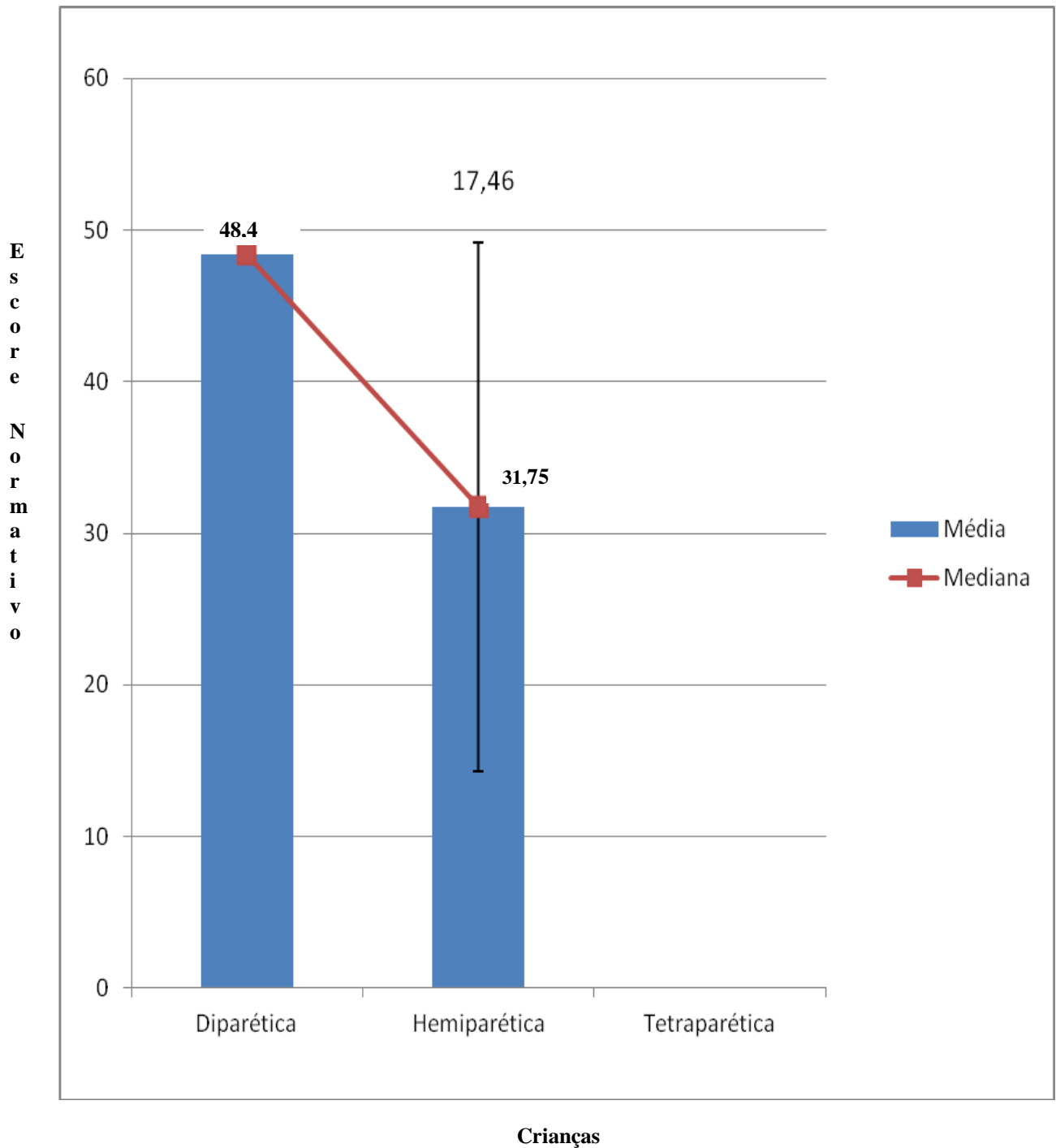


Gráfico 4. Média mediana e desvio padrão do escore normativo.

Na tabela 3 abaixo, observamos que 66,6 % das escalas aplicadas aos pais estão completamente condizentes com a observação direta, e que 33,3% dos resultados tiveram escore diferente.

Criança	Resposta do Responsável		Observação Direta	
	EB	EC	EB	EC
1	71	100	71	100
2	62	75,47	53	66,35
3	71	100	71	100
4	61	74,23	61	74,23
5	42	57,88	36	53,65
6	3	15,7	3	15,7
7	56	69,01	52	65,51
8	58	70,95	58	70,95
9	69	92,21	69	92,21

Tabela 3. Comparação entre o escore bruto e contínuo aplicados aos responsáveis com os de observação direta pelo terapeuta.

Na comparação entre o escore bruto resultante da aplicação da escala PEDI aos pais ou responsável, com o escore bruto resultante da observação direta do terapeuta, foi demonstrado que quase 1/3 das respostas dos responsáveis, tiveram escore diferente quando comparado com os resultados de observação direta feita pelo terapeuta.

5. DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi avaliar as atividades de vida diária de crianças com diagnóstico de ECNPI, através da aplicação da escala PEDI aos responsáveis, e como objetivo secundário comparar os resultados com os da observação direta realizada pelos avaliadores, podendo assim determinar a funcionalidade e a área do autocuidado que apresentam maior dificuldade e em quais crianças essa limitação é maior. Assim, haverá a possibilidade de propor atendimento focado na área de maior dificuldade apresentada pela criança e orientação mais adequada aos pais ou responsáveis.

Os resultados demonstraram que a maioria das crianças com ECNPI avaliadas no escore contínuo estão abaixo da média esperada para crianças brasileiras com desenvolvimento normal, sugerindo menor habilidade funcional na área de autocuidado.

Segundo OLIVEIRA et al, (2005). Crianças com ECNPI muitas vezes são limitadas ou impedidas de realizar tarefas básicas, como se vestir, comer, pois elas sofreram lesão no sistema nervoso central, podendo ocorrer comprometimento na área motora, alteração no tônus muscular e qualidade de movimentos.

Este dado vem ao encontro com o estudo de VILIBOR E VAZ, 2010, que comparou crianças com desenvolvimento normal e crianças com ECNPI, onde nos itens de autocuidado que necessitavam de movimentos bimanuais, houve maior dificuldade no grupo de crianças com ECNPI.

Mesmos resultados foram obtidos por Mancini *et al.*(2002) quando compararam em seu estudo 142 crianças com desenvolvimento normal com 33 crianças com ECNPI, demonstrando que de 22 itens da escala de autocuidado 11 apresentaram diferenças significativas, destes, 7 apresentam dificuldade relativamente superior no grupo de crianças com ECNPI, concluindo que a ECNPI influencia negativamente no desenvolvimento de atividades funcionais, confirmando dados deste estudo.

(Araujo, *et al*, 2010) Avaliou 8 crianças na faixa etária de 2 a 6 anos de idade e concluiu que 50% apresentou escore normativo superior a 30 e os outros 50 % apresentaram escore normativo inferior a 30, demonstrando grande comprometimento funcional relatando poder ser explicado pelo alto número de crianças com tetraparesia o que vai de encontro ao estudo.

COSTA, et al, (2010), obteve mesmo resultado em seu estudo onde constou com 30 crianças com ECNPI e todas apresentaram déficits nas habilidades funcionais.

Assumpção, *et al.*(2011) e Mourão e Araujo. (2011), também concluíram que crianças com ECNPI apresentam menor capacidade nas habilidades funcionais.

Marinho, *et al.*(2008), explica que crianças com ECNPI, em relação com as normais, apresentam maior dificuldade em atividades específicas de função manual, como bimanualidade, destreza e de controle postural, como tirar ou colocar blusa, abotoar ou desabotoar, abrir ou fechar zíper, calçar ou retirar meias. E como a escala PEDI avalia funções que dependem mais de MMSS, podemos sugerir que por este fator estas crianças tiveram pontuação abaixo do esperado.

Resultado diferente foi encontrado no escore normativo, mostrando que a maioria das crianças com ECNPI estão dentro do intervalo de normalidade para o desenvolvimento de crianças brasileiras de mesma faixa etária. Isto pode ter ocorrido porque que na faixa etária atribuída ao escore normativo, não constaram crianças tetraparesias (n=0), que está associado a pior diagnóstico, afetando diretamente a parte funcional da criança devido apresentar os quatros membros e tronco afetados, dificultando assim a realização dos itens da escala.

Mancini *et al.*(2002) obtiveram os mesmos resultados, informando que mesmo na presença de distúrbios e limitações motoras, as crianças com ECNPI leve desempenharam suas atividades de vida diária de forma semelhante à das crianças com desenvolvimento normal, citando que à influência do ambiente sobre o desempenho, pode ser um fator.

Vasconcelos *et al.*(2009), destaca que, embora o comprometimento neuromotor influencie nas atividades funcionais das crianças classificadas em categorias graves, o cuidador pode influenciar no desempenho de crianças com gravidade moderada, já que, quando não estimulada pelo cuidador a utilizar suas habilidades de autocuidado, estas crianças se tornam mais dependentes.

Marinho, *et al.*(2008), cita que o fato de crianças maiores apresentarem maior dificuldade ocorre porque à medida que a criança cresce, fatores como amplitude de movimento, alinhamento articular, força muscular, etc, se combinam com os efeitos da lesão agravando as deficiências, influenciando nos ganhos da criança com o tempo.

Os dados do presente estudo mostram que crianças diparéticas consideradas com comprometimento leve possuem atividades funcionais melhores, em comparação com as tetraparesias consideradas com comprometimento mais grave. Os resultados apresentados confirmam evidências já documentadas na literatura no que se refere às expectativas funcionais de crianças graves: elas apresentam desempenho inferior às de comprometimento leve em todas as áreas avaliadas. Isso pode ser explicado pelo fato das crianças diparéticas

apresentarem maior comprometimento em MMII e nenhum ou menor comprometimento em MMSS, e pelo fato de que a maioria das atividades da escala PEDI necessitarem de maior habilidade de MMSS.

Chagas, et al, 2008, confirma estes dados, citando que de fato, crianças classificadas como leve, apresentaram desempenho superior ao das crianças graves e explica que isso ocorre porque as crianças graves, na maioria das vezes, têm movimentação mais comprometida tanto em membros inferiores quanto em membros superiores, resultando em desempenho inferior, necessitando inclusive, de maior assistência do cuidador.

Mancini, et al, 2004, cita a relação forte e direta entre gravidade da condição de saúde e expectativas de desempenho funcional.

Em 2012, Monteiro et al, também obteve este mesmo resultado em seu estudo de caso com uma criança com tetraparesia, onde a mesma apresentou desenvolvimento abaixo do esperado por crianças da mesma faixa etária.

Nos dados analisados por Fonseca et al; 2005, com crianças tetraparesias, foi possível verificar que estas crianças apresentam grandes dificuldades nesta área, sendo possível a realização da mesma com adaptações, não sendo relatadas quais em seu trabalho.

No presente estudo crianças com diagnóstico de hemiparesia, consideradas com comprometimento intermediário, tiveram resultados um pouco abaixo quando relacionadas às diparéticas, porém se considerado o desvio padrão as funções apresentam-se semelhantes.

Marinho, *et al.*(2008) cita que hemiparéticos apresentam perdas sensitivas, alterações tróficas e assimetria de um membro superior, o que limita funções bimanuais de MMSS.

Já no estudo de Silva, *et al.*(2012), onde foi comparado o desempenho funcional entre crianças hemiparéticas e diparéticas não houve diferença significativa na área de auto cuidado entre os dois grupos.

No presente estudo foram comparadas quais foram às áreas das atividades de vida diária que as crianças com ECNPI tiveram maior dificuldade, e conforme apresentado na tabela 3 os resultados mostraram que a maioria das crianças tiveram maior dificuldade na tarefa de se vestir seguido da alimentação; o que vai ao encontro com o estudo de Mourão e Araujo, 2011, que também demonstrou em seus resultados que estas crianças possuem habilidades funcionais inferiores relacionadas com o vestir e despir, alegando que o resultado poderia ser explicado

por estas atividades envolverem habilidades bimanuais, destreza e coordenação de membros superiores (MMSS), que geralmente estão comprometidas nestas crianças.

Marinho et al; 2008, também relatou que crianças hemiparéticas e diparéticas apresentaram dificuldades em atividades relacionadas com vestuário, principalmente em tarefas relacionadas a fechos, dificuldade na alimentação e higiene pessoal, e que para as crianças hemiparéticas a dificuldade foi maior na realização destes itens da escala, quando comparadas as diparéticas, o que também está de acordo com os resultados aqui obtidos.

OLIVEIRA et al; 2010, explica em seu estudo que crianças com ECNPI apresentam diminuição de controle de movimentos e coordenação, condições indispensáveis para realizar tarefas como abotoar ou desabotoar, abrir ou fechar zíper.

Em relação aos dados apresentados por este estudo, foram observados maiores dificuldades nas atividades bimanuais, sendo necessário no cenário da reabilitação, um programa de fisioterapia funcional a estas crianças, assim como foi apresentado no estudo de Brianeze, et al, 2009, onde a fisioterapia funcional aliada à orientação aos cuidadores apresentaram resultados significativos ao desempenho funcional e aumento de independência das crianças participantes do estudo, destacaram a importância da orientação aos pais, que exercem um papel de agentes cooperadores para as modificações do comportamento motor e no desenvolvimento da criança com incapacidades.

Pavão e Silva, 2011, em seu estudo revelou que orientação adequada aos cuidadores aumentou o desempenho funcional da criança, pois inclui a criança nas atividades familiares, assim a criança passa a ter maior participação em atividades de higiene pessoal, vestes e alimentação, melhorando assim a independência nas AVD's.

No presente estudo também foi comparado o escore bruto resultante da aplicação da escala PEDI aos pais ou responsável, com o escore bruto resultante da observação direta do terapeuta, o que demonstrou que 66,6% das escalas aplicadas aos pais estão completamente condizentes com as observadas, e 33,3% dos resultados tiveram escore diferente, indicando uma superestimação destas crianças por parte dos pais ou responsáveis.

Essa diferença relatada pode indicar que os responsáveis não sabem relatar corretamente as habilidades funcionais que a criança é realmente capaz, , ou que as respostas tenham sido compreendidas de forma equivocada ou ainda que os pais superestimam o desempenho de seus filhos por não aceitar o fato de haver algum tipo de comprometimento destas crianças ou por não enxergarem de fato as limitações apresentadas.

Diante disto, são necessários mais estudos abordando este assunto, para uma compreensão mais adequada de tais fatores , já que o estímulo e incentivo dos pais ou cuidadores são fatores que contribuem para melhor desempenho funcional nas atividades de vida diária.

6. CONCLUSÃO

O estudo concluiu que a maioria das crianças com ECNPI avaliadas no escore contínuo apresentaram habilidades funcionais abaixo da normalidade, porém crianças de menor idade quando avaliadas no escore normativo demonstram habilidade funcional dentro do padrão de normalidade. O estudo também concluiu que crianças diparéticas apresentam maior funcionalidade se comparada às outras crianças, foi observado também que a tarefa que apresentou maior comprometimento foi a de se vestir, seguida pela alimentação.

Foi observado também que $\frac{1}{3}$ dos pais apresentaram pontuações diferentes da observação direta, demonstrando assim superestimação da habilidade funcional de seus filhos.

Todos os dados apresentados pelo estudo podem ser de grande valia por apontar quais crianças e em quais funções as mesmas apresentam maior dificuldade, podendo assim propor condutas e orientações mais específicas podendo aumentar assim a eficácia do tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L. S. A.; DAMÁZIO, L. C. M.; BARBOSA, A. A.; CARIAS, A. M.; **Avaliação das habilidades funcionais de crianças com paralisia cerebral do Centro de Estimulação Precoce da APAE de duas cidades de Minas Gerais.** Revista digital. Buenos Aires, ano 15, n. 151, dez. 2010.

BRIANEZE, A. C. G. S.; CUNHA, A. B.; PEVIANI, S. M.; MIRANDA, V. C. R.; TOGNETTI, V. B. L.; ROCHA, N. A. C. F.; TUDELLA, E. **Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores.** Fisioterapia e Pesquisa. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-5, jan./mar. 2009.

BURNS, Y.R.; GILMOUR, J.; MACDONALD, J.; KENTISH, M.; **Fisioterapia e crescimento na infância: Fisioterapia da Criança com Problemas Neurológicos, Neuromusculares e de Desenvolvimento do Sistema Nervoso.** 1.ed. São Paulo: Santos, 1999. 360p.

CARGNIN, A. P. M.; MAZZITELLI, C. **Proposta de Tratamento Fisioterapêutico para Crianças Portadoras de Paralisia Cerebral Espástica, com Ênfase nas Alterações Musculoesqueléticas.** Rev. Neurociências. São Paulo, p. 34-39, 2003.

CHAGAS, P.S.P; DEFILIPO, E.C.; LEMOS, R.A.; MANCINI, M.C.; FRÔNIO, J.S.; CARVALHO, R.M. **Classificação da função motora e do desempenho funcional de Crianças com paralisia cerebral.** Ver. Bras. Fisioter, São Carlos, v.12, n.5, p. 409-16, Set/out. 2008.

COSTA, M. L.; BLASCOSVI-ASSIS, S. M.; EMERICH, D. R.; CEVALLOS, P. V.; TEIXEIRA, M. C. T. V. **Relação entre habilidades funcionais e perfil comportamental em um grupo de crianças com paralisia cerebral.** Fisioterapia Brasil, v. 11, n. 5, p. 362-367, set/out de 2010.

CUNHA, A.C.S.; BATISTA, A.M.; ABATE, A.K.O.; SOUZA, J.M.M.; AGUIAR, O. S.; SOUZA, A. S. R.; PACHECO, M.T.T. **Avaliação da funcionalidade de uma criança com**

hemiplegia espástica à direita em tratamento hidroterapêutico através do PEDI – estudo de caso. 2006.

FONSECA, J. O.; CORDANI, L. K.; OLIVEIRA, M. C. **Aplicação do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) com crianças portadoras de paralisia cerebral tetraparesia espástica.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 67-74, maio/ago.,2005.

HALLAL, Camilla Zamforlini; MARQUES, Nise Ribeiro; BRACCIALLI, Lígia Maria Presumido. **Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças Atendidas em um programa de estimulação precoce.** Ver.bras.crescimento desenvolv. hum.,São Paulo, v.18, n.1, abr. 2008.

LEITE,J.M.R.S; PRADO,G.F; **Paralisia cerebral. Aspectos fisioterapêuticos e clínicos. Artigo de revisão.** Neurociencias. Trabalho realizado na universidade federal de São Paulo. Escola paulista de medicina- UNIFESP-EPM. 2004.

MADEIRA, E.A.A; CARVALHO,S.G; **Paralisia cerebral e fatores de risco ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica.** Caderno de pós graduação em distúrbios do desenvolvimento.São Paulo.v.9, n.1,p142-163, 2009.

MANCINI, M. C.; ALVES, A. C. M.; SCHAPER, C.; FIGUEIREDO, E. M.; SAMPAIO, R. F.; COELHO, Z. A. C.; TIRADO, M. G. A. **Gravidade Da Paralisia Cerebral e Desempenho Funcional.** Revista Brasileira de Fisioterapia. Belo Horizonte: M.G., v. 8, n. 3, p. 253-260, 2004.

MANCINI,M.C; FIÚZA,P.M; REBELO,J.M; MAGALHÃES,L.C;COELHO, Z.A.C; PAIXÃO,M.L; GONTIJO,AP.B; FONSECA, S.T. **Comparação do desempenho das atividades funcionais em crianças com desempenho normal e crianças com paralisia cerebral.** Arquivo de neuropsiquiatria. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 60, n. 2B, June 2002 .

MARINHO, A. P. S.; SOUZA, M. A. B.; PIMENTEL, A. M. **Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral diparéticas e hemiparéticas.** R. Ci. Méd. biol., Salvador, v. 7, n. 1, p. 57-66, jan./abr. 2008.

MEDINA, E. C.; ANDRADE, M. S.; **A abordagem psicopedagógica na intervenção fisioterapêutica em crianças com encefalopatia crônica não-progressiva.** Cadernos de psicopedagogia. São Paulo, v.3, n.6, jun. 2004.

MONTEIRO, J. A.; VASCONCELOS, T. B.; SILVA, R. L. M.; CAVALCANTE, L. I. C. **Avaliação do nível de independência nas atividades de vida diária da criança com paralisia cerebral: um estudo de caso.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 129-141, 2012 .

MOURÃO, L. M. C.; ARAÚJO, A.; **Capacidade do autocuidado de crianças com paralisia cerebral atendidas em um Centro de Referência.** Revista de enfermagem do Centro oeste Mineiro. Divinópolis: Minas Gerais, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, A.I. A; GOLIN, M.O; CUNHA, M.C.B. **Aplicabilidade do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS) na paralisia cerebral- revisão de literatura.** Arquivo Brasileiro de Ciência e Saúde. Santo André. SP, v35, n.3, p.220-4, set/dez, 2010.

PAVÃO, S. L.; SILVA, F. P. S.; ROCHA, N. A. C. **Efeito de orientação domiciliar no desempenho funcional de crianças com necessidades especiais.** Motricidade. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2011.

SHEPHERD, R.B.; **Fisioterapia em pediatria: Paralisia Cerebral.** 3.ed. São Paulo: Santos, 1995.110p, 1995.

SILVA, F. P. P.; GOMES, N. M.; GIL, K. V. C.; DA MATTA, D. S. P. **Comparação do Desempenho Funcional de Crianças com Paralisia Cerebral Diparéticas e Hemiparéticas.** Rev. Neurociências. São Paulo, 2012.

TABAQUIM,M.L.M; CIASCA,S.M; **Avaliação do desenvolvimento global de crianças portadoras de encefalopatia crônica infantil não progressiva.** Salusta. Bauru, v.19,n.2,p.113-126, 2000.

TECKLIN, S.J. Fisioterapia Pediátrica: Fisioterapia para Crianças com Paralisia Cerebral. 3° ed. Artmed, Porto Alegre, p. 98-102, 2002.

VASCONCELOS, R. L. M.; MOURA, T. L.; CAMPOS, T. F.; LINDQUIST, A. R. R.; GUERRA, R. O. **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, set./out. 2009.

VILIBORL,R.H.H; VAZ,R.H. **Correlação entre função motora e cognitiva de pacientes com Paralisia Cerebral. Revisão de literatura. Revista de Neurociências. Trabalho realizado na Universidade São Paulo.** SP.vol.18,n.3, pag. 380-385, 2010.

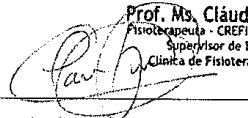
Anexo I**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DOS
PRONTUÁRIOS DA CLINICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DA USF**

Bragança Paulista, 07 de março de 2012.

ILMO Sr Claudio Fusaro


Fabiana Aparecida Fonseca de Moraes e Katia Aparecida Leite Viana, acadêmicas do Curso de Fisioterapia, vêm solicitar de Vossa Senhoria autorização para analisar os prontuários Da Clinica Escola de Fisioterapia da USF, no período de abril a junho de 2012, por motivo de Trabalho de Conclusão de Curso.

Esperando sua preciosa atenção, desde já agradecem e a esta subscrevem.

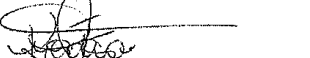

Prof. Ms. Cláudio Fusaro
Fisioterapeuta - CREFITO 3/14503-F
Supervisor de Estágio
Clínica de Fisioterapia - USF

Responsável técnico pela clinica escola de fisioterapia da USF


Claudio Fusaro


Acadêmica:

Fabiana Aparecida Fonseca de Moraes


Acadêmica:

Katia Aparecida Leite Viana


Orientadora Temática:

Professora Simone Borba do Carmo Silva

ANEXOII

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade São Francisco-SP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação das atividades de vida diária de crianças com encefalopatia crônica não-progressiva da infância*

Área Temática:**Pesquisador:** Simone Borba do Carmo Silva**Versão:** 1**Instituição:** Universidade São Francisco-SP**CAAE:** 03148212.0.0000.5514

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**Número do Parecer:** 26842**Data da Relatoria:** 24/05/2012**Apresentação do Projeto:**

Projeto apresentado na própria folha da Plataforma Brasil.
Contém a carta de autorização da Clínica de Fisioterapia da USF.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as atividades da vida cotidiana de crianças com encefalopatia crônica verificando o grau de compreensão dos pais em relação ao problema através da aplicação de questionário

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Poderá identificar e orientar os pais e cuidadores dos menores as formas mais adequadas de estimulá-los as atividades diárias

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a declarar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é objetivo, dirigido aos pais e contém todas as informações necessárias para a pesquisa

Recomendações:

nada a sugerir

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

APÓS DISCUSSÃO O COLEGIADO DELIBEROU PELA APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISAS.

ANEXO III**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE CRIANÇAS COM
ENCEFALOPATIA CRÔNICA NÃO-PREOGRESSIVA DA INFÂNCIA**

Eu _____, idade _____, RG _____, abaixo assinado responsável legal de _____ dou meu consentimento livre e esclarecido para que ele(a) participe como voluntário do projeto de pesquisa supra-citado, sob a responsabilidade dos pesquisadores Simone Borba do Carmo Silva, Fabiana Aparecida Fonseca de Moraes e Katia Aparecida Leite Viana, do Curso de Fisioterapia da Universidade São Francisco.

Assim estou ciente que:

- I. O objetivo desta pesquisa é avaliar o desempenho funcional das crianças e comparar se condiz com que os pais relatam.
- II. Não será administrado nenhum tipo de medicamento.
- III. Os resultados obtidos serão mantidos em sigilo, não ocasionando exposição e/ou publicação do nome da criança.
- IV. O responsável pela criança poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco para apresentar recursos e reclamações em relação ao estudo. (fone: (011) 4034-8028) ou os responsáveis pelo estudo (fone: 4034-8133)
- V. É condição indispensável para participação do estudo às crianças estarem em tratamento fisioterapêutico na clínica escola de fisioterapia da USF e portarem Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância.
- VI. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação neste estudo e estar livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento.
- VII. O TCLE será impresso em duas vias, sendo uma para os pesquisadores e outra para mim.

Bragança Paulista, ____ de _____ de 2012.

Nome e assinatura do responsável

ANEXO IV**FICHA DE COLETA DE DADOS**

- **IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____ Sexo: M () F ()

Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

HD ou DC: _____

- **ANAMNESE**

n de filhos: G ___ P ___ A ___

Doenças maternas anteriores: _____

Pais consanguíneos () S () N Grau de parentesco: _____

- **HISTÓRIA GESTACIONAL**

Gravidez planejada () S () N Gravidez desejada () S () N

Infecções maternas Época 1,2 ou 3 trimestre

() herpes simples () HIV () RPM

() sífilis () hemorragia () toxoplasmose

() diabetes Quant. () citomegalovírus

() rubéola Uso medic. () HAS

Repouso:

Pré-natal () N () S Início: _____ mês

Usou: () fumo () álcool () drogas () medicamentos.

Qual: _____.

Início dos movimentos fetais: _____ mês.

Traumatismos abdominais () sintomático () assintomáticos

Consequências () mediatas () imediatas

Qual? _____

- **HISTORIA DO PARTO**

() a termo () pré-termo () pós-termo

IG: _____ Peso: _____ Comp.: _____ PC: _____

Tipo de parto:

() vaginal () cesárea () fórceps. Motivo: _____

() manobras () prolongadas. Porquê? _____

() hospitalar () domiciliar

() uso de anestesia. Qual? _____

Complicações: () circular de cordão

() prolapso de cordão

() aspiração de mecônio

Tipo de apresentação:

() cefálico () pélvico () córmico () face () frente

Chorou ao nascimento:

() S () N () fraco () forte

Coloração: () ríseo () roxo () preto

Necessitou de ressuscitação: () S () N

() máscara de O₂ () tenda de O₂ () IOT () catater de O₂

() incubadora. Tempo: _____

Porquê? _____

Mal-formações: () lábio leporino () fenda palatina

Outras: _____

• **MANIFESTAÇÕES NEONATAIS**

Distúrbios metabólicos e hidrolíticos:

() hipoglicemia () hiponatremia

() hipocalcemia () hipomagnesemia

() hiperbilirrubinemia: Tto: () fototerapia.

Tempo: _____

() exsossanguíneotransfusão. N: _____

Crises convulsivas () S () N

Tipos: _____

Nº por dia: _____

Medicação utilizada: _____

Atualmente apresenta:

Alimentação inicial: () SNG () seio materno () mamadeira

Atualmente alimenta-se: _____

Infecções perinatais: () pulmonares () sepse

Causa e resolução: _____

DNPM:

Sorriso social:_____sustentou cabeça:_____

Rolou:_____sentou c/ apoio:_____

Sentou s/ apoio:_____engatinhou:_____

Ficou em pé:_____andou:_____

correu:_____subiu e desceu escadas_____

controle de esfíncteres:_____lalação ou balbucio_____

vocalização:_____

Antecedentes Familiares: _____

SAÚDE GERAL DA CRIANÇA/ ANTECEDENTES PESSOAIS/ SITUAÇÃO ATUAL

Passados mórbidos (infecções/traumatismos/internações/cirurgias):_____

Vacinação: () completa () incompleta

Medicação atual:_____

Escolaridade:_____

Sono:_____

AVD's: alimentação:_____

Vestir-se/despir-se:_____

Higiene pessoal:_____

ANEXO V

Escala PEDI

ESCALA PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY- PEDI

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

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

Versão 1.0 Brasileira

Stephen M. Haley, Ph.D., Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/I; 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.

FORMULARIO 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 para 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
complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social
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
Conquistado, e habilidades funcionais
Progrediram além deste nível.

Parte II- Assistência do adulto de
referência: 20 atividades

Funcionais complexas

Áreas: autocuidado, 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

Áreas: autocuidado, mobilidade,
Pontuação:

N= Nenhuma modificação
C= modificação centrada na criança
(não especializada)
R=equipamento de reabilitação
E=modificações extensivas

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS

Parte I: Habilidades funcionais**Área de Autocuidado**(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 das mãos
- 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 (zíper), 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 à 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, consistentemente, 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 Autocuidado:

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

Comentários: