



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFº ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

**CIF E PARALISIA CEREBRAL: A INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS
NAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

MAYANA NICOLAU CARVALHO
TALLINE FRANCIANY SOUZA SOBRINHO

Lagarto, SE
2019

MAYANA NICOLAU CARVALHO
TALLINE FRANCIANY SOUZA SOBRINHO

**CIF E PARALISIA CEREBRAL: A INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS
NAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Fisioterapia da UFS - Universidade Federal
de Sergipe.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosana Machado de Souza

Lagarto, SE

2019

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre os fatores ambientais nas atividades e participação social das crianças e jovens com paralisia cerebral, de acordo com o modelo de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Foram avaliadas 14 crianças e jovens com paralisia cerebral entre dois e 14 anos, sendo todos classificados pelo GMFCS. Os dados foram coletados através da aplicação de questionários com os responsáveis, que visavam analisar o histórico clínico e social de cada paciente, bem como dados sociodemográficos, além de fatores ambientais que influenciavam nas atividades e participação social desses indivíduos. As informações coletadas foram analisadas descritivamente. O nível GMFCS V foi predominante no estudo. Identificou-se que a Acessibilidade foi uma barreira para os cinco domínios de atividades e participação social avaliados: rotina diária, deslocamento por diferentes lugares, interações interpessoais, educação escolar e recreação e lazer. Os fatores ambientais Família e Amigos foram apontados como os maiores facilitadores. Conclui-se que a CIF se mostrou útil para a avaliação da influência dos fatores ambientais nas atividades e participação social e que o contexto físico, social e atitudinal em que as crianças e jovens com paralisia cerebral estão inseridos deve ser avaliado, não se limitando a funções e estruturas corporais afetadas.

Descritores: Paralisia Cerebral. CIF. Meio Ambiente. Atividades Cotidianas. Participação Social.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the relationship between environmental factors and activities and social participation of children and youngsters with cerebral palsy, according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This study is descriptive and cross-sectional. Fourteen children and youngsters with cerebral palsy were evaluated between two and 14 years old and classified by GMFCS. Data were collected through the application of questionnaires with their parents or caregivers, which aimed to analyze the clinical and social history of each patient, the sociodemographic data, and the environmental factors that influenced the activities and social participation of these individuals. The information collected was analyzed descriptively. GMFCS level V was predominant in the study. Accessibility was identified as a barrier to the five domains of activities and social participation evaluated: daily routine, displacement by different places, interpersonal interactions, school education and recreation and leisure. The environmental factors Family and Friends were singled out as the greatest facilitators. We concluded that ICF is useful for assessing the influence of environmental factors on social activities and participation and that physical, social and attitudinal context in which children and youngsters with cerebral palsy are inserted should be evaluated, not limiting evaluation to functions and affected body structures.

Keywords: Cerebral Palsy. ICF. Environment. Activities of Daily Living. Social Participation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
MÉTODOS.....	9
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO.....	20
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE A	29
APÊNDICE B.....	31
APÊNDICE C.....	33
ANEXO A	36
ANEXO B	39

INTRODUÇÃO

Estima-se que, em países em desenvolvimento, 7 crianças em cada 1.000 nascidos vivos sejam diagnosticadas com Paralisia Cerebral (PC) (1). Também denominada de encefalopatia crônica não progressiva da infância, é descrita como uma doença em que ocorre dano no sistema nervoso central (SNC) no seu processo de maturação estrutural e funcional, gerando distúrbios motor, sensitivo, perceptivo e cognitivo que variam entre os indivíduos acometidos (2,3,4). Forti-Bellani e Castilho-Weinert (5) ressaltam que, apesar de o dano ser caracterizado como não-progressivo, a PC possui repercussões clínicas mutáveis. Tendo em vista a heterogeneidade da doença, a avaliação dessas crianças deve envolver aspectos multidimensionais que abranjam diferentes níveis da função e estrutura corporal, atividade e participação, com ênfase na determinação da influência dos elementos pessoais e ambientais sobre sua saúde e funcionalidade.

Conforme Silva, Dias e Pfeifer (6), a classificação usual da PC baseia-se em diferentes enfoques, como a anormalidade motora predominante (espástica, discinética, atáxica), distribuição topográfica (número de segmentos acometidos; unilateral e bilateral para espasticidade) e a funcionalidade. Os autores ainda salientam que essa classificação, embora seja útil para propostas clínicas e epidemiológicas, fornece informações limitadas acerca da mobilidade, além de não indicarem o nível de gravidade e, portanto, pouco contribuírem para a delimitação do prognóstico. Com base nisso, recomenda-se que a categorização da Paralisia Cerebral seja acompanhada também de classificações funcionais, como o *Gross Motor Functional Classification System* (GMFCS). Este instrumento foi desenvolvido no centro de reabilitação CanChild (*Center for Childhood Disability Research*) do Canadá, com o propósito de atender a necessidade de estabelecer um sistema padronizado para classificar a funcionalidade motora, facilitando a comunicação entre profissionais e familiares. Os estudos sustentam o conceito de que essa classificação possui bom grau de estabilidade ao longo dos anos, ou seja, uma criança geralmente permanece no mesmo nível (5,7,8).

Souza e Alpino (4) evidenciaram que, em virtude do comprometimento motor (eventualmente sensorial e de comunicação) e da inadequação ambiental, muitas crianças com PC podem apresentar limitações significativas no desempenho de atividades e restrições na participação que incluem, além dos aspectos de mobilidade e autocuidado, o alcance educacional e as relações sociais. Com isso, essas crianças requerem adaptações/modificações

ambientais que lhes assegurem boas condições de acessibilidade e participação, sendo essas de responsabilidade parcial do poder público, não isentando, portanto, a família e os profissionais de saúde (9). Nesse contexto, a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permite a apreciação de dados pouco explorados anteriormente, favorece a compreensão do processo de desempenho funcional da criança com PC e permite a identificação de fatores ambientais e pessoais que estejam atuando como barreiras para a boa funcionalidade da criança (4). Essa classificação foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é baseada numa abordagem biopsicossocial, a qual traz uma perspectiva positiva frente às incapacidades, visto que considera as atividades e participação social que indivíduos com alterações na função e estrutura do corpo podem desempenhar (10).

Considerando a abordagem multidimensional da criança com PC, ressalta-se a importância do profissional fisioterapeuta conhecer e avaliar as habilidades motoras associadas ao contexto ambiental a qual esta se desenvolve, baseando-se na CIF que prioriza a funcionalidade e participação social. A utilização deste instrumento pode contribuir para a organização adequada e efetiva do plano de tratamento, além de colaborar com a gestão municipal para desenvolvimento de condições que favoreçam as atividades e participação social deste público.

Este estudo tem como objetivo avaliar a relação entre os fatores ambientais nas atividades e participação social da criança com PC, de acordo com a CIF. Como objetivos específicos, buscou-se identificar o perfil das crianças com PC atendidas na clínica escola e projetos de extensão vinculados ao departamento de fisioterapia da UFS (Campus Lagarto), identificar os fatores ambientais que atuam como barreira e facilitador e correlacionar o grau de influência dos fatores ambientais com a gravidade da PC.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza predominantemente quantitativa e de estrutura transversal, desenvolvido no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), campus Lagarto.

Participantes

Participaram deste estudo 14 crianças e adolescentes, de dois a 14 anos (média= 5,57; desvio-padrão= 3,5), com diagnóstico de Paralisia Cerebral, vinculados à universidade pela Clínica Escola de Fisioterapia ou por projetos de extensão do Departamento de Fisioterapia. Inicialmente, foram identificadas 33 crianças que se encaixaram nos critérios de inclusão listados acima. No entanto, não foi possível entrar em contato com 7 delas, visto que não atenderam à ligação, e 12 não compareceram aos atendimentos fisioterapêuticos. Os responsáveis pelos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos sob o parecer nº 2.921.187 (ANEXO A).

Instrumentos

Os dados foram coletados através de três instrumentos, sendo que o primeiro foi um questionário criado pelas pesquisadoras, o qual contém informações sobre identificação, história gestacional, uso de dispositivo auxiliar, de medicamentos, escolaridade, acompanhamento de fisioterapeuta e/ou outro(s) profissional(s), dados socioeconômicos e ambiente domiciliar (Questionário Sociodemográfico e Clínico; APÊNDICE B).

A segunda ferramenta foi a versão ampliada e revisada do *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), traduzido por Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (ANEXO B), que categoriza as capacidades e limitações de crianças com PC até os 18 anos, por meio da função motora grossa em atividades diárias, com evidência na mobilidade e no ficar sentado. A escala contém cinco níveis que são divididos por faixa etária da seguinte maneira: 0-2 anos, 2-4 anos, 4-6 anos, 6-12 anos e 12-18 anos. Os níveis diferenciam-se de I a V conforme a qualidade de movimento e a necessidade de dispositivos manuais para mobilidade (tais como andadores, muletas ou bengalas) ou mobilidade sobre rodas. O nível I indica maior independência, enquanto que o nível V indica maior comprometimento motor (5, 11, 12).

Por fim, o terceiro instrumento foi um material, também criado pelos pesquisadores, baseado na CIF, nomeado “Questionário de Avaliação da Influência dos Fatores Ambientais nas Atividades e Participação de Crianças e Jovens com Paralisia Cerebral” (APÊNDICE C). Este permitiu identificar como os fatores ambientais influenciam na atividade e participação social dessas crianças, e se esses fatores são barreiras ou facilitadores. Foram selecionados oito fatores ambientais que abrangeram quatro dos cinco capítulos do componente da CIF, Fatores Ambientais. Dessa forma, o questionário avaliou a influência desses fatores nos cinco itens de Atividade e Participação selecionados. Os dados colhidos foram classificados pelo primeiro qualificador da CIF, que serve para documentar a extensão de um problema, servindo para agregação ou análise estatística entre épocas e contextos. Para caracterizar a extensão das barreiras e facilitadores, o coeficiente utilizado variou de 0 a 4. O facilitador foi sinalizado pelo símbolo de positividade, sendo 0 indicativo de nenhum facilitador (0-4%), 1, facilitador leve (5-24%), 2, moderado (25-49%), 3, considerável (50-95%) e 4, completo (86-100%). As barreiras foram representadas pelo ponto separando o código e o coeficiente, sendo 0 nenhuma barreira (0-4%), 1, leve (5-24%), 2, moderada (25-49%), 3, grave (50-95%) e 4, completo (96-100%) (13).

Procedimentos

Inicialmente os responsáveis foram convidados a participar da pesquisa por meio de ligação telefônica, sendo neste momento agendado um dia para avaliação. Esta foi realizada em um dia e local em que a criança ou jovem tinha atendimento fisioterapêutico previamente agendado. No momento da avaliação, os responsáveis foram informados sobre os procedimentos da pesquisa e suas dúvidas foram sanadas. Logo após, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No início da avaliação, os responsáveis responderam ao Questionário Sociodemográfico e Clínico. Em seguida, foi aplicado, também com os responsáveis, o Questionário de Avaliação da Influência dos Fatores Ambientais nas Atividades e Participação de Crianças com Paralisia Cerebral. Por fim, a avaliação da função motora da criança ou jovem foi realizada ao término do atendimento, permitindo sua classificação pelo GMFCS.

Análise de Dados

Os dados coletados foram organizados em planilha no programa Excel e os dados quantitativos foram obtidos através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*

(SPSS; versão 22.0). As informações adquiridas foram dispostas em uma planilha para análise descritiva. Essa planilha continha as informações coletadas para cada indivíduo através dos três instrumentos. A partir daí, os dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes foram agrupados e algumas porcentagens foram calculadas para análise do perfil do grupo. Os dados referentes ao Questionário de Avaliação da Influência dos Fatores Ambientais nas Atividades e Participação de Crianças e Jovens com Paralisia Cerebral foram organizados no SPSS e agrupados para cálculo de média da extensão das barreiras e facilitadores e da porcentagem de cada valor atribuído ao primeiro qualificador. Além disso, todos os achados referentes a influência dos fatores ambientais nas atividades e participação social de crianças e jovens com PC foram descritos.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes.

VARIÁVEIS	(N)	%
Gênero		
Feminino	7	50
Masculino	7	50
Escolaridade dos responsáveis		
Ensino Fundamental Incompleto	5	35,7
Ensino Médio Completo	8	57,1
Ensino Médio Incompleto	1	7,1
Desordem motora		
Normotonia	3	21,4
Hipotonia	2	7,1
Hipertonia	9	64,3
Topografia		
Hemiplegia	3	21,4
Tetraplegia	8	50
Dispositivo auxiliar		
Utiliza	7	50
Não utiliza	7	50
GMFCS		
I	2	14,3
II	1	7,1
III	2	14,3
IV	2	14,3
V	5	35,7
Medicamentos	8	57,1
Fisioterapia	13	92,9
Outros profissionais	13	92,9

Creche/Escola		
Frequentam	6	42,9
Não frequentam	8	57,1
Residência		
Própria	10	71,4
Aluguel	4	28,6
Localização		
Zona rural	4	28,6
Zona urbana	10	71,4
Quantidade de moradores		
1-3 pessoas	5	35,7
4-7 pessoas	8	57,1
8-10 pessoas	1	7,1
Renda familiar		
Meio salário	1	7,1
Um salário	10	71,4
Mais de um salário	3	21,4

A aplicação do Questionário de Avaliação da Influência dos Fatores Ambientais nas Atividades e Participação de Crianças e Jovens com Paralisia Cerebral permitiu verificar a presença ou ausência de tais fatores na vida das crianças e jovens com PC e a influência desses fatores nos níveis de Atividades e Participação (Tabela 2). O primeiro fator ambiental avaliado está relacionado ao Capítulo 1 - Produtos e Tecnologias -, mais especificamente, o uso de dispositivos auxiliares. Foi observado que 50% dos participantes não utilizavam nenhum tipo de dispositivo auxiliar. Tal porcentagem corresponde a crianças e jovens com GMFCS I e II e àquelas com GMFS IV e V na faixa etária de 2 e 3 anos. A ausência desses dispositivos não influenciou ou foi considerada barreira para as atividades e participação social. Em relação aos 50% dos participantes que utilizavam dispositivos auxiliares, 1 utilizava órtese do tipo AFO articulada (GMFCS II), 4 utilizavam apenas a cadeira de rodas (GMFCS IV e V), 1 utilizava tanto a cadeira de rodas, quanto andador (GMFCS III) e 1 utilizava os três tipos de dispositivos citados acima (GMFCS V).

Descolar-se por diferentes lugares	-	-	-	4	3	-	-	-	-	-	-	-	7
Interações interpessoais básicas	-	-	2	4	7	-	-	-	-	-	-	-	1
Educação escolar	-	-	1	2	3	-	-	-	-	-	-	8	-
Recreação e lazer	-	-	1	2	10	-	-	-	-	-	-	-	1
Atitudes													
e460													
Rotina diária	-	-	2	-	2	-	-	1		1	-	-	8
Descolar-se por diferentes lugares	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Interações interpessoais básicas	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	11
Educação escolar	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8	4
Recreação e lazer	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Serviços, sistemas e políticas													
e580													
Rotina diária	-	-	-	1	9	-	-	-	1	-	-	-	3
Descolar-se por diferentes lugares	-	-	1	3	2	-	-	-	1	-	-	-	7
Interações interpessoais básicas	-	-	1	4	4	-	-	-	-	-	-	-	5
Educação escolar	-	-	1	2	2	-	-	-	-	-	-	8	1
Recreação e lazer	-	-	1	1	7	-	-	-	-	-	-	-	5
e585													
Rotina diária	-	-	1	2	3	-	-	-	-	-	-	8	-
Descolar-se por diferentes lugares	-	-	1	4	1	-	-	-	-	-	-	8	-
Interações interpessoais básicas	-	-	-	2	4	-	-	-	-	-	-	8	-
Educação escolar	-	-	-	2	4	-	-	-	-	-	-	8	-
Recreação e lazer	-	-	1	2	3	-	-	-	-	-	-	8	-

Todos os responsáveis pelas crianças e jovens que utilizavam dispositivo auxiliar afirmaram que este fator influenciava na rotina diária como um facilitador de moderado a completo. No entanto, dentre os que não possuíam este recurso, 3 afirmaram que não influenciava na rotina diária, 1 dificultava levemente, 2, dificultava gravemente e 1 dificultava de forma não especificada. Quanto à influência desse recurso sobre o deslocamento por diferentes lugares, 28,6% (4) afirmaram que a ausência (3) ou presença (1) do dispositivo auxiliar não influenciava, 35,7% (5) afirmam facilitar, sendo em 28,6% (4) um facilitador completo, e 35,7% (5) relataram que a ausência do dispositivo auxiliar dificulta de leve (1) a gravemente (3). Não foi identificada influência dos dispositivos auxiliares nas interações interpessoais em 57,1% (8) dos participantes. Dentre a população estudada que frequenta creche ou escola (42,9%), 33,3% (2) dos responsáveis disseram que o dispositivo auxiliar não

influenciou na educação escolar, sendo que estas crianças não utilizam nenhum dispositivo (GMFCS I e II). Já os outros 66,7% (4) dos pais afirmam que o uso do dispositivo auxiliar facilita de moderado (1) a completamente (3). Em relação à recreação e lazer, 42,9% (6) dos participantes afirmaram que o recurso não influenciou ou não dificultou, enquanto 35,7% (5) disseram que a presença facilita e 21,4% (3) que a ausência dificulta.

Ainda relacionado ao Capítulo 1 da CIF, o segundo fator ambiental avaliado - livros e brinquedos educativos – foi identificado em 85,7% (12) dos participantes. A presença desse recurso foi qualificada como facilitador para rotina diária de 64,3% (9) das crianças e jovens com PC, ao mesmo tempo em que a ausência foi qualificada como uma barreira. Já no quesito deslocamento, 57,1% (8) afirmaram que livros e brinquedos educativos não influenciam ou não dificultam em nada. Por outro lado, as interações interpessoais e a recreação e lazer foram facilitadas pelos recursos em 78,6% (11) dos participantes, assim como a educação escolar que foi facilitada pela presença dos recursos em 100% dos que estudam.

O último fator ambiental correspondente a Produtos e Tecnologias foi a Acessibilidade, na qual 78,6% (11) dos responsáveis relataram que os locais que comumente frequentam não são acessíveis, ou seja, não possuem rampas (ou estão inadequadas), corrimão e/ou estacionamento apropriado. A ausência de acessibilidade foi relatada mais como barreira do que a presença como facilitadora em todos os domínios de atividade e participação questionados, com exceção da educação escolar (Figura 1). Neste caso, os pais relataram presença de adaptações no ambiente escolar, que facilitam o processo de educação.

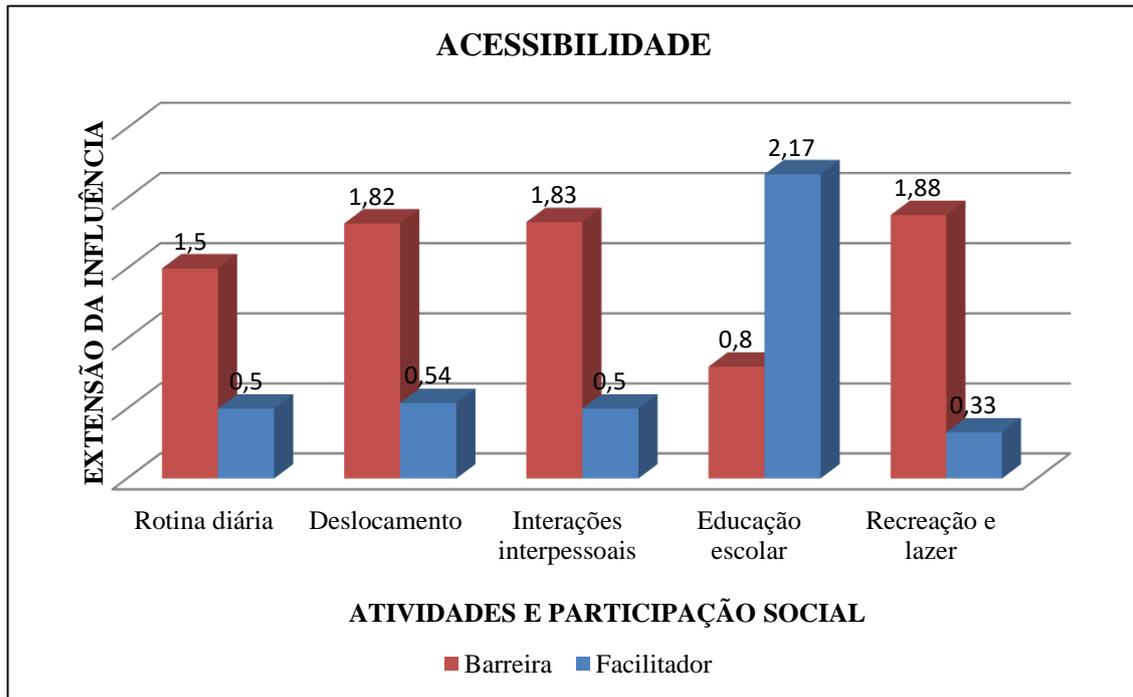


Figura 1. Média do valor de extensão de influência da acessibilidade sobre as atividades e participações sociais. A extensão representa o quanto um fator é uma barreira ou um facilitador e varia de 0 a 4, em que 0 = nenhuma barreira ou facilitador (0 a 4%); 1 = barreira ou facilitador leve (5 a 24%); 2 = barreira ou facilitador moderado (25 a 49%); 3 = barreira ou facilitador grave (50 a 95%); 4 = barreira ou facilitador completo (96 a 100%).

Em relação ao Capítulo 3 da CIF que aborda sobre Apoio e relacionamentos, analisamos dois itens: Família próxima (e310) e Amigos (e320). Foi encontrado que 100% das crianças e jovens com PC avaliados possuem contato com a família e que 92,9% (13) possuem amigos. Ambos os fatores foram relatados apenas como facilitadores. Comparada aos amigos, a família teve maior influência quanto a extensão do facilitador em deslocamento por diferentes lugares e educação escolar (Figura 2).

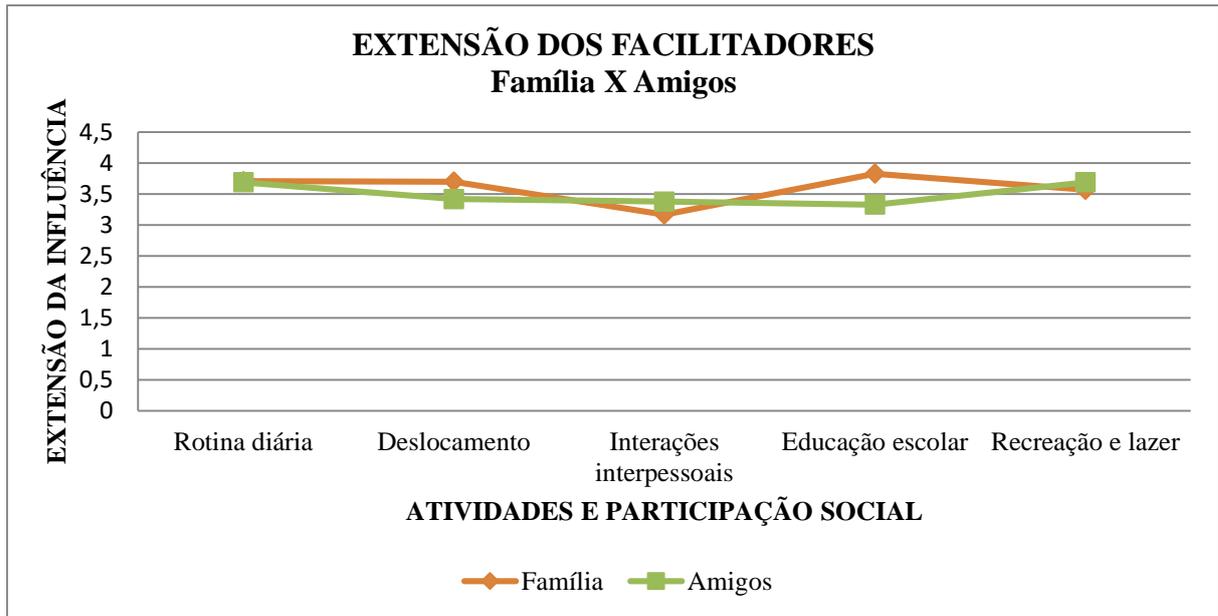


Figura 2. Média do valor de extensão de influência facilitadora que a família e os amigos têm sobre as atividades e participações sociais.

Para abordar o capítulo 4, Atitudes, avaliamos de que forma as opiniões e crenças das outras pessoas sobre a condição de saúde das crianças e jovens com PC influenciaram nas Atividades e Participação. 92,9% (13) dos responsáveis disseram ouvir opiniões das pessoas, no entanto observou-se uma baixa influência exercida por esse fator. Para a rotina diária da população investigada, 57,1% (8) dos responsáveis afirmaram que as opiniões de outros não influenciam, 28,6% (4) disseram que estas são facilitadores de moderados a completos, enquanto 14,3% (2) disseram que as opiniões que costumam ouvir atuam como barreiras de moderada a completa. Quanto ao deslocar-se por diferentes lugares e à recreação de lazer, 85,7% (12) afirmaram que o fator relacionado às atitudes sociais não tem influência. Apenas 14,3% (2) dos responsáveis apontaram as opiniões e crenças dos outros como facilitador para interações interpessoais, assim como para educação escolar.

Por fim, o Capítulo 5 da CIF - Serviços, Sistemas e Políticas - foi retratado através da satisfação dos pais com os serviços de saúde e educação oferecidos a seus filhos. No estudo, 78,6% (11) dos pais relataram que estavam satisfeitos com os serviços de saúde prestados, enquanto 21,4% (3) não estavam. Para 64,3% (10) dos participantes, eles facilitam a rotina diária, as interações interpessoais e a recreação e lazer.

Os serviços de educação foram avaliados apenas nos participantes que frequentavam escola (42,9%; 6 participantes). Deste percentual, 100% dos pais relataram que estavam satisfeitos com os serviços prestados a seus filhos, tendo, de forma unânime, a rotina diária, o

deslocamento por diferentes lugares, as interações interpessoais, a educação escolar e a recreação e lazer facilitados por este fator.

A tabela 2 mostra, de forma resumida, quais foram os fatores ambientais que mais atuaram como facilitadores e barreiras em cada item de atividade e participação.

Tabela 2. Fatores ambientais com maior influência em extensão sobre as atividades e participação.

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO	INFLUÊNCIA	FATORES AMBIENTAIS (MÉDIA DA EXTENSÃO)
Rotina Diária	Facilitador	Amigos (3,69)
	Barreira	Acessibilidade (1,5)
Deslocar-se por diferentes lugares	Facilitador	Família (3,7)
	Barreira	Acessibilidade (1,82)
Interações interpessoais básicas	Facilitador	Serviços de Educação (3,66)
	Barreira	Acessibilidade (1,83)
Educação escolar	Facilitador	Família (3,83)
	Barreira	Acessibilidade (0,8)
Recreação e lazer	Facilitador	Amigos (3,69)
	Barreira	Acessibilidade (1,88)

DISCUSSÃO

Em virtude do comprometimento motor (eventualmente sensorial e de comunicação) e da inadequação ambiental, muitas crianças com PC podem apresentar limitações significativas no desempenho de atividades e restrições na participação que incluem, além dos aspectos de mobilidade e autocuidado, o alcance educacional e as relações sociais (4). Dessa forma, este estudo buscou identificar como os fatores ambientais influenciam, sejam eles facilitadores ou barreiras, nas atividades e participação social da criança com PC, a partir dos domínios listados na CIF. As informações foram coletadas através do relato dos responsáveis que, em maior parte das vezes, foram as mães.

Em relação às características sociodemográficas dos participantes deste estudo, nenhum dos responsáveis relatou ter ensino superior, sendo o ensino médio completo o maior nível de escolaridade. Somado a isso, observou-se renda familiar predominante de um salário mínimo e residências com 4 a 7 moradores. A PC é uma desordem que acomete crianças independentemente do nível socioeconômico e cultural. Apesar do presente estudo não indicar interferência no desenvolvimento das crianças e jovens com PC, ressalta-se que condições como baixa escolaridade e baixo status social dos pais caracterizam-se como situações de risco para o desenvolvimento infantil (14).

Outro fator investigado foi a influência dos livros e brinquedos educativos nas atividades e participação social. Uma das atividades mais importantes na vida de uma criança é o brincar. Silva et al. (15) evidenciaram que, independente da gravidade motora, as crianças com PC possuem capacidade para brincar, sendo este processo constituído por três elementos: interesse, ação e atitude lúdica da criança. Assim como os brinquedos, jogos ou brincadeiras, os livros também exercem um grande fascínio nas crianças, permitindo que elas sejam transportadas para um mundo imaginário no qual tudo pode acontecer (16). Dessa forma, o brincar e a leitura caracterizam-se como formas de expressão e criatividade, que favorecem o desenvolvimento infantil tanto em aspectos motores, quanto sensorial, cognitivo e interpessoal. Neste estudo, pode-se identificar que livros e brinquedos educativos facilitam de leve a completamente, principalmente, a rotina diária, as interações interpessoais básicas e a recreação e lazer das crianças e jovens com PC. Dentre os pacientes que frequentam creche ou escola, todos concordaram que a presença de livros e brinquedos educativos facilita de forma moderada a completa o processo de educação escolar. Os responsáveis pela pequena parcela de indivíduos que não possuíam esses materiais referiram sentir dificuldades no

desenvolvimento dessas crianças e jovens, visto que a criança deixou de ter os mais diversos estímulos. Corroborando com essa afirmativa, Silva et al. (15) ressaltam que, diante de todas as alterações pertinentes à PC, essas crianças e jovens frequentemente apresentam poucas experiências sensório-motoras, restrição na exploração e manipulação dos objetos, o que pode levar a uma limitação da vivência nas brincadeiras em seu cotidiano. Por isso, o estudo de Caseiro e Lomônaco (17) ratifica a importância das atividades lúdicas, observando que a oferta de oportunidades para brincar favorece a melhoria da coordenação motora, da cognição, da linguagem, da socialização, da atenção, do equilíbrio e do desempenho em atividades da vida diária.

Neste estudo, tanto a presença quanto a ausência de dispositivos auxiliares foram apresentados, respectivamente, como facilitadores completos e barreiras graves para atividades e participação social relacionados à rotina diária e ao deslocamento por diferentes lugares, especialmente nas crianças acima de 3 anos com GMFCS IV e V. Em contrapartida, não foi identificada importante influência desses recursos sobre as interações interpessoais e recreação e lazer. De forma semelhante, Brasileiro, Moreira e Jorge (18) encontraram em seu estudo a necessidade do uso de dispositivo auxiliar em 62,5% das 32 crianças com PC avaliadas. Os entrevistados relataram a importância desses recursos principalmente para o deslocamento das crianças. A mobilidade funcional está relacionada com a capacidade do indivíduo em se deslocar da própria posição para outra, interna ou externamente ao ambiente domiciliar, assim como andar de forma independente, com ou sem auxílio de dispositivos. Tal independência é de fundamental importância para os indivíduos com PC realizarem as atividades e participação social (19). Visto que dispositivos auxiliares colaboram, na maioria das vezes, para a independência dos indivíduos (20), a ausência desses dispositivos pode, de fato, prejudicar o deslocamento dessas crianças, sendo uma barreira para as atividades e participação social.

Outro fator ambiental investigado em nosso estudo foi a acessibilidade. Esta garante o direito de exercer a cidadania, a participação social e o direito de ir e vir, eliminando as diversas barreiras existentes entre esses indivíduos e o mundo (21). Pereira et al. (22) enfatizam que a acessibilidade é relevante por mostrar à sociedade a importância desta na vida de indivíduos com PC e todos os seres humanos, além de fornecer o direito de interagir com o meio e construir seus valores na sociedade. Neste estudo, grande parte dos participantes relatou ter suas atividades e participação social influenciadas de forma negativa pela ausência de acessibilidade em ambientes públicos. Dentre estes, 6 fazem uso de dispositivo auxiliar e são classificados pelo GMFCS em níveis de mobilidade mais graves, variando do II ao V,

sendo este o mais prevalente. Mancini et al. (23) demonstraram que as crianças com menor comprometimento motor apresentam um maior desempenho funcional nas habilidades de mobilidade. Cesa et al. (24) apontaram, ainda, que estas crianças possuem mais habilidade para superar as barreiras ambientais, comparadas com aquelas com maior dificuldade em mobilidade e que necessitam de dispositivos auxiliares para locomoção.

Nossos resultados indicam que a acessibilidade foi o fator ambiental que mais influenciou negativamente na atividade e participação social, sendo o deslocamento por diferentes lugares, interações interpessoais básicas e recreação e lazer os influenciados em maior extensão. No entanto, chamamos atenção para a educação escolar, que teve a acessibilidade como um facilitador, visto que os responsáveis identificaram a presença de acessibilidade no ambiente escolar. Portanto, visualizamos um maior comprometimento dessas instituições em assegurar uma educação inclusiva, conforme é previsto no Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015).

O ambiente escolar atua como um núcleo social que dispõe de implicações que persistem por toda a vida. Os benefícios biopsicossociais adquiridos quando se frequenta a escola permitem à criança com PC o exercício das possibilidades de diferentes atividades funcionais, além da participação social (25). No presente estudo, apenas 42,9% dos participantes frequentavam creche ou escola. Todos os responsáveis pelos estudantes afirmaram que estão satisfeitos com os serviços de educação prestados aos seus filhos, sendo estes considerados importantes facilitadores de todas as categorias de atividade e participação investigadas. Diante disso, confirma-se a influência desses serviços não somente na educação em si, mas também em diversos domínios da vida. Tendo isso em vista, seria importante que todos os participantes estivessem frequentando creche ou escola. Sabe-se que é de responsabilidade do poder público implementar, acompanhar e avaliar os sistemas educacionais, assim como a oferta de serviços e de recursos de acessibilidade que eliminem as barreiras e promovam a inclusão plena (15). Entretanto, ressalta-se que também é dever da família assegurar o processo de educação.

Ao investigar os fatores ambientais relacionados a apoios e relacionamentos, foi abordada a influência da família próxima e dos amigos nas atividades e participação social. O contexto familiar contribui, positivamente ou negativamente, no desenvolvimento de qualquer criança, ganhando maior importância quando se trata de indivíduos que apresentam alguma doença, como é o caso da Paralisia Cerebral. Considerando todas as características da doença, a família torna-se essencial e será muito exigida, tanto para conduzir o desenvolvimento da criança em um ambiente favorável quanto para o cuidado e manutenção

de suas condições de saúde (26). No presente estudo, os responsáveis perceberam a família como um influenciador de grande magnitude, visto que a maioria a caracterizou como um facilitador completo na rotina diária e no deslocamento dessas crianças e jovens. Quanto a recreação e lazer, todos os pais disseram influenciar positivamente e de forma considerável a completa. Sendo assim, a família apresentou-se como o facilitador de maior extensão nos seguintes domínios de atividades e participação: rotina diária, deslocamento por diferentes lugares e educação escolar. Deve-se considerar que os questionários foram respondidos pelas mães e pais. Dessa forma, o fator família pode ter sido potencializado no presente estudo. Apesar da percepção dos pais remeter à influência positiva, vale ressaltar que muitas vezes o universo familiar relaciona-se com superproteção, privando as crianças e jovens com PC de atividades que são capazes de realizar, sob justificativa de poupá-los de esforços considerados desnecessários (27).

Semelhante ao item família, foram identificados pontos positivos no que diz respeito à presença de amigos na vida dos participantes do estudo. O fator foi apontado como facilitador de moderado a completo na rotina diária em 92,9% dos indivíduos. Além disso, os amigos foram os facilitadores de maior extensão para interações interpessoais básicas e recreação e lazer. Sobre esse tema, Kang et al. (28) evidenciam que jovens com deficiências físicas têm oportunidades sociais limitadas fora da família. Nesse estudo, adolescentes com PC relataram preocupação com a falta de amigos de sua idade e com oportunidades limitadas de interagir com pessoas que não são familiares. No entanto, ressalta-se que a participação social com amigos promove o desenvolvimento de relacionamentos significativos, competência social e bem-estar psicossocial. Diferente do estudo de Kang, no presente estudo, os participantes não demonstraram dificuldades de interação com amigos, o que é um ponto muito positivo na vida deles.

Dentre os fatores ambientais, a CIF traz um capítulo abordando as Atitudes, visto que estas influenciam o comportamento individual e a vida social em vários aspectos, motivando práticas positivas e honrosas ou negativas e discriminatórias (29). Conforme dados deste estudo, a maioria dos pais relatou que ouve opiniões das pessoas sobre a condição de saúde dos seus filhos, sendo elas positivas e negativas. No entanto, observou-se que há uma desconsideração dessas opiniões, visto que tal fator não influenciou em maior parte dos domínios investigados relacionados a atividades e participação social.

Tratando-se de crianças com Paralisia Cerebral, foi importante analisar a satisfação dos pais quanto aos serviços de saúde prestados aos seus filhos. A maioria dos pais se mostrou satisfeita com esses serviços e relatou influência sobre a rotina diária, interações

interpessoais e recreação e lazer. Podemos relacionar esses resultados positivos ao acesso a acompanhamentos da Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Neuropediatria, os quais foram relatados pela maioria dos pais. Considerando que um dos critérios de inclusão foi o vínculo com um serviço de saúde oferecido pela universidade sede da pesquisa, esse resultado pode ter sido potencializado neste estudo. Da mesma forma, Brasileiro, Moreira e Jorge (18) relataram em seu trabalho que todas as crianças participantes recebiam o tratamento necessário, além do apoio dos profissionais de saúde da instituição em que foi realizada a pesquisa. No entanto, os pais demonstraram insatisfação com a qualidade dos serviços provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS), do qual seus filhos se beneficiavam.

A principal limitação do estudo foi o tamanho da amostra, visto que muitas das crianças e jovens com PC identificados não compareceram ao atendimento de fisioterapia previamente agendado, ou não foi possível contatar os responsáveis por ligação. Além disso, o instrumento para avaliação da influência dos fatores ambientais nas atividades e participação não é validado, o que pode ser uma brecha. No entanto, ele foi um instrumento que se mostrou sensível para detectar as barreiras e os facilitadores presentes na vida das crianças e jovens com PC avaliados.

CONCLUSÃO

Este estudo descreveu a relação entre os fatores ambientais e as atividades e participação social, pontuando aqueles como facilitadores ou barreiras. Notou-se que, dentre os fatores ambientais pesquisados, a falta de acessibilidade consistiu na principal barreira para os participantes, da mesma forma que a família e amigos foram considerados os principais facilitadores.

Analisar essas influências positivas e negativas torna-se importante na elaboração de um plano de tratamento adequado, de forma a potencializar a reabilitação ou minimizar os possíveis efeitos adversos presentes no ambiente da criança e jovem com PC. Além disso, o conhecimento desses fatores alerta a gestão responsável para o desenvolvimento de condições que favoreçam as atividades e participação social deste público.

O uso da CIF contribuiu para uma visão integral das crianças e jovens com PC, visto que não se limita as funções e estruturas afetadas, mas também as possibilidades ofertadas pelo contexto físico, social e atitudinal em que estão inseridos.

REFERÊNCIAS

1. OLIVEIRA LB, DANTAS ACLM, PAIVA JC, LEITE LP, FERREIRA PHL, ABREU TMA. Recursos fisioterapêuticos na paralisia cerebral pediátrica. *Catussaba-ISSN 2237-3608*. 2013; 2 (2): 25-38.
2. DIAS ACB, FREITAS JC, FORMIGA CKMR, VIANA FP. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. *Fisioter Pesqui*. 2010; 17(3): 225-9.
3. BRASIL, MS. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral. 1 ed. Brasília: 2013.
4. SOUZA NP, ALPINO AMS. Avaliação de crianças com diparesia espástica segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Ed Esp*. 2015; 21 (2): 199-12.
5. FORTI-BELLANI CD, CASTILHO-WEINERT LV. Desenvolvimento Motor Típico, Desenvolvimento Motor Atípico e Correlações na Paralisia Cerebral. In: FORTI-BELLANI CD, CASTILHO-WEINERT LV. *Fisioterapia em Neuropediatria*. 22 ed. Curitiba: Omnipax; 2011. p. 1-22.
6. SILVA DBR, DIAS LB, PFEIFER LI. Confiabilidade do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E & R) entre estudantes e profissionais de saúde no Brasil. *Fisioter Pesqui*. 2016; 23(2):142-7.
7. HIRATUKA E, MATSUKURA TS, PFEIFER LI. Adaptação transcultural para o Brasil do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). *Rev Bras Fisioter*. 2010; 14 (6): 537-44.
8. OLIVEIRA AIA, GOLIN AO, CUNHA MCB. Aplicabilidade do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) na paralisia cerebral – Revisão da Literatura. *Arq Bras Ciên Saúde*. 2010; 35 (3): 220-4.
9. ANDRADE PMO, FERREIRA FO, VASCONCELOS AG, LIMA EP, HAASE VG. Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29 (3): 320-7.
10. FARIAS N, BUCHALLA CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8 (2): 187-9.
11. SILVA DBR, DIAS LB, PFEIFER LI. Confiabilidade do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E & R) entre estudantes e profissionais de saúde no Brasil. 2016; 23 (2): 142-7.
12. CASTRO NM, BLASCOVI-ASSIS SM. Escalas de avaliação motora para indivíduos com paralisia cerebral: Artigo de Revisão. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 2017; 17 (2): 18-31.

13. Organização Mundial da Saúde. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS; 2013.
14. POLETTO M, KOLLER SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estud Psicol.* 2008; 25 (3): 405-16.
15. SILVA CMA, CUNHA TT, PFEIFER LI, TEDESCO AS, SANT'ANNA MMM. Percepção de Pais e Terapeutas ocupacionais sobre o brincar da criança com Paralisia cerebral. *Rev Bras Ed Esp.* 2016; 22 (2): 221-32.
16. PAULA EMAT, DAVINA LCGCT. Literatura infantil para crianças enfermas: contribuições na formação de professores. *Nuances: estudos sobre Educação.* 2018; 29 (3): 95-107.
17. CAZEIRO APM, LOMÔNACO JFB. Formação de conceitos por crianças com Paralisia Cerebral: Um estudo exploratório sobre a influência de Atividades Lúdicas. *Psicol Reflex Crit.* 2011; 24 (1).
18. BRASILEIRO IC, MOREIRA TMM, JORGE MSB. Interveniência dos fatores ambientais na vida de crianças com paralisia cerebral. *Acta Fisiatr.* 2009; 16(3): 132-37.
19. CURY VCR, FIGUEIREDO PRP, MANCINI MC. Environmental settings and families' socioeconomic status influence mobility and the use of mobility devices by children with cerebral palsy. *Arq Neuropsiquiatr.* 2013; 71 (2): 100-05.
20. CURY VCR, MANCINI MC, MELO AP, FONSECA ST, SAMPAIO RF, TIRADO MGA. Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Fisioter.* 2006; 10 (1).
21. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. *Diário Oficial da União (Estatuto da Pessoa com Deficiência).* Diário Oficial da União. 7 jul 2015.
22. PEREIRA LMF, CARIBÉ D, GUIMARÃES P, MATSUDA D. Acessibilidade e crianças com paralisia cerebral: a visão do cuidador primário. *Fisioter Mov.* 2011; 24 (2): 299-06.
23. MANCINI MC, ALVES ACM, SCHAPER C, FIGUEIREDO EM, SAMPAIO RF, COELHO ZAC, TIRADO MGA. Gravidade da Paralisia Cerebral e desempenho funcional. *Rev Bras Fisioter.* 2004; 8 (3): 253-60.
24. CESA CC, ALVES MES, MEIRELES LCF, FANTE F, MANACERO AS. Avaliação da capacidade funcional de crianças com Paralisia Cerebral. *Rev CEFAC.* 2014; 16(4):1266-72.
25. GREGORUTTI CC, OMOTE S. Relação entre inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral e estresse dos cuidadores familiares. *Revista Psicologia: Teoria e Prática.* 2015; 17 (1): 136-49.

26. MORILLA CM, CALDAS CACT, SCARPELLINI ACAV, SANTOS PL. Recursos familiares e promoção do desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral. *J Hum Growth Dev.* 2017; 27 (2): 166-74.
27. OLIVEIRA TAV, OLIVEIRA AKC. Participação Familiar no cotidiano de crianças com Paralisia Cerebral: uma revisão de literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde.* 2013; 11(36).
28. KANG LJ, PALISANO RJ, KING GA, CHIARELLO LA, ORLIN MN, POLANSKY M. Social participation of youths with cerebral palsy differed based on their self-perceived competence as a friend. *Child: Care, Health and Development.* 2011; 38 (1): 117–27.
29. Organização Mundial de Saúde, Direção Geral da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.* Lisboa; 2004.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: CIF e Paralisia Cerebral: A influência dos Fatores Ambientais nas Atividades e Participação Social

PESQUISADORES: Mayana Nicolau Carvalho e Talline Franciany Souza Sobrinho.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Machado de Souza.

O (a) senhor (a) e seu filho (a) estão sendo convidados a participar de um projeto de pesquisa que será desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Antes de assinar o termo de consentimento leia com atenção as informações abaixo e fique à vontade para questionar as pesquisadoras em caso de dúvidas.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DA PESQUISA

O conhecimento mais aprofundado acerca da influência dos fatores ambientais nas atividades e participação social em indivíduos com PC pode contribuir significativamente para a organização adequada e efetiva do plano de tratamento para esse grupo. Ademais, e especificamente com este trabalho, pode colaborar com a gestão do município de Lagarto para desenvolvimento de condições que favoreçam as atividades e participação social das crianças com PC. Sendo assim o estudo tem por objetivo avaliar a relação entre os fatores ambientais nas atividades e participação social da criança com Paralisia Cerebral (PC), de acordo com a CIF.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO

Caso aceitem participar do estudo, o seu filho (a) será avaliado no local em que ocorre as atividades do grupo social o qual participa ou onde rotineiramente é atendido pela fisioterapia, em um dia previamente agendado. Neste dia, serão aplicados um questionário de identificação, contendo perguntas sobre questões socioeconômicas, ambientais e familiares e um questionário de avaliação dos fatores ambientais de crianças com PC, baseado na CIF-CJ, além da escala GMFCS, que classificará a gravidade da doença, bem como o grau de funcionalidade da criança.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Espera-se, com este estudo, identificar as barreiras e facilitadores que interferem nas atividades e participação de crianças com PC, contribuindo assim para uma escolha adequada e efetiva do plano de tratamento. Além disso, espera-se que os resultados desse estudo colaborem com a gestão do município para o desenvolvimento de projetos que favoreçam as atividade e participação social de crianças com PC.

RISCOS E INCONVENIENTES

O presente estudo não oferece qualquer tipo de risco ao seu filho (a). Caso concorde com a participação de seu filho, informe às pesquisadoras.

OUTRAS INFORMAÇÕES

- 1- O (a) senhor (a) terá a garantia de receber qualquer informação adicional ou esclarecimento que julgar necessário, a qualquer tempo do estudo;
- 2- O (a) senhor (a) estará livre para deixar o estudo a qualquer momento, mesmo que o senhor (a) tenha consentido com a participação de seu filho (a) inicialmente;
- 3- As informações obtidas pelo estudo serão estritamente confidenciais, estando garantidos o anonimato e privacidade na apresentação ou divulgação dos resultados;
- 4- Não haverá compensações financeiras, nem qualquer tipo de custo adicional para o senhor (a) ou seu filho (a), sendo a participação neste estudo absolutamente livre e voluntária.

Tendo lido, compreendido e estando suficientemente esclarecido sobre os propósitos do estudo a que meu filho (a) foi convidado (a) a participar, eu,

idade _____ anos, concordo com o presente termo de consentimento pós-informação, datando e assinando abaixo.

Lagarto, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Cidade: _____ Estado: _____

Responsável: _____

Grau de parentesco: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Endereço: _____

Telefone: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____

Data da avaliação: ___/___/___

2. HISTÓRIA GESTACIONAL

Complicações no pré-parto, parto ou pós-parto? _____

Idade Gestacional: _____

Quando descobriu que seu filho (a) tem Paralisia Cerebral (PC)? _____

Ele (a) faz uso de medicamentos? Sim () Não ()

Se sim, quais/qual? _____

Seu filho (a) faz acompanhamento com fisioterapeuta? Sim () Não ()

Se sim, por quanto tempo? _____

Além da fisioterapia, é acompanhado (a) por outro profissional? Sim () Não ()

Se sim, quais/qual? _____

Faz uso de dispositivo auxiliar? Sim () Não ()

Se sim, qual? _____

3. CLASSIFICAÇÃO PC

Quanto a desordem motora:

Hipertônico () Atetóide () Atáxica () Hipotônico ()

Quanto a topografia:

Tetraplegia () Hemiplegia () Diplegia () Homoplegia ()

4. HISTÓRIA SOCIAL

Frequenta ou frequentou creche/escola? Sim () Não ()

Privada () Pública ()

Com quantos anos iniciou? _____

Nível de escolaridade: () Maternal () Ensino Fundamental Completo () Ensino Fundamental Incompleto () Outro: _____

Teve dificuldades de adaptação? Sim () Não ()

5. DADOS SOCIOECONÔMICOS

Residência: () Própria () Alugada () Cedida

() Casa () Apartamento

Localização: () Zona urbana () Zona rural

Quantas pessoas moram na residência?

() 1-3 pessoas () 4-7 pessoas () 8-10 pessoas () acima de 10 pessoas

Possui meio de transporte (próprio)? Sim () Não ()

Se sim, quais/qual? _____

Qual a renda familiar? () Meio salário () Um salário () Mais de um salário

6. AMBIENTE DOMICILIAR

Como é a residência?

() Pouco espaçosa () Pouco iluminada () Pouco arejada

() Espaçosa () Boa iluminação () Arejada

Há muitos moveis e objetos pela residência (p. ex. tapete)? Sim () Não ()

Convive com outras crianças? Sim () Não ()

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS NAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS COM PARALISIA CEREBRAL

Atividade e Participação

- + Rotina diária (d230)
- + Deslocar-se por diferentes lugares (d460)
- + Interações interpessoais básicas (d710)
- + Educação escolar (d820)
- + Recreação e lazer (d920)

1. SEU FILHO (A) FAZ USO DE ALGUM DISPOSITIVO AUXILIAR? SE SIM, QUAL?									
1. (e120) A falta ou a presença da cadeira de rodas ou outro dispositivo para mobilidade influencia:									
1.1 Rotina diária		1.2 Deslocar-se por diferentes lugares		1.3 Interações interpessoais básicas		1.4 Educação escolar		1.5 Recreação e lazer	
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	
2. SEU FILHO (A) POSSUI LIVROS OU BRINQUEDOS EDUCATIVOS?									
2. (e130) A falta ou a presença de livros, brinquedos educativos influencia:									
2.1 Rotina diária		2.2 Deslocar-se por diferentes lugares		2.3 Interações interpessoais básicas		2.4 Educação escolar		2.5 Recreação e lazer	
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	
3. OS LOCAIS QUE COMUMENTE FREQUENTA SÃO ACESSÍVEIS (P. EX.: POSSUI RAMPAS, CORRIMÃO OU OUTROS)?									
3. (e150) A falta ou a presença de construções com acessibilidade em ambientes públicos influencia:									
3.1 Rotina diária		3.2 Deslocar-se por diferentes lugares		3.3 Interações interpessoais		3.4 Educação escolar		3.5 Recreação e lazer	

		lugares		básicas					
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	
4. SEU FILHO (A) TEM CONTATO COM A FAMÍLIA?									
4. (e310) O relacionamento com a família próxima influencia:									
4.1 Rotina diária		4.2 Deslocar-se por diferentes lugares		4.3 Interações interpessoais básicas		4.4 Educação escolar		4.5 Recreação e lazer	
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	
5. SEU FILHO (A) POSSUI AMIGOS?									
5. (e320) O relacionamento com amigos influencia:									
5.1 Rotina diária		5.2 Deslocar-se por diferentes lugares		5.3 Interações interpessoais básicas		5.4 Educação escolar		5.5 Recreação e lazer	
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	
6. OUVE OPINIÃO DAS PESSOAS SOBRE A CONDIÇÃO DE SAÚDE DO SEU FILHO (A)?									
6. (e460) As opiniões e crenças das outras pessoas sobre a condição de saúde influenciam:									
6.1 Rotina diária		6.2 Deslocar-se por diferentes lugares		6.3 Interações interpessoais básicas		6.4 Educação escolar		6.5 Recreação e lazer	
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	
7. ESTÁ SATISFEITO (A) COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS A SEU FILHO (A)?									
7. (E580) Os serviços de saúde influenciam:									
7.1 Rotina diária		7.2 Deslocar-se		7.3 Interações		7.4 Educação		7.5 Recreação e	

		por diferentes lugares		interpessoais básicas		escolar		lazer	
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	
8. SEU FILHO(A) ESTUDA? ESTÁ SATISFEITO (A) COM OS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO PRESTADOS A SEU FILHO (A)?									
8. (E585) Os serviços relacionados com a educação influenciam:									
8.1 Rotina diária		8.2 Deslocar-se por diferentes lugares		8.3 Interações interpessoais básicas		8.4 Educação escolar		8.5 Recreação e lazer	
(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)	(+0)	(0)
(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)	(+1)	(-1)
(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)	(+2)	(-2)
(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)	(+3)	(-3)
(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)	(+4)	(-4)
(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)	(+8)	(8)
(9)		(9)		(9)		(9)		(9)	

(+0) - Não facilita em nada

(+1) – Facilita levemente

(+2) – Facilita moderadamente

(+3) – Facilita consideravelmente

(+4) – Facilita completamente

(0) – Não dificulta em nada

(-1) – Dificulta levemente

(-2) – Dificulta moderadamente

(-3) – Dificulta gravemente

(-4) – Dificulta completamente

(8) – Dificulta de forma não especificada

(+8) – Facilita de forma não especificada

(9) – Não se aplica

ANEXO A

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CIF E PARALISIA CEREBRAL: A INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS NAS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Pesquisador: Rosana Machado de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94205418.2.0000.5546

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.801.599

Apresentação do Projeto:

Projeto e pesquisa para a conclusão de curso de duas alunas do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a relação entre os fatores ambientais e o nível de atividade e participação social da criança com paralisia cerebral (PC), de acordo com a CIF.

Identificar o perfil das crianças com PC atendidas nos serviços públicos do município de Lagarto; identificar os fatores ambientais que atuam como barreira e facilitador na vida de crianças com PC; correlacionar o grau de influência dos fatores ambientais com a gravidade da PC.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos traduzido como desconforto em fornecer dados pessoais. Benefícios indiretos apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participarão deste estudo 15 crianças de 2 a 14 anos, que tenham o diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral atendidas pelos serviços de fisioterapia vinculados à Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto e à Secretaria Municipal de Saúde de Lagarto. As pesquisadoras utilizarão três instrumentos diferentes e adequada para atendimento dos objetivos propostos. Não ficou claro na metodologia se a criança passará por avaliação física, ou se, pelas respostas dos responsáveis ao

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

Continuação do Parecer: 2.001.500

questionário específico de função motora grossa se chegará a avaliação. Se a criança for avaliada fisicamente pelas pesquisadoras, isso precisa ser informado no TCLE, bem como o desenvolvimento da avaliação, seus riscos e maneira que as pesquisadoras tentarão contorná-los durante a avaliação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto e anuência da Secretaria Municipal de Saúde adequadas. A anuência da clínica de fisioterapia não está adequada, pois não há data, nem assinatura no próprio documento (houve colagem de uma assinatura), nem consta carimbo institucional.

Recomendações:

Recomendamos:

- avaliar sobre a metodologia no tocante aos comentários acima, e, caso precisem realizar avaliação com contato direto com a criança, sinalizem na metodologia e apresentem de maneira adequada ao perfil dos responsáveis como se dará, possíveis riscos e maneiras de contorná-los;
- submeter a anuência da clínica de fisioterapia;
- avaliar a possibilidade de algum benefício direto aos participantes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Parecer pendente para atendimento das recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1128424.pdf	24/07/2018 06:53:14		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	11/07/2018 20:30:20	TALLINE FRANCIANY SOUZA SOBRINHO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	22/05/2018 07:16:13	TALLINE FRANCIANY SOUZA SOBRINHO	Acelto
Outros	termo_de_anuencia.pdf	22/05/2018 06:53:21	TALLINE FRANCIANY SOUZA SOBRINHO	Acelto
Outros	Carta_de_Anuencia_final.pdf	22/05/2018 06:52:44	TALLINE FRANCIANY SOUZA	Acelto

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cephu@ufs.br

UFS - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE



Continuação do Parecer: 2.001.599

Outros	Carta_de_Anuencia_final.pdf	22/05/2018 06:52:44	SOBRINHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/05/2018 06:45:16	TALLINE FRANCIANY SOUZA SOBRINHO	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 06 de Agosto de 2018

Assinado por:
Anita Herminia Oliveira Souza
(Coordenador)

ANEXO B

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA (GMFCS), VERSÃO BRASILEIRA

CARACTERÍSTICAS GERAIS PARA CADA NÍVEL

- NÍVEL I** – Anda sem limitações.
NÍVEL II – Anda com limitações.
NÍVEL III – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade.
NÍVEL IV – Auto mobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada.
NÍVEL V – Transportado em uma cadeira de rodas manual.

DISTINÇÕES ENTRE OS NÍVEIS

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

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

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

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

ANTES DO ANIVERSÁRIO DE 2 ANOS

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

NÍVEL II: Os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem necessitar de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Os bebês rastejam em prono ou engatinham (sobre

mãos e joelhos). Os bebês podem puxar-se para ficar em pé e dar passos segurando-se nos móveis.

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

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

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

ENTRE O SEGUNDO E O QUARTO ANIVERSÁRIO

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

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

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

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

ENTRE O QUARTO E O SEXTO ANIVERSÁRIO

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

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

NÍVEL III: As crianças sentam-se em cadeira comum, mas podem necessitar de apoio

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

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

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

ENTRE O SEXTO E O DÉCIMO SEGUNDO ANIVERSÁRIO

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

Nível II: As crianças caminham na maioria dos ambientes. As crianças podem apresentar dificuldade em caminhar longas distâncias e de equilíbrio em terrenos irregulares, inclinações, áreas com muitas pessoas, espaços fechados ou quando carregam objetos.

As crianças sobem e descem escadas segurando em corrimão ou com assistência física se não houver este tipo de apoio. Em espaços externos e na comunidade, as crianças podem andar com assistência física, um dispositivo manual de mobilidade, ou utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. As crianças têm, na melhor das hipóteses, apenas habilidade mínima para realizar as habilidades motoras grossas tais como correr e pular. As limitações no desempenho das habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitirem a participação em atividades físicas e esportes.

Nível III: As crianças andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade na maioria dos espaços internos. Quando sentadas, as crianças podem exigir um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para posição em pé requerem assistência física de uma pessoa ou uma superfície de apoio. Quando

movem-se por longas distâncias, as crianças utilizam alguma forma de mobilidade sobre rodas. As crianças podem subir ou descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes, incluindo a autopropulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV: As crianças utilizam métodos de mobilidade que requerem assistência física ou

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

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

ENTRE O DÉCIMO SEGUNDO E O DÉCIMO OITAVO ANIVERSÁRIO

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

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

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

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

Revista Fisioterapia e Pesquisa

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- f) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- h) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no Clinical Trials (<http://clinicaltrials.gov>).

3 – Resumo, abstract, descritores e keywords:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o abstract devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em sequência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de

texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências. O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

Termos éticos em um tópico diferente

Manter resultados e discussão juntos

Não trazer o instrumento não validado como limitação