UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROCIÊNCIAS E CIÊNCIAS CLÍNICAS

ANDRE LUIZ DA SILVA MANGANELLI

Operacionalização e resultados da aplicação do *Core set* resumido de 6 a 14 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral

Ribeirão Preto
2019

ANDRÉ LUIZ DA SILVA MANGANELLI

Operacionalização e resultados da aplicação do *Core set* resumido de 6 a 14 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral.

Versão Original

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Neurologia e Neurociências Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Neurologia do Desenvolvimento

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Riberto

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional e eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Manganelli, André Luiz da Silva

Operacionalização e resultados da aplicação do *Core set* resumido de 6 a 14 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral. Ribeirão Preto, 2019.

92 p.: il. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade de São Paulo, 2019.

Área de concentração: Neurologia do Desenvolvimento

Orientador: Riberto, Marcelo.

1. CIF-CJ. 2 *Core set* da CIF. 3 Paralisia cerebral. 4 Avaliação da Funcionalidade. 5 Ferramentas de Avaliação

Esta dissertação foi redigida de acordo com as
Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP:
documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT)

FOLHA DE APROVAÇÃO

MANGANELLI, André Luiz da Silva. Operacionalização e resultados da aplicação do *Core set* resumido de 6 a 14 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral.

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP para
obtenção do título de Mestre em Neurologia.
Área de concentração: Neurologia do Desenvolvimento
Orientador, RIBERTO, Marcelo.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Julgamento: _____

RESUMO

MANGANELLI, André Luiz da Silva. **Operacionalização e resultados da aplicação do Core set resumido de 6 a 14 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral**. 2019. p. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Objetivo: o objetivo deste trabalho foi o de descrever a aplicação do Core set resumido da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens com paralisia cerebral (CIFCJ-PC) para crianças e jovens de 6 a 14 anos em um grupo de pacientes, através de um roteiro de avaliação estruturado, que operacionalizasse de forma prática a coleta de dados funcionais; além de demonstrar os resultados por meio de gráficos que facilitassem sua interpretação. **Métodos:** um manual de aplicação desenvolvido e constituído por perguntas estruturadas e instrumentos de avaliação da funcionalidade, contemplando todas as categorias da CIFCJ-PC para crianças e jovens na faixa etária de 6 a 14 anos foi utilizado como roteiro de avaliação para os pacientes com paralisia cerebral que frequentavam o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. O tempo médio de avaliação foi de 18 ± 4 minutos para cada indivíduo. Os dados foram inseridos em bancos de dados e em planilhas do Excel. Foi realizada análise descritiva simples através do *software* Minitab e os resultados demonstrados em tabelas e gráficos. **Resultados:** foram avaliados 30 indivíduos; sendo 17 (56,6%) do sexo masculino, 18 (60%) frequentavam escola regular no ensino fundamental e metade tinha apresentação clínica topográfica da deficiência motora da paralisia cerebral na forma diplégica, distribuídos uniformemente em todos os graus do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa. Os problemas de funcionalidade mais frequentemente encontrados neste estudo foram os relacionados à capacidade de resolver problemas e de lidar com as rotinas do dia a dia. Os fatores ambientais relacionados a projetos arquitetônicos envolvendo acessibilidade, bem como as atitudes sociais das outras pessoas para com o indivíduo foram as barreiras mais comumente relatadas. **Conclusão:** Considerando a facilidade do manejo do manual de avaliação proposto neste estudo e o tempo médio razoável utilizado para sua conclusão, demonstramos que a CIFCJ-PC pode ter sua utilização facilitada na prática clínica. Sugerem-se novos estudos com o manual desenvolvido, em populações de diferentes realidades, para avaliar as propriedades psicométricas do instrumento.

Palavras-chave: CIF-CJ, Core set, Paralisia cerebral, avaliação da funcionalidade, ferramentas de avaliação.

ABSTRACT

MANGANELLI, André Luiz da Silva. **Operation and results of the brief Core set of the International Classification of Functioning, Disability and Health for children and youth with cerebral palsy aged 6 to 14 years.** 2019. p. Dissertation (Professional Master's Degree) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Objective: the objective of this work was to describe the application of the Core Set of the International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth with Cerebral Palsy (CIFCJ-PC) for children and youth aged 6 to 14 years in a group of patients, through a structured evaluation script, that operationalized the collection of functional data; besides demonstrating the results by means of graphs that facilitated their interpretation.

Methods: a manual developed and constituted by structured questions and functional evaluation instruments, covering all categories of CIFCJ-PC for children and youth in the age group of 6 to 14 years was used as an evaluation guide for patients with cerebral palsy who attended the Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP. The mean evaluation time was 18 ± 4 minutes for each individual. The data was entered into Excel databases. Simple descriptive analysis was performed through Minitab software and the results demonstrated in tables and graphs. **Results:** 30 individuals were evaluated; 17 (56.6%) males, 18 (60.0%) attended regular school in elementary school and half had clinical topographical presentation of the motor deficiency of cerebral palsy in diplegic form, evenly distributed in all grades of the Gross Motor Function Classification System. The functionality problems most frequently encountered in this study were related to the ability to solve problems and deal with daily routines. Environmental factors related to architectural designs involving accessibility as well as the social attitudes of other people towards the individual were the most commonly reported barriers. **Conclusion:** Considering the ease of handling the evaluation manual proposed in this study and the reasonable average time used for its conclusion, we have demonstrated that CIFCJ-PC can be used in clinical practice. We suggest new studies with the manual developed in populations of different realities to evaluate the psychometric properties of the instrument.

Keywords: CIF-CJ, Core set, Cerebral palsy, evaluation of functionality, evaluation tools.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo da funcionalidade humana segundo a CIF.	16
Figura 2	Escala Visual Analógica da dor (EVA).	31
Figura 3	Exemplos de representação esquemática dos qualificadores em forma de barra para Fatores Ambientais.	41
Figura 4	Distribuição das avaliações conforme o tempo decorrido para sua conclusão.	44
Figura 5	Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 1 a 10, quanto às funções e estrutura do corpo, atividades e participação.	51
Figura 6	Representação gráfica do perfil de funcionalidade dos indivíduos 11 a 20, quanto às funções e estrutura do corpo, atividades e participação.	52
Figura 7	Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 21 a 30, quanto às funções e estrutura do corpo, atividades e participação.	53
Figura 8	Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 1 a 10, quanto à influência dos fatores ambientais.	54
Figura 9	Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 11 a 20, quanto à influência dos fatores ambientais.	55
Figura 10	Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 21 a 30, quanto à influência dos fatores ambientais.	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Qualificadores genéricos da CIF.	17
Quadro 2	Qualificadores referentes aos Fatores Ambientais.	17
Quadro 3	<i>Core set</i> resumido da CIFCJ-PC para crianças entre 6 e 14 anos.	21
Quadro 4	Resumo das Perguntas e Métodos de Avaliação Utilizados.	25
Quadro 5	Categorias da CIFCJ-PC e os respectivos instrumentos de avaliação utilizados.	28
Quadro 6	Escala Visual Analógica da Dor (EVA) e correlação com os classificadores da CIF.	31
Quadro 7	Escala de Ashworth Modificada e a correlação com os classificadores da CIFCJ.	32
Quadro 8	Classificação da CIF para estrutura do cérebro (Exames de Ressonância Magnética de encéfalo ou Tomografia Computadorizada de crânio).	33
Quadro 9	Correlação da Medida de Independência Funcional (MIF) com os qualificadores da CIF.	35
Quadro 10	Sistemas de Classificação de Função de Comunicação (CFCS) de indivíduos com Paralisia Cerebral (PC) e respectivos qualificadores da CIF.	36
Quadro 11	Correlação do Sistema de Classificação de Habilidades Manuais (MACS) com os classificadores da CIF.	38
Quadro 12	Correlação dos valores da PRS com os qualificadores da CIF.	38
Quadro 13	Escore equivalente entre WeeFIM e os qualificadores CIF.	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil epidemiológico da amostra estudada	43
Tabela 2	Frequência dos qualificadores atribuídos às categorias de função e estrutura do corpo do <i>Core set</i> resumido da CIFCJ-PC para crianças e jovens entre 6 a 14 anos.	44
Tabela 3	Frequência dos qualificadores nas categorias de atividades e participação do <i>Core set</i> resumido da CIFCJ-PC para crianças e jovens entre 6 a 14 anos.	47
Tabela 4	Frequência dos qualificadores das categorias de fatores ambientais do <i>Core set</i> resumido da CIFCJ-PC para crianças e jovens entre 6 a 14 anos.	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
EVA	Escala Visual Analógica da Dor
PC	Paralisia Cerebral
CFCS	Sistema de Classificação da Função de Comunicação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIFCJ	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde versão para Crianças e Jovens
GMFCS	Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
CSCIF6-14	<i>Core set</i> da CIFCJ resumido para 6 a 14 anos
MIF	Medida de Independência Funcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRS	<i>Physician Rating Scale</i> para Membros Inferiores
TAC	Teste de atenção por cancelamento
WeeFIM	Medida de Independência Funcional para Crianças

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1	A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	15
2.2	A CIF na aplicação clínica em saúde	18
2.3	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde versão para Crianças e Jovens	19
2.4	Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde versão para Crianças e Jovens com Paralisia Cerebral	19
2.5	Paralisia cerebral	22
3	OBJETIVOS	23
3.1	Objetivo Geral	23
3.2	Objetivos Específicos	23
4	MÉTODO	24
4.1	Instrumentos Utilizados para Avaliação	29
4.1.1	Avaliações das Funções do Corpo	29
4.1.1.1	Funções Intelectuais (b117)	29
4.1.1.2	Funções do Sono (b134)	29
4.1.1.3	Funções da Atenção (b140)	30
4.1.1.4	Sensação de Dor (b280)	30
4.1.1.5	Funções da Mobilidade das Articulações (b170)	31
4.1.1.6	Funções do Tônus Muscular (b735)	31
4.1.1.7	Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários (b760)	32
4.1.2	Avaliação da Estrutura do Corpo	33
4.1.2.1	Estrutura do Cérebro (s110)	33
4.1.3	Avaliação de Atividades e Participação	34
4.1.3.1	Resolução de Problemas	34
4.1.3.2	Lidando com a Rotina diária (d230)	35
4.1.3.3	Conversação (d350)	35
4.1.3.4	Manter a posição do corpo (d415)	37
4.1.3.5	Uso fino da mão (d440)	37
4.1.3.6	Andar (d450)	38
4.1.3.7	Cuidados relacionados com processos de excreção (d530) e do comer (d550)	39
4.2	Análise e descrição dos dados	40
5	RESULTADOS	42
6	DISCUSSÃO	57
7	CONCLUSÃO	65
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXO A	MANUAL DE APLICAÇÃO PRÁTICA DA CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS COM PARALISIA CEREBRAL (CIFCJ-PC) PARA FAIXA ETÁRIA DE 6 A 14 ANOS.	71
ANEXO B	Questionário sobre o Comportamento no Sono	88
ANEXO C	Termo do Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento (TACE)	89

1. INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e postura atribuído a um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa (ROSENBAUM, 2007).

Muitos profissionais de saúde focam seus esforços nas avaliações da amplitude de movimento articular, força muscular e grau de espasticidade; e raramente avaliam a capacidade e desempenho dos indivíduos em atividades no seu ambiente rotineiro (em casa, na escola, trabalho ou lazer), o que pode dificultar a obtenção clara de um objetivo funcional em conjunto com outros profissionais (VERDIANI, 2017).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), inicialmente desenvolvida para gerar dados estatísticos em saúde pública, propõe uma terminologia padronizada e universal para a descrição da situação de saúde do indivíduo, sua funcionalidade e incapacidade (WHO, 2001).

A CIF, responsável por classificar a funcionalidade e incapacidade do indivíduo com ou sem doença especificada, integra uma visão global do indivíduo, juntamente à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), esta última comprometida em nomear e classificar o diagnóstico patológico do indivíduo (BIZ, 2015).

Em 2007, a OMS publicou a CIF para Crianças e Jovens (CIFCJ), incluindo informações adicionais e detalhadas na aplicação da CIF no que se trata de aspectos relevantes em crianças e adolescentes, do nascimento até 18 anos de idade (OMS, 2007).

A CIF, mesmo para faixas etárias limitadas como a CIFCJ, tem uma gama de categorias muito abrangentes e o escopo da avaliação é muito vasto, cobrindo toda a experiência de vida da pessoa, o que dificulta sua utilização na prática clínica ou o seu uso como base para a coleta de informações sistemáticas sobre a funcionalidade. Neste contexto, foram criados instrumentos diversos a fim de servir como padrões mínimos para a avaliação e documentação, delimitando os itens fundamentais para determinada situação específica de saúde e funcionalidade (RIBERTO, 2011). Diante deste panorama foram criados os *Core sets* que denotam de forma traduzida para o português: “um conjunto de categorias” ou “itens essenciais” (VERDIANI, 2017).

Para cada condição de saúde selecionada foram estabelecidos tanto *Core sets* abrangentes como *Core sets* resumidos, sendo que os *Core sets* resumidos teriam um compromisso com a praticidade na aplicação.

Até o ano de 2019, haviam registrados 39 *Core sets* nas diversas áreas como: doenças neurológicas (11) e mentais (3), cardiovasculares e respiratórias (7), musculoesqueléticas (9), câncer (2) e outras condições de saúde diversas (7) (ICF RESEARCH BRANCH, 2019).

Em 2014, a OMS endossou a publicação dos primeiros *Core sets* para paralisia cerebral (PC); o conjunto este engloba cinco versões: (1) uma abrangente, sobre todos os estágios do desenvolvimento desde o nascimento até 18 anos, consistindo em 135 categorias; (2) uma versão resumida para crianças e jovens de 0 a 18 anos, com 25 categorias; e versões resumidas (3 a 5, respectivamente) relativas às faixas etárias de 0-6 anos, 6-14 anos e 14-18 anos, contendo respectivamente 31, 35 e 37 categorias a serem analisadas. Estas últimas, adaptadas em número de categorias, foram derivadas das versões: abrangente e resumida; de acordo com as necessidades e ambientes dos indivíduos de cada faixa etária (SCHIARITI, 2014). O Quadro 3 mostra o *Core set* resumido genérico da CIFCJ para paralisia cerebral (CIFCJ-PC) entre 6 e 14 anos.

O Ministério da Saúde do Brasil, por meio de seu Conselho Nacional de Saúde, entendendo a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde que destacassem a funcionalidade a incapacidade da pessoa com ou sem deficiência, e que estas fossem intersetoriais, em especial em educação, assistência social, previdência social, trabalho e emprego determinou que a CIF fosse utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional, conforme a Resolução 452 de 2012 (Conselho Nacional de Saúde, 2012).

Apesar de ser uma excelente ferramenta geradora de dados estatísticos, no Brasil existem poucos dados sobre a funcionalidade baseados na CIF, mesmo decorrido quatorze anos da sua criação (ARAUJO, 2015). Mesmo demonstrando ser de fácil aplicação quando estruturada, a CIF é relativamente pouco conhecida nas faculdades por acadêmicos de fisioterapia (BELMONTE, 2015).

Um estudo brasileiro realizado em Minas Gerais por meio de um inquérito por correspondência com 1.313 fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, mostrou que 82% dos entrevistados responderam acreditar na viabilidade do uso da CIF. Dos 681 participantes

que deixaram comentário, 59% disseram ter intenção de utilizar a CIF, porém apenas 7% a utilizavam na prática clínica (PERNAMBUCO, A.P.; LANA, R.C; POLESE, J.C, 2015).

Dentro dessa aparente contradição entre os possíveis benefícios e uniformização oferecida pela CIF e a utilização escassa na prática clínica é que se propôs a execução deste trabalho. O presente estudo propõe a aplicação da CIFCJ-PC de forma prática, padronizada e possivelmente reprodutível, tendo por base o uso de ferramentas objetivas de avaliação e perguntas semiestruturadas complementares em uma amostra de crianças e jovens entre seis e 14 anos em um serviço especializado de saúde.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Muitas avaliações em saúde focam suas atividades na amplitude de movimento articular, força muscular e grau de espasticidade, mas raramente avaliam a capacidade e desempenho dos indivíduos em atividades no seu ambiente rotineiro (em casa, na escola, trabalho ou lazer), o que pode dificultar a obtenção clara de um objetivo funcional em conjunto com outros profissionais (VERDIANI, 2017).

A CIF propõe uma terminologia padronizada e universal para a descrição da situação de saúde do indivíduo, sua funcionalidade e incapacidade (WHO, 2001). A CIF foi criada inicialmente para gerar dados estatísticos em saúde pública e seria responsável por classificar a funcionalidade e incapacidade do indivíduo com ou sem doença especificada.

A CIF integra uma visão global do indivíduo, juntamente à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), esta última comprometida em nomear e classificar o diagnóstico patológico do indivíduo. A CIF transformou-se de uma classificação da *“consequência da doença”* (ICIDH/versão de 1980) em uma classificação dos *“componentes da saúde”* (BIZ, 2015); pois considera aspectos neutros e negativos das estruturas anatômicas e funções fisiológicas do corpo, atividades que o indivíduo é capaz e exerce no seu cotidiano, bem como leva em conta aspectos socioambientais e emocionais envolvidos; como demonstrado na Figura 1 (OMS, 2001).

Figura 1 – Modelo da funcionalidade humana segundo a CIF.

Fonte: OMS, 2003.

A OMS, em 2001, propôs o modelo acima de entendimento da funcionalidade humana, proposto pela CIF segundo os cinco componentes:

- Função do corpo: Funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas).
- Estrutura do corpo: Partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
- Atividade e participação: Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e participação é o envolvimento em situações da vida diária.
- Fatores ambientais: Compõem o ambiente físico, social e de atitude no qual as pessoas vivem e levam sua vida.
- Fatores pessoais: Correspondem às características individuais da vida de uma pessoa. Esses fatores incluem gênero, raça, outras condições médicas, educação, padrão de comportamento, entre outros. Os fatores pessoais não estão classificados na CIF, porém podem impactar nos resultados de várias intervenções.

As categorias da CIF são hierarquicamente organizadas e sinalizadas por códigos alfanuméricos. Cada categoria inicia-se por uma letra minúscula, como por exemplo: "b", equivalente ao termo em inglês *body functions*, para funções do corpo; "s", para estrutura

do corpo (do inglês *body structure*); "e" para fatores ambientais, traduzido do inglês, *environmental factors*; e "d" para atividades e participação (do inglês *domains for the Activities and Participation*). Os números que aparecem logo em seguida estão dispostos segundo uma organização de tronco-ramo-folha dentro de cada componente.

A OMS recomenda que a cada categoria da CIF seja associada um qualificador que reflita o impacto da condição de saúde ou dos fatores de contexto sobre aquele aspecto específico da funcionalidade.

No caso de funções e estruturas do corpo, e atividade e participação utiliza-se qualificadores entre zero e 4, conforme o Quadro 1; no qual 0 descreve ausência de problemas para aquela categoria e à medida que aumenta o valor aumenta a grau de dificuldade, sendo o qualificador 4 representando o maior grau de dificuldade (problema completo). Os qualificadores 8 e 9 descrevem situações não especificadas ou não aplicáveis, respectivamente.

Quadro 1. Qualificadores genéricos da CIF

Qualificador	Definição nominal	Definição quantitativa
0	NENHUM problema (nenhuma, ausente, escasso...)	0-4%
1	Problema LEVE (leve, baixo...)	5-24%
2	Problema MODERADO (médio, regular...)	25-49%
3	Problema GRAVE (elevado, extremo...)	50-95%
4	Problema COMPLETO (total...)	96-100%
8	Não especificada	
9	Não aplicável	

Para fatores ambientais os qualificadores variam de 1 a 4 tanto para barreira comparada facilitador (distinguindo-se pelo símbolo "+" associado ao número quando forem facilitadores e sem símbolo algum quando forem barreiras); e zero quando forem neutros, ou seja, nem barreira, nem facilitador; conforme observado no Quadro 2. Os qualificadores 8 e 9 descrevem situações não especificadas e não aplicáveis, respectivamente

Quadro 2. Qualificadores referentes aos Fatores Ambientais.

+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4
Facilitador completo	Facilitador considerável	Facilitador moderado	Facilitador leve	Neutro	Barreira leve	Barreira moderada	Barreira grave	Barreira completa

2.2 A CIF na aplicação clínica em saúde

Ao gerar dados sobre a funcionalidade e saúde, a CIF promove uma mudança do foco do estudo da frequência e comportamento das doenças em uma população para uma abordagem mais ampla e detalhada. A aplicação pode ser feita em nível primário de saúde e serve para ajudar o direcionamento de estratégias em programas assistenciais e para mudanças ambientais na comunidade. (ARAÚJO, E. S.; JÚNIOR, C.O., 2014)

A CIF pode ser aplicada nas mais diversas populações, contemplando ou não condições específicas de saúde. Sua aplicação na APAE de São Carlos – SP permitiu um raciocínio clínico profissional mais amplo e multidimensional, entendendo e cuidando do indivíduo sob uma ótica mais individualizada com base no contexto ambiental e capacidades de cada indivíduo (BIZ, M. C. P; LIMA; D. P.; MACHADO, W. F., 2017).

Araújo, em 2014, propôs a avaliação dos indicadores de uma população através de meios eletrônicos estruturados tendo por base as categorias da CIF. A utilização da CIF neste estudo permitiu conhecer a demanda detalhada da comunidade estudada, as alterações de funcionalidade mais frequentes; o impacto das intervenções já realizadas, bem como as regiões com maiores necessidades de serviços (ARAÚJO 2014).

Em 2009, o Conselho Federal Brasileiro de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) endossou o ensino da CIF nas universidades que tinham cursos de Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, bem como incentivou seu uso na prática profissional por meio da Resolução 370/2009. Em 2016, o COFFITO iniciou a oferta de cursos *online* para a capacitação de profissionais para entenderem melhor e aplicarem a CIF nas suas rotinas assistenciais (FERNANDES, B.M; CEPEDA, 2017).

Um inquérito por correspondência com 1.313 fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais mostrou que 82% dos entrevistados acreditavam no uso da CIF. Dos 681 participantes que deixaram algum comentário, 59% disseram ter intenção de utilizar a CIF, mas apenas 7% a utilizavam na prática clínica. Entre os comentários deixados pelos entrevistados, apenas três das 26 palavras-chave denotavam referência negativa, como “não”, “não conheço” e “muito complexa” (PERNAMBUCO, A.P.; LANA, R.C; POLESE, J.C, 2015).

Desta forma, apesar de compreenderem o valor do modelo de entendimento da funcionalidade proposto pela CIF, ainda há resistência ao uso da classificação devido a sua

complexidade e falta de informação, o que motiva o desenvolvimento de estratégias de facilitação do seu uso.

2.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde versão para Crianças e Jovens

Em 2007, a OMS publicou a CIF para Crianças e Jovens (CIFCJ), incluindo informações adicionais e detalhadas na aplicação da CIF no que se trata de aspectos relevantes em crianças e adolescentes, do nascimento até 18 anos de idade (OMS, 2007). Mais tardiamente, em 2011, a CIFCJ foi então traduzida para o português (OMS 2011).

Com a criação da CIFCJ, 237 novas categorias foram incluídas, sendo 168 relacionadas com Atividade e Participação. Ao propor avaliar crianças e jovens dentro do seu contexto ambiental e de desenvolvimento, a CIFCJ aplica categorias de classificação para centenas de funções corporais e estruturas, atividades e participação e para vários fatores ambientais que restringem ou permitem a funcionalidade dessa população, incluindo itens que englobam relações familiares, lazer, etc (OLIVEIRA, R., CALDAS, C. A.; RIBERTO, M, 2016).

2.4 Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde versão para Crianças e Jovens com Paralisia Cerebral

A CIF, mesmo para faixas etárias limitadas como a CIFCJ, tem uma gama de categorias muito abrangentes e o escopo da avaliação é muito vasto, cobrindo toda a experiência de vida da pessoa, o que dificulta sua utilização na prática clínica ou o seu uso como base para a coleta de informações sistemáticas sobre a funcionalidade. Neste contexto, foram criados instrumentos diversos a fim de servir como padrões mínimos para a avaliação e documentação, delimitando os itens fundamentais para determinada situação específica de saúde e funcionalidade (RIBERTO, 2011). Diante deste panorama foram criados os *Core sets*, os quais denotam de forma traduzida para o português: “um conjunto de categorias” ou “itens essenciais”. (VERDIANI, 2017).

Os primeiros *Core sets* da CIF foram desenvolvidos por uma colaboração entre o escritório para a Família de Classificações Internacionais da OMS (OMS-FIC) no

Departamento de Medicina Física e Reabilitação da Universidade Ludwig-Maximilian em Munique e a OMS (RIBERTO, 2011).

Para cada condição de saúde selecionada foram estabelecidos tanto *Core sets* abrangentes, que buscam a descrição mais completa da funcionalidade de uma pessoa com uma condição de saúde, para ser aplicado por uma equipe multiprofissional. Também foram criados os *Core sets* resumidos, com uma limitação de número de categorias, devido ao compromisso com a praticidade na aplicação, podendo ser aplicados por um profissional de saúde sozinho.

Até o ano de 2019, estavam registrados 39 *Core sets* nas diversas áreas como: doenças neurológicas (11) e mentais (3), cardiovasculares e respiratórias (7), musculoesqueléticas (9), câncer (2) e outras condições de saúde diversas (7) (ICF RESEARCH BRANCH, 2019).

Em 2014, a OMS endossou a publicação dos primeiros *Core sets* para PC, conjunto este, o qual engloba cinco versões: uma abrangente, sobre todos os estágios do desenvolvimento desde o nascimento até 18 anos, consistindo em 135 categorias; uma versão resumida para crianças e jovens de 0 a 18 anos, com 25 categorias; e versões resumidas, relativas às faixas etárias de 0-6 anos, 6-14 anos e 14-18 anos, contendo respectivamente 31, 35 e 37 categorias. Estas últimas, adaptadas em número de categorias, foram derivadas das versões: abrangente e resumida; de acordo com as necessidades e ambientes dos indivíduos de cada faixa etária (SCHIARITI, 2014).

O Quadro 3 demonstra o *Core set* resumido genérico da CIFCJ-PC. Este conjunto de *Core sets* trouxe a inovação de criar versões resumidas específicas para cada faixa etária, considerando a especificidade etária de todos os componentes da CIF, ou seja, funções e estruturas do corpo têm características peculiares conforme a maturidade corporal. Da mesma forma, as atividades e participações progridem de forma acentuada conforme a criança passa a frequentar ambientes mais amplos, ter mais contatos interpessoais ou assumir compromissos sociais.

Quadro 3 - Core set resumido da CIFCJ-PC para crianças entre 6 e 14 anos.

Código CIFCJ	Categorias
Funções do corpo	
b117	Funções intelectuais
* b1301	Motivação
b134	Funções do sono
* b140	Funções da Atenção
b167	Funções mentais da linguagem
b210	Funções da visão
b280	Sensação de dor
b710	Funções da mobilidade das articulações
b735	Funções do tônus muscular
b760	Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários
Estruturas do corpo	
s110	Estrutura do cérebro
Atividades e participação	
* d175	Resolução de problemas
* d230	Lidando com a rotina diária
* d350	Conversação
d415	Manter posição do corpo
d440	Uso fino da mão
d450	Andar
d460	Deslocar-se por diferentes locais
d530	Cuidados relacionados com os processos de excreção
d550	Comer
d710	Interações interpessoais básicas
d760	Relações familiares
* d820	Educação escolar
* d920	Recreação e lazer
Fatores ambientais	
e115	Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária
e120	Produtos e tecnologias para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos
e125	Produtos e tecnologias para comunicação
* e130	Produtos e tecnologias para educação
* e140	Produtos e tecnologias para cultura, recreação e esporte
e150	Produtos e tecnologias usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público
e310	Família imediata
e320	Amigos
e460	Atitudes sociais
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde
* e585	Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas.

Fonte: Schiariti et al, 2014

* Categoria inserida no Core set da CIFCJ-PC na faixa etária entre 6 e 14 anos (CSCIF6-14), mas não pertencente ao Core set resumido da CIFCJ-PC entre zero e 18 anos.

2.5 Paralisia cerebral

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e postura atribuído a um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa (ROSENBAUM, 2007).

As etiologias para esta condição são extensas, desde afecções pré-natais de causa genética ou infecciosa, perinatais relacionadas ou não a prematuridade, até eventos pós-natais, como infecções, acidente vascular ou trauma nos primeiros anos de vida (KEOGH; BADAWI, 2006).

A gravidade das limitações nas funções motoras grossas em crianças com PC é altamente variável, de forma que algumas crianças andam sem auxílio de terceiros com ou sem dispositivos auxiliares, enquanto outras usam cadeira de rodas motorizada ou precisam ser transportadas por um adulto (TIEMAN, 2004).

Além do quadro motor, indivíduos com PC podem apresentar vários componentes como déficit cognitivo (40–70%), epilepsia (35–94%), distúrbio de linguagem (50–60%), distúrbios do sono, visão ou audição (10–30%) (NEWMAN, 2006; ODDING, 2006; SINGHI, 2003; BORG, 1997; GUZZETTA, 2001; HUNDOZI- HYSENAJ, 2008). Estas crianças apresentam ainda maiores dificuldades psicológicas e emocionais, se comparado a crianças sem PC (SIGURDARDOTTIR, S., 2011).

Não existe cura para esta condição de saúde. Apesar de não ser progressiva, a paralisia cerebral pode contribuir para sequelas motoras progressivas na ausência de tratamento e terapias adequadas. O seguimento de um paciente com PC deve ser multidisciplinar; nas diversas áreas da saúde, educação e assistência social, provendo assim uma vida o mais funcional possível a esses indivíduos (GULATI, S.; SONHDHI, V., 2017).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

O objetivo deste trabalho é descrever a aplicação do *Core set* resumido da CIFCJ-PC para crianças e jovens de 6 a 14 anos em um grupo de pacientes, através de um roteiro de avaliação baseado no próprio *Core set*, que operacionalize de forma prática a coleta de dados funcionais.

3.2 Objetivos Específicos:

- Produzir um manual prático e padronizado de aplicação do *Core set* resumido da CIFCJ-PC para crianças e jovens de 6 a 14 anos (CSCIF6-14).
- Identificar os problemas mais frequentes da funcionalidade das crianças e jovens com PC, na faixa etária de seis a 14 anos.
- Verificar a influência dos fatores ambientais como barreiras ou facilitadores na funcionalidade dos indivíduos avaliados.
- Sugerir uma forma fácil e visual para avaliação e interpretação dos dados coletados.

4 MÉTODO

Foram avaliados pacientes entre seis e 14 anos que frequentavam o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP), atendidos nos ambulatórios de Neurologia Infantil, os quais tinham diagnóstico definitivo de paralisia cerebral. Pacientes sem diagnóstico definitivo ou com quadro sugestivo de doença progressiva foram excluídos deste estudo.

A avaliação consistiu numa entrevista com perguntas semiestruturadas de acordo com as categorias do *Core set* da CIFCJ-PC na faixa etária de 6 a 14 anos (Quadro 3) e aplicadas de forma individual (entenda-se como atendimento da criança ou jovem acompanhada (o) pelo seu acompanhante responsável). As perguntas utilizadas tiveram como base as utilizadas na publicação de OLIVEIRA, R., CALDAS, C. A.; RIBERTO, M (2016) e foram direcionadas ao próprio paciente, levando-se em consideração o seu nível cognitivo, ou ao seu responsável quando julgado necessário.

As perguntas contemplaram todos os 35 itens do *Core set* da CIFCJ-PC entre seis e 14 anos, os quais foram agrupados em: estrutura e funções do corpo (11 categorias), atividades e participação (13 categorias) e fatores ambientais (11 categorias).

Para o registro dos dados foi utilizado um Formulário de Aplicação padrão (Anexo A – Figura 1) para cada indivíduo participante, no qual os itens da CIF foram listados. Foram dispostos, na mesma linha do Formulário padrão, à direita de cada categoria, os possíveis classificadores para marcação: 0=nenhuma dificuldade; 1= dificuldade leve; 2=dificuldade moderada; 3=dificuldade grave; 4=dificuldade completa, 8=não especificado e 9=não aplicável. Para os itens relacionados aos fatores ambientais, considerando que os mesmos podem contribuir como facilitadores ou barreiras na funcionalidade do indivíduo, os classificadores foram acrescidos de opções, as quais podiam variar entre facilitadores, neutros ou barreiras, com graduação como descrito no Quadro 2.

Cada categoria teve apenas uma pontuação marcada, o que significa que, para as estruturas do corpo, só foi usado o primeiro qualificador, referente à gravidade da deficiência, e para as atividades e participações só foi usado o primeiro qualificador, referente ao desempenho. Após ser feita a pergunta semiestruturada e/ou aplicado o teste de avaliação específico, era selecionado o classificador que mais se ajustava à realidade do

indivíduo. Para alguns itens a pontuação era selecionada pelo próprio paciente e/ou acompanhante após sua resposta, ou eleita pelo pesquisador.

As avaliações foram realizadas pelo próprio pesquisador. Outros profissionais atuantes nos ambulatórios correlatos aos da pesquisa, participaram de forma indireta indicando os pacientes a serem convidados para o estudo.

Quadro 4. Resumo das Perguntas e Métodos de Avaliação Utilizados

Categorias da CIFCJ-PC	Método de avaliação
Estrutura e Funções do corpo	
b117- Funções intelectuais	- Comparação com o esperado para idade e <u>Exame Cognitivo Evolutivo</u> (Anexo A - Figura 5).
b1301 Motivação	<i>“Ela (e) é motivada (o)?” “Ela (e) busca, vai em direção, e faz aquilo que ele quer (p.ex. brincar, comer, etc)?”</i>
b134- Funções do sono	<i>“Ela (e) dorme bem?” “Ela (e) acorda muitas vezes à noite, tem dificuldade em pegar no sono, ronca, fala ou caminha dormindo” “Com que frequência?”</i>
b140 – Funções da Atenção	<i>“Ela (e) é capaz de prestar e manter atenção em uma atividade ou pessoa por determinado tempo (p.ex. ver um filme inteiro, cantar uma musica até o fim, etc)?” “Ela (e) é capaz de prestar atenção em mais de um objeto de atenção, ao mesmo tempo ou de forma intercalada, quando assim o deseja?”</i> - <u>Teste de atenção por cancelamento - TAC</u> (Anexo A - Figura 6)
b167- Funções mentais da linguagem	- <i>“Como a criança se comunica?” “Apresenta alguma dificuldade? Quanta dificuldade?”</i>
b210- Funções da visão	- <i>“A criança apresenta alguma dificuldade para enxergar?” “Tem algum diagnóstico oftalmológico?” “Necessita de lentes corretivas?”</i>
b280 - Sensação de dor	<i>“A criança sente dor em alguma parte do corpo? com qual frequência?”</i> - <u>Escala visual analógica da dor – EVA</u> (Anexo A - Figuras 7a e 7b)
b710- Funções da mobilidade das articulações	- Exame físico das articulações
b735- Funções do tônus muscular	- <u>Escala Ashworth Modificada</u> (Anexo A - Figura 8)
b760- Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários	- <u>Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – GMFCS</u> (Anexo A - Figuras 9a e 9b)
s110- Estrutura do cérebro	- Análise de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética de Encéfalo (Anexo A - Figura 10)
Atividades e participação	
d175 – Resolução de problemas	- <u>Medida de Independência Funcional - MIF</u> (Anexo A - Figuras 11a e 11b)

d230 – Lidando com a rotina diária	<i>“Ela (e) tem uma rotina definida na semana?” “Ela (e) segue as rotinas do dia a dia e sabe da sua importância?” “Ela (e) sabe organizar seu tempo para as atividades do dia a dia?”</i> - <u>Medida de Independência Funcional - MIF</u> (Anexo A - Figuras 11a e 11b)
d350 – Conversação	- <u>Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS) para indivíduos com Paralisia Cerebral</u> (Anexo A - Figura 12)
d415- Manter a posição do corpo	- Exame da posição sentada
d440- Uso fino da mão	- <u>Sistema de Classificação da Habilidade Manual – MACS</u> (Anexo A - Figura 13)
d450- Andar	- <u>Physician Rating Scale (PRS) para membros inferiores</u> (Anexo A - Figuras 14a a 14b)
d460- Deslocar-se por diferentes locais	<i>“Como a criança se movimenta em ambientes dentro de sua casa ou escola?” “Necessita de auxílio: de outra pessoa, cadeira de rodas?”</i>
d530- Cuidados relacionados com os processos de excreção	- <u>Escala WeeFIM</u> (Anexo A - Figuras 15a e 15b)
d550- Comer	- <u>Escala WeeFIM</u> (Anexo A - Figuras 15a e 15b)
d710- Interações interpessoais básicas	<i>“A criança apresenta alguma dificuldade para se relacionar com colegas de escola, familiares, profissionais da reabilitação?”</i>
d760- Relações familiares	<i>“Quem mora com a criança? Qual o efeito da relação entre eles na reabilitação e funcionalidade da criança?”</i>
d820 Educação Escolar	<i>“Ela (e) frequenta escolar regular? “Ela (e) frequenta APAE ou escolar especial?” “De forma regular?” “Ela (e) necessita algum auxílio dentro da sala de aula? (p.ex. professor auxiliar)” “Ela (e) acompanha a aprendizagem exigido para idade?” “Ela (e) coopera com colegas, faz perguntas ao professor, estuda e completa as atividades solicitadas?”</i>
d920 Recreação e lazer	<i>“Ela (e) participa de brincadeiras, jogos, atividades recreacionais e de lazer?” “Ela (e) gosta de se divertir, fazer atividades físicas, visitar lugares (como cinema, parques, museus e teatros), tocar um instrumento musical, assistir filme, ter um hobby, ler ou viajar?”</i>
Fatores ambientais	
e115- Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	<i>“Quanto o uso de equipamentos para atividades da vida diária facilitam ou dificultam a vida da criança? (p.ex. órteses, adaptações)”</i>
e120- Produtos e tecnologia para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos	<i>“A criança necessita de aparelhos para auxílio na locomoção? O quanto isso facilita ou dificulta sua vida? (p.ex. cadeira de rodas, transporte adaptado)”</i>
e125- Produtos e tecnologia para comunicação	<i>“Quanto os aparelhos para auxílio na comunicação facilitam ou dificultam a vida do paciente? (p.ex. prancha de sinais, computadores, aparelhos celulares, adesivos orais)”</i>

e130 Produtos e tecnologias para educação	<i>“Ela (e) utiliza equipamento, objeto, método e/ou tecnologia para aquisição de conhecimento e aprendizado ou desenvolvimento de habilidades (por exemplo: usa programas para aprender em computadores e tablets, livros adaptados, jogos educativos, etc)”</i>
e140 Produtos e tecnologias para cultura, recreação e esporte	<i>“Ela (e) utiliza equipamento, objeto, método e/ou tecnologia para facilitar ou melhorar atividades culturais, recreacionais e de esporte? (por exemplo: inserção em projetos culturais e recreacionais, etc)”</i>
e150- Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	<i>“As adaptações feitas nas construções públicas (como rampas, barras, tamanho e altura dos objetos) favorecem ou dificultam a funcionalidade e/ou o acesso nestes ambientes?”</i>
e310- Família imediata	<i>“A criança encontra apoio, físico ou emocional em sua relação com seus pais e irmãos?” “Quanto isso afeta sua funcionalidade?”</i>
e320- Amigos	<i>“Ela (e) tem amigos?” “Eles o(a) tratam bem?”</i>
e460- Atitudes sociais	<i>“A criança sofre preconceito ou discriminação devido à sua situação?” “Percebe quando é alvo de comentários de outros e fica triste com isso?”</i>
e580- Serviços, sistemas e políticas de saúde	<i>“Ela (e) consegue atendimento com rapidez e facilidade?” “A criança recebe algum tipo de reabilitação?” “Realizou ou aguarda alguma cirurgia?” “A situação de saúde de onde vive favorece ou é uma barreira para o paciente?”</i>
e585 Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas	<i>“Existe incentivo (lei, projeto, sistema de cotas, etc), por parte do governo ou outra instituição, para aquisição, manutenção e melhoria quanto ao conhecimento, especialização e desenvolvimento de habilidades vocacionais e/ou artísticas?” “A criança recebe apoio para frequentar e se manter na escola e/ou cursos técnicos?”</i>

Foram utilizados instrumentos de avaliação consolidados na literatura para os itens: b117-Funções intelectuais; b140-funções da atenção; b280-Sensação de dor; b735-Funções do tônus muscular; b760-Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários; s110-Estrutura do cérebro; d175-Resolução de problemas; d230-Lidando com a rotina diária; d350-Conversa; d440-Uso fino da mão; d450-Andar; d530-Cuidados relacionados com os processos de excreção (Quadro 3). Os instrumentos utilizados encontram-se descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Categorias da CIFCJ-PC e os respectivos instrumentos de avaliação utilizados.

Categorias da CIFCJ-PC	Método de Avaliação Padrão
b117- Funções intelectuais	- Exame Cognitivo Evolutivo
b140 Funções da atenção	- Teste da Atenção por Cancelamento (TAC)
b280- Sensação de dor	- Escala Visual Analógica (EVA)
b735- Funções do tônus muscular	- Escala Ashworth modificada
b760- Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários	- GMFCS
s110- Estrutura do cérebro	- Análise de tomografia computadorizada ou ressonância magnética de encéfalo
d175 Resolução de problemas	- Medida de Independência Funcional (MIF)
d230 Lidando com a rotina diária	- Medida de Independência Funcional (MIF)
d350 Conversação	- Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS) para indivíduos com Paralisia Cerebral
d440- Uso fino da mão	- Escala MACS
d450- Andar	- PRS para membros inferiores
d530- Cuidados relacionados com os processos de excreção	- Escala WeeFIM
d550- Comer	- Escala WeeFIM

As seguintes categorias foram avaliados por meio de perguntas diretas e padronizadas, conforme a trabalho de OLIVEIRA, R., CALDAS, C. A.; RIBERTO, M (2016); e classificados conforme a resposta do indivíduo ou por interpretação conjunta com o entrevistador: b1301-Motivação; b134-Funções do sono; b167-Funções mentais da linguagem; b210-Funções da visão; d460-Deslocar-se por diferentes locais; d710-Interações interpessoais básicas; d760-Relações familiares; d820-Educação Escolar; d920-Recreação e lazer; e115-Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária; e120-Produtos e tecnologia para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos; e125-Produtos e tecnologia para comunicação; e130-Produtos e tecnologias para educação; e140-Produtos e tecnologias para cultura, recreação e esporte; e150-Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público; e310-Família imediata; e320-Amigos; e460-Atitudes sociais; e580- Serviços, sistemas e políticas de saúde; e585 Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas.

4.1 Instrumentos utilizados para Avaliação

4.1.1 Avaliação das Funções do Corpo

4.1.1.1 Funções intelectuais (b117)

São as funções utilizadas para compreender e integrar as funções mentais gerais, incluindo cognição e funções do desenvolvimento intelectual ao longo da vida (OMS, 2011). Para este item foram utilizadas perguntas diretas e a comparação aos itens para cada idade do Exame Evolutivo, elaborado por FUNAYAMA, C. A. R, 2006 (Anexo A – Figura 5).

Para os participantes que eram referidos por terem cognitivo preservado sem alterações ou atraso discreto ou imperceptível a terceiros, e não tivessem prejuízo no seu cotidiano, interação ou aprendizado, não configurando um problema por seus responsáveis, foi considerado como 0 (sem dificuldade). Os atrasos considerados como leve, moderado, elevado ou completo foram qualificados de 1 a 4, respectivamente.

4.1.1.2 Funções do Sono (b134)

Segundo a OMS (2011) esta categoria inclui as funções mentais relacionadas à quantidade, início, manutenção e qualidade do sono. Esta função foi avaliada por meio de perguntas padronizadas.

No projeto piloto deste trabalho foi utilizado o *Sleep Behaviour Questionnaire* – ANEXO B (BATISTA, 2006) para avaliação deste item. Este questionário é constituído por 29 (vinte e nove) itens sobre o comportamento do sono. Para cada item é assinalada uma de cinco opções (1 a 5), sendo menor o valor quanto maior o prejuízo do indivíduo para aquele item. A classificação final segundo os classificadores do *Core set* foi obtido pela pontuação final de todos os itens, variável entre 26 a 130.

O tempo de aplicação da escala durante o projeto piloto, no qual avaliamos quatro indivíduos, foi em média de 13 minutos para cada participante; tempo considerado excessivo, visto que corresponde a apenas uma categoria do *Core set* e o objetivo deste trabalho foi o de fornecer um conjunto de ferramentas para fácil aplicação no dia a dia. Somado a isso a classificação do sono, no projeto piloto, após a aplicação deste questionário

em comparação ao obtido por perguntas diretas relacionadas ao sono não mostrou diferenças significativas.

4.1.1.3 Funções da Atenção (b140)

Este item corresponde às funções mentais específicas de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário (SCHIARITI, 2014).

Para a avaliação desta função, optou-se por aplicar o Teste de Atenção por Cancelamento (ANEXO A – Figura 6). Para facilitar o uso dentro da CIFCJ-PC optou-se por utilizar apenas a primeira parte do teste, destinado à avaliação da atenção seletiva. O indivíduo era orientado a assinalar em todas as vezes que uma figura escolhida (p.ex., círculo) aparecesse, em meio a um conjunto de 6 figuras (círculo, quadrado, triângulo, cruz, estrela e traço) distribuídas de maneira repetida e aleatória em uma tabela de 15 linhas e 20 colunas, totalizando 300 figuras. O objetivo é que o indivíduo identificasse a figura indicada em meio às demais figuras de distração (TORTELLA, 2008). Este tipo de teste demanda a manutenção da atenção e persistência na execução da tarefa (MONTIEL; CAPOVILLA, 2007). Foi considerado erro quando o indivíduo omitiu uma figura exigida ou assinalava outra que não era a indicada. O total de acertos (escore bruto) foi totalizado e comparado para a idade, conforme tabela de correção (ANEXO A – Figuras 6a, 6b e 6c)

Para os participantes com incapacidades físicas ou cognitivas que impossibilitaram a marcação das figuras indicadas, foram utilizadas perguntas diretas e padronizadas, conforme o Quadro 2 para a qualificação.

4.1.1.4 Sensação de dor (b280)

Para esta função foram feitas perguntas sobre a existência, intensidade e frequência de dores, incluindo dores osteoarticulares.

Dores eventuais e pouco significativas, consideradas como não prejudiciais à saúde e funcionalidade do indivíduo foram pontuadas com 0 (zero), ou seja, nenhuma dificuldade. Aos participantes que tinham algum grau de dor dificultando o dia a dia era aplicada a Escala Visual da Dor – EVA (Figura 2), na qual o paciente identificava a intensidade esta de forma

visual e comparativa com a escala. No Quadro 6 estão correlacionados os classificadores da CIFCJ com a EVA.

Figura 2 - Escala Visual Analógica da dor (EVA)

Fonte: Figueiredo, 2009

Quadro 6 - Escala Visual Analógica da Dor (EVA) e correlação com os classificadores da CIF.

Qualificadores	Escala Visual da Dor
0	EVA 0-1 (nenhuma, ausência de dificuldade)
1	EVA 2-4 (dor leve)
2	EVA 5-6 (dor moderada)
3	EVA 7-8 (dor grave)
4	EVA 9-10 (dor insuportável)
8	Não especificado
9	Não aplicável

4.1.1.5 Funções da mobilidade das articulações (b710)

A função da mobilidade das articulações compreende as funções quanto à amplitude e facilidade de movimento de uma articulação (SHIARITI, 2014), incluindo as articulações axiais e de membros. A classificação deste item teve por base a queixa no paciente quanto aos aspectos da mobilidade de suas articulações e por exame físico, englobando movimentos ativos e passivos.

4.1.1.6 Funções do tônus muscular (b735)

Nesta categoria foi avaliada a tensão presente nos músculos em repouso e a resistência oferecida destes na tentativa de mover os músculos.

Bryan Ashworth criou uma escala para a avaliação da espasticidade muscular de até 5 pontos (0 a 4). Posteriormente a escala foi acrescida do grau 1+ e passou a ser conhecida

por Escala de Ashworth Modificada (Quadro 7) (BOHANNON e SMITH, 1987). A escala de Ashworth Modificada tem-se mostrado confiável para avaliação da espasticidade (SPOSITO, M.M.M; RIBERTO, M., 2010) e foi a ferramenta utilizada para avaliação do tônus muscular e a espasticidade neste trabalho.

Quadro 7 - Escala de Ashworth Modificada e a correlação com os classificadores da CIFCJ.

Grau	Observação Clínica	Classificador CIFCJ
0	Tônus normal	0
1	Leve aumento do tônus muscular manifesto por uma “pega e soltura” ou por resistência mínima no final do arco de movimento, quando o membro afetado é movido em flexão ou extensão.	1
+1	Leve aumento o tônus muscular manifesto por uma “pega e soltura” seguida de mínima resistência através do arco de movimento restante (menos da metade do arco de movimento total).	
2	Aumento mais marcado do tônus muscular, manifesto através da maior parte do arco de movimento, mas o membro afetado é facilmente movido.	2
3	Considerável aumento do tônus muscular. O movimento passivo é difícil.	3
4	A parte afetada está rígida em flexão ou extensão.	4

Fonte: BOHANNON, R.W.; SMITH, M.B, 1987

4.1.1.7 Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários (b760)

Para avaliar as funções relacionadas ao controle voluntário dos movimentos, utilizou-se do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (*Gross Motor Function Classification System* - GMFCS) – em mais detalhe no ANEXO A - Figuras 9a e 9b. Este sistema de classificação foi criado em 1997 e é baseado no movimento iniciado voluntariamente pelo indivíduo, com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. No Brasil, foi traduzido em 2007 para o português brasileiro (PALISANO, 2007) e é utilizado frequentemente pelos profissionais de saúde para individualizar a abordagem e objetivo terapêutico nos indivíduos com PC (VERDIANI, et al. 2017).

O GMFCS tem como características ser constituído por 5 níveis, os quais foram relacionados de forma direta com os respectivos classificadores da CIF neste trabalho. A

seguir, estão descritos os níveis do GMFCS e entre parênteses os seus respectivos classificadores da CIF:

- NÍVEL I (0-sem dificuldade) – Anda sem limitações.
- NÍVEL II (1-dificuldade leve) – Anda com limitações.
- NÍVEL III (2-dificuldade moderada) – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade.
- NÍVEL IV (3- dificuldade grave) – Automobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada.
- NÍVEL V (4- dificuldade completa) – Transportado em uma cadeira de rodas manual.

4.1.2 Avaliação da Estrutura do Corpo

4.1.2.1 Estrutura do Cérebro (s110)

Para a classificação da estrutura do cérebro utilizou-se dos exames de Tomografia Computadorizada de Crânio e Ressonância Magnética de Encéfalo os quais tenham sido previamente realizados pelo indivíduo estudado.

A relação dos achados nos exames com os classificadores da CIF estão descritos abaixo e foram baseados no trabalho de OLIVEIRA, R.P. (2017).

Quadro 8 – Classificação da CIF para estrutura do cérebro (Exames de Ressonância Magnética de encéfalo ou Tomografia Computadorizada de crânio).

Qualificadores	Descrição CIF	Padrão da Imagem
0	Nenhuma deficiência (0-4%)	Normal ou alterações inespecíficas
1	Deficiência leve (5-26%)	Alargamento de ventrículo ou atrofia discreta; sem hidrocefalia
2	Deficiência moderada (25-49%)	Leucomalácia, sinais de acidente vascular encefálico prévio
3	Deficiência grave (50-95%)	Hidrocefalia com uso de derivação ventriculoperitoneal, displasias, atrofia grave
4	Deficiência completa (96-100%)	Holoprosencefalia, lisencefalia.
8	Não especificado	
9	Não aplicável	

Fonte: OLIVEIRA, R.P, 2017.

Para o classificador 8 (não especificado) foram considerados os indivíduos que porventura não tivessem realizado ou trazido os exames para análise durante a avaliação.

4.1.3 Avaliação de Atividades e Participação

4.1.3.1 Resolução de problemas (d175)

De acordo com a CIF (OMS, 2004), este item dedica-se a descrever a resolução de problemas, o desenvolvimento de opções e solução destes, a avaliação dos potenciais efeitos destas soluções e suas execuções, por parte do indivíduo avaliado.

Para a avaliação desta atividade foi utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF), em seu subitem: Q-Resolução de Problemas (RIBERTO, 2005). A MIF é uma escala a qual se propõe avaliar diversas áreas do indivíduo adulto em condição de saúde incapacitante e é utilizada amplamente em reabilitação (SPOSITO, M.M.M; RIBERTO, M., 2010).

A MIF é uma escala ordinal, na qual a capacidade funcional do indivíduo na área estudada é pontuada de 1 a 7, sendo maior o valor quanto maior a sua independência funcional; e foi adaptado tendo por base os qualificadores da CIFICJ, como segue no Quadro 9.

Quadro 9 – Correlação da Medida de Independência Funcional (MIF) com os qualificadores da CIF

Medida de Independência Funcional	Qualificador CIF
7 - Total independência (com segurança e em tempo normal)	0 – nenhuma dificuldade
6 - Independência modificada (ajuda técnica) Dependência modificada - Ajuda	1 – Dificuldade Leve
5 - Supervisão, orientação ou preparo	2 – Dificuldade Moderada
4 - Ajuda mínima (Indivíduo faz mais que 75% das tarefas sozinho)	
3 - Ajuda moderada (Indivíduo faz 50% a 74% das tarefas sozinho)	3 – Dificuldade Grave
2 - Ajuda máxima (Indivíduo faz 25% a 49% das tarefas sozinho)	
1 - Ajuda total (Indivíduo não faz as tarefas sozinho)	4 – Dificuldade Completa

Fonte: SPOSITO, M.M.M; RIBERTO, M., 2010.

4.1.3.2 Lidando com a rotina diária (d230)

Segundo a OMS (2004), lidar com a rotina diária é entendido como a capacidade de realizar ações simples ou complexas de modo a planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia a dia.

Para a avaliação deste item foi utilizada a Medida de Independência Funcional - MIF (RIBERTO, 2005), extrapolando os valores desta escala ordinal quanto à funcionalidade e independência para aspectos ligados à capacidade de lidar com a rotina diária, e correlacionado com os qualificadores da CIF (Anexo A - 11a e 11b).

4.1.3.3 Conversação (d350)

Para este item de atividade e participação optou-se por utilizar os Sistemas de Classificação de Função de Comunicação (CFCS) de indivíduos com Paralisia Cerebral (PC), os quais foram montados já em relação às categorias da CIF (HIDECKER, et al. 2011).

A classificação pode ser realizada por meio do relato do acompanhante, bem como por avaliação direta observando a comunicação da criança ou jovem.

Quadro 10 - Sistemas de Classificação de Função de Comunicação (CFCS) de indivíduos com Paralisia Cerebral (PC) e respectivos qualificadores da CIF

Classificador CIF	Classificação CFCS para PC	
0	I	<u>Emissor e receptor eficaz com parceiros desconhecidos e conhecidos.</u> O indivíduo alterna independentemente seus papéis de emissor e receptor com a maioria das pessoas, em vários lugares. A comunicação ocorre facilmente e em um ritmo confortável com parceiros desconhecidos e conhecidos. Equívocos de comunicação são resolvidos rapidamente e não interferem na eficácia geral da comunicação.
1	II	<u>Emissor ou receptor eficaz, mas mais lentos com parceiros desconhecidos ou conhecidos.</u> O indivíduo alterna independentemente seus papéis de emissor e receptor com a maioria das pessoas, na maioria dos ambientes, mas o ritmo de conversação é lento e pode dificultar a interação na comunicação. O indivíduo pode precisar de mais tempo para entender as mensagens, compor mensagens ou resolver mal-entendidos. Os equívocos de comunicação muitas vezes são resolvidos e não interferem com a eventual eficácia da comunicação do indivíduo com parceiros desconhecidos e conhecidos.
2	III	<u>Emissor e receptor eficaz com parceiros conhecidos.</u> O indivíduo alterna seus papéis de emissor e receptor com parceiros conhecidos de conversação (mas não desconhecidos) na maioria dos ambientes. A comunicação não é consistentemente e eficaz com a maioria dos parceiros desconhecidos, mas é geralmente eficaz com os parceiros conhecidos.
3	IV	<u>Emissor e/ou receptor inconsistente com parceiros conhecidos.</u> O indivíduo não alterna consistentemente seu papel de emissor e receptor. Este tipo de inconsistência pode ser visto em diferentes tipos de comunicadores, incluindo: a) um emissor e receptor ocasionalmente eficaz; b) um emissor eficaz, mas receptor limitado; c) um emissor limitado, mas receptor eficaz. Às vezes, a comunicação é eficaz com parceiros conhecidos.
4	IV	<u>Emissor e receptor raramente eficaz, mesmo com parceiros conhecidos.</u> O indivíduo é limitado tanto como emissor quanto receptor. A comunicação deste é difícil para a maioria das pessoas entender. O indivíduo parece compreender pouco as mensagens emitidas pela maioria das pessoas. A comunicação é raramente eficaz, mesmo com parceiros conhecidos.
8	Não especificado	
9	Não aplicável	

Fonte: HIDECKER, et al. (2011)

4.1.3.4 Manter a posição do corpo (d415)

Segundo a OMS (2004) esta categoria visa avaliar a capacidade de o indivíduo manter a posição corporal durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé na escola.

A avaliação deste item incluiu a avaliação da posição da criança ou jovem durante a entrevista, a posição que esta (e) manteve durante a avaliação, se esta (e) utilizava-se de cadeira adaptada para manter a postura e posição do corpo.

Para a classificação desta categoria teve-se como referência os qualificadores gerais da CIF (Anexo A- Figura 3).

4.1.3.5 Uso fino da mão (d440)

Para a avaliação desta categoria foi utilizado o Sistema de Classificação de Habilidades Manuais (*Manual Ability Classification System* – MACS). O Sistema foi desenvolvido para classificar como crianças com paralisia cerebral usavam suas mãos quando manuseando objetos no seu dia a dia (ELIASSON, 2006). A ferramenta foi validada para o português brasileiro, demonstrando excelente reprodutibilidade entre os examinadores (SILVA, 2015).

Quadro 11 – Correlação do Sistema de Classificação de Habilidades Manuais (MACS) com os classificadores da CIF.

Classificador CIF	CLASSIFICAÇÃO MACS
0	I. Manipula objetos facilmente e com êxito. Pode haver limitação em tarefas de velocidade e destreza. Não apresenta limitações para as atividades de vida diária.
1	II. Manipula a maioria dos objetos, mas com lentidão. Pode escolher formas alternativas de execução. Sem limitação para as atividades de vida diária.
2	III. Manipula objetos com dificuldade. Necessita de ajuda para preparar ou modificar as atividades A execução é lenta e os resultados com êxito são limitados em quantidade e qualidade. Pode necessitar de adaptações.
3	IV. Manipula somente alguns objetos especialmente selecionados. Requer esforço e tem êxito limitado. Requer suporte contínuo e assistência e/ou adaptações para atingir êxitos parciais.
4	V. Não manipula objetos. Tem habilidade limitada para executar ações simples de manipulação. Requer total assistência para tarefas muito simples.

Fonte: SPOSITO, M.M.M; RIBERTO, M. (2010)

4.1.3.6 Andar (d450)

Segundo a CIF (2001) esta categoria avalia a marcha do indivíduo em distâncias curtas e longas. Foi utilizada a *Physician Rating Scale* (PRS) para membros inferiores (Anexo A- Figuras 14a a 14b). Com esta escala, o paciente é avaliado descalço, durante a marcha de pelo menos 15 passos e a avaliação final tem por base o somatório dos valores obtidos em cada elemento, podendo variar entre zero (menor funcionalidade) e 14 (maior funcionalidade) (SPOSITO, M.M.M; RIBERTO, M., 2010).

Os pesquisadores atribuíram faixas de pontuação da PRS, para correlação com os classificadores da CIF, de acordo com o Quadro 12:

Quadro 12 – Correlação dos valores da PRS com os qualificadores da CIF.

Valores somatórios da PRS	Qualificadores CIF
14	0 – nenhuma dificuldade
11 a 13	1 – Dificuldade leve
7 a 10	2 – Dificuldade moderada
2 a 6	3 – Dificuldade grave
0 e 1	4 – Dificuldade completa

4.1.3.7 Cuidados relacionados com processos de excreção (d530) e do comer (d550)

Para os cuidados relacionados aos processos de excreção (d530), inclui-se: regulação da micção, da defecação e menstruação; bem como os cuidados com a higiene necessária subsequente a esses processos (OMS, 2011).

A categoria relacionada ao ato de comer (d550) avalia a execução das tarefas e os gestos coordenados necessários para levar à boca os alimentos e ingeri-los; inclui também o manejo de talheres, abertura de latas e garrafa e a participação de refeições com outras pessoas, como em banquetes e jantares (OMS, 2011).

Ambas categorias (d530 e d550) foram avaliadas por meio de perguntas diretas, respectivamente sobre os itens relacionados ao autocuidado da Medida de Independência Funcional para Crianças (WeeFIM): “controle vesical e controle anal” e “alimentação”. A pontuação obtida foi transcrita para um novo escore tendo por base os classificadores da CIF como segue no Quadro 13.

A WeeFIM foi elaborada para medir a necessidade de auxílio e a gravidade da inaptidão em crianças com idades entre 6 meses e 7 anos, sendo adaptada a partir da MIF (Medida de independência Funcional) e foi amplamente aplicada para avaliar a funcionalidade destas em sua vida diária. Esse instrumento mensura o nível de independência no autocuidado, no controle esfinteriano, na locomoção, na mobilidade, na comunicação e na função social (SANTOS, 2016; Gunel, M.K, 2009).

A WeeFIM foi desenhada para observação direta ou por entrevista com o cuidador, assim como foi feito neste trabalho.

Quadro 13 Escore equivalente entre WeeFIM e os qualificadores CIF

Escala de Pontuação WeeFIM para auto-cuidado	Qualificador CIF
7. Independência completa (sem adaptação, em tempo razoável e com segurança) 6. Independência modificada (com adaptação, tempo maior que o razoável ou sem segurança) 5. Supervisão (sujeito realiza 100% da tarefa)	0. Nenhum problema
4. Assistência mínima (sujeito realiza entre 75 e 99% da tarefa)	1. Problema leve
3. Assistência moderada (sujeito realiza entre 50 e 75% da tarefa)	2. Problema moderado
2. Assistência máxima (sujeito realiza entre 25 e 50% da tarefa)	3. Problema grave
1. Assistência total ou não testável (sujeito realiza menos de 25% da tarefa)	4. Problema completo

Fonte: OLIVEIRA, R.P, 2017

4.2 Análise e descrição dos dados

Os dados foram tabulados e analisados de forma descritiva no *software* Excel e depois demonstrados em tabelas no Word.

A fim de favorecer que a interpretação dos dados coletados referentes às “funções e estrutura do corpo”, e para “atividades e participações”, seja de maneira rápida e simples foi optado por apresentar os dados graficamente em barras horizontais. Para cada categoria há uma barra que varia, em números inteiros, de zero (0=sem dificuldade) até quatro (4=dificuldade completa), sendo que quanto maior o acometimento do indivíduo maior é a barra demonstrada. Esta forma de apresentação favorece uma análise visual e rápida, bem como a inferência do grau de funcionalidade de cada indivíduo; além de facilitar a comparação dos diversos itens e seus qualificadores em um mesmo indivíduo.

Os resultados referentes aos fatores ambientais, os quais podem ser facilitadores, neutros ou barreiras, foram apresentados igualmente por meio de barras horizontais; embora os valores das barras partam de um centro, representando o zero (0=neutro), em direção à esquerda (facilitador) ou à direita (barreira), conforme Figura 3. Ambos os lados tem como valores máximos o 4 (escore máximo). Quando facilitador o número é precedido pelo o símbolo (+) (p.ex. +4=facilitador completo); e quando barreira leva apenas o número,

sem símbolos (p.ex. 4=barreira completa). Entre zero e quatro, as barras graduam sempre em intervalos de 1 inteiro, ou seja: 0, 1, 2, 3 ou 4. Quando pontuado como neutro (zero) apenas a linha central está representada, sem barras à direita ou esquerda. Nas Figuras 8 a 10, as barras são alternadas entre as cores preto e cinza apenas para facilitar a visualização entre os indivíduos.

Figura 3 - Exemplos de representação esquemática dos qualificadores em forma de barra para Fatores Ambientais.

Categoria	Representação gráfica	Qualificador
e140 Produtos e tecnologias para cultura, recreação...		+1 Facilitador leve
e150- Produtos e tecnologia usados em projeto...		+3 Facilitador considerável
e310- Família imediata		+4 Facilitador completo
e320- Amigos		+2 Facilitador moderado
e460- Atitudes sociais		1 Barreira leve
e580- Serviços, sistemas e políticas de saúde		1 Barreira leve
e585 Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas		+2 Facilitador moderado

5 RESULTADOS

A avaliação incluiu 30 crianças e jovens com paralisia cerebral, acompanhados pelos seus pais ou cuidadores. Dos indivíduos avaliados, 17 eram do sexo masculino (56,6%), todos tinham entre seis e 14 anos (média $9,53 \pm 2,72$), 18 frequentavam ensino fundamental em escola regular (60%) e metade tinha diagnóstico de paralisia (PC) diplégica (50%). Os 30 participantes tinham distribuição entre os cinco classificadores da GMFCS (I, II, III, IV e V) de forma equilibrada (Tabela 1).

Importante ressaltar que todos os participantes faziam durante a semana alguma forma de terapia; seja esta fisioterapia e/ou fonoaudiologia e/ou terapia ocupacional; e participavam de instituições de ensino: de forma exclusiva em escola regular (63,3%) ou em escola especial (30%) e esta incluiu APAE; ou em associação de escola regular com escola especial durante a semana (6,6%).

Durante a avaliação, os menores foram acompanhados em sua maioria por suas mães (86,6%); mãe e pai (6,6%) e avó (3,3%). Apenas um indivíduo (3,3%) foi acompanhado por cuidador profissional, visto que aquele morava em um abrigo responsável por seus cuidados.

A escolaridade dos acompanhantes que participaram da entrevista era formada primariamente por indivíduos que haviam concluído o ensino médio (40%); apenas um tinha ensino superior completo (3,3%) e um cursou pós-graduação (3,3%).

A renda familiar *per capita* teve por base a soma das rendas individuais dos membros da família e que conviviam no mesmo domicílio do paciente dividida pelo número total destes; e variou entre R\$160,00 e R\$1000,00 reais, com média de R\$471,00 reais por pessoa. Em muitas das famílias o Benefício de Prestação Continuada (BPC) provindo do governo era substancial ou mesmo a única forma de renda.

Tabela 1. Perfil epidemiológico da amostra estudada

Variável	N ± DP	%
Sexo		
Masculino	17	56,6%
Idade média (anos)	9,5 ± 2,7	
Escolaridade do participante		
Fundamental incompleto	18	60,0%
Fundamental completo	-	
Médio incompleto	1	3,3%
Médio completo	-	
Escola especial	9	30,0%
Escola especial + escola regular	2	6,6%
Não frequenta	-	
Escolaridade do acompanhante		
Fundamental incompleto	6	20,0%
Fundamental completo	4	13,3%
Médio incompleto	6	20,0%
Médio completo	12	40,0%
Escola especial	-	
Escola especial + escola regular	-	
Não frequenta	-	
Ensino superior incompleto	-	
Ensino superior completo	1	3,3%
Pós-graduação	1	3,3%
Paralisia Cerebral		
PC diplégica	15	50,0%
PC hemiplégica esquerda	1	3,3%
PC hemiplégica direita	-	
PC triplégica	1	3,3%
PC tetraplégica	10	33,3%
PC monoplégica membro inferior direito	2	6,6%
PC monoplégica membro inferior esquerdo	1	3,3%
GMFCS I	6	20,0%
II	7	23,3%
III	7	23,3%
IV	6	20,0%
V	4	13,3%
Renda familiar por pessoa (Reais)		
Média	471 ± 243	
Terapias (Fisio/Fono/TO)	30	100,0%
Tempo de Avaliação (minutos)		
Média	18 ± 4	

O tempo de avaliação consistiu no preenchimento dos itens do formulário (Anexo A) e foi medido por meio de cronômetro em tempo corrido e progressivo até o final da avaliação de cada indivíduo. O tempo médio para a conclusão foi de 18 ± 4 minutos, tendo 15 minutos como mínimo e 30 minutos como máximo. A moda foi de 15 minutos, com 53,3% (n16) de todas as avaliações.

Figura 4 - Distribuição das avaliações conforme o tempo decorrido para sua conclusão.

Tabela 2 - Frequência dos qualificadores atribuídos às categorias de função e estrutura do corpo do *Core set* resumido da CIFCJ-PC para crianças e jovens entre 6 a 14 anos.

Categorias		Qualificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
		Nenhuma deficiência	Alguns graus de deficiência				Não especificada	Não aplicável
			Deficiência leve	Deficiência moderada	Deficiência grave	Deficiência completa		
b117	Funções intelectuais	11(36%)	4(13%)	8(26%)	6(20%)	1(3%)		
b1301	Motivação	15(50%)	7(23%)	2(6%)	3(10%)	3(10%)		
b134	Funções do sono	17(56%)	7(23%)	5(16%)	-	1(3%)		
b140	Funções da Atenção	17(56%)	4(13%)	4(13%)	4(13%)	1(3%)		
b167	Funções mentais da linguagem	16(53%)	2(6%)	3(10%)	6(20%)	3(10%)		
b210	Funções da visão	13(43%)	11(36%)	4(13%)	2(6%)	-		
b280	Sensação de dor	16(53%)	10(33%)	3(10%)	1(3%)	-		
b710	Funções da mobilidade das articulações	3(10%)	14(47%)	8(27%)	3(10%)	2(6%)		
b735	Funções do tônus muscular	-	14(47%)	9(30%)	6(20%)	1(3%)		
b760	Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários	6(20%)	7(23%)	7(23%)	6(20%)	4(13%)		
s110	Estrutura do cérebro	2(6%)	8(27%)	8(27%)	1(3%)		11(36%)	

A frequência das alterações de *Funções Intelectuais (b117)*, sejam essas de grau leve a completo, foi de 64% do total de indivíduos, tendo a dificuldade moderada (qualificador 2) como a alteração mais observada (26% do total). Onze indivíduos (36%) relataram não ter nenhuma dificuldade (qualificador zero) neste indicador.

Os itens *Resolução de Problemas (d175)* e *Lidando com a Rotina Diária (d230)* demonstraram altas taxas de comprometimento funcional. Os indivíduos pontuaram em média em ambos as categorias como: dificuldade grave (32%) e dificuldade completa (38%).

Ainda considerando as funções cognitivas e intelectuais observamos que mais da metade dos participantes (56%) não tiveram queixas quanto às *Funções da Atenção (b140)* ou pontuaram dentro do esperado ou mais para a idade no Teste de Atenção por Cancelamento (Anexo A – Figura 6). Dezesete indivíduos (56%) relataram não terem problemas (qualificador zero) quanto às *Funções do sono (b134)*.

Quando questionados quanto a serem motivados de uma maneira geral para planejar e exercer atividades de forma voluntária, metade (15 indivíduos) disse não apresentar dificuldade (qualificador zero) quanto a *Motivações (b1301)*.

A comunicação foi avaliada direta ou indiretamente pelas categorias: *Funções Mentais da Linguagem (b167)*, *Conversação (d350)* e *Produtos e tecnologia para comunicação (e125)*. Ambos as categorias relacionadas respectivamente às “Funções do corpo” (b167) e “Atividades e Participação” (d350) tiveram resultados semelhantes quanto à ausência de disfunções (qualificador zero): 16 (53%) indivíduos sem dificuldade em *Funções Mentais da Linguagem (b167)* e 17 (56%) indivíduos no item *Conversação (d350)*. A frequência nos qualificadores deficiência grave (3) e deficiência completa (4) analisados de forma conjunta apresentaram valores bastante próximos: 30% dos indivíduos pontuando 3 ou 4 no item b167 e 33% no d350. Vinte e quatro (80%) de todos os indivíduos relataram não usar produtos ou tecnologias para a comunicação, seja este equipamento adaptado ou não (qualificador 9 – não aplicável).

Para as *Funções da Visão (b210)* a taxa relatada de algum grau de dificuldade (qualificadores 1 a 4) foi de 56,7%; para as quais foram referidas alterações na mobilidade ocular, estrabismo, alterações de refração ou outros achados oculares. Nenhum dos pacientes apresentava amaurose.

Sensação de dor (b280) foi um item relevante na pesquisa, visto que cerca metade dos indivíduos (46,7%) relatou sentir dor em algum grau de intensidade e de forma

recorrente. Os casos descritos como dor esporádica, mas mais frequente que em relação a média geral da população, foi pontuado com algum grau de dificuldade (qualificador 1 a 4). A maioria dos indivíduos referiu sentir dor em algum grau, leve ou esporádica, sendo qualificados como deficiência leve (EVA 2 a 4): 33% do total; e nenhum foi qualificado com deficiência completa para este item.

A escala de Ashworth foi utilizada para avaliar as *Funções do Tônus Muscular (b735)*. Para este componente todos os indivíduos participantes tinham algum grau de espasticidade (100%); de forma leve (47%), moderada (30%), grave (20%) ou completa (3%). Mesmo com alterações do tônus muscular, três indivíduos (10%) não tiveram nenhuma deficiência quanto às *Funções da mobilidade das articulações (b710)*.

A locomoção foi avaliada englobando os itens: *Manter a posição do corpo (d415)*, *Funções Relacionadas ao Controle dos Movimentos Voluntários (b760)*, *Deslocar-se por Diferentes Locais (d460)* e *Andar (d450)*. A relação de tais categorias demonstra a complexidade de movimentos necessários da motricidade grossa até o andar. Para *Manter a posição do corpo (d415)* treze indivíduos (43%) relataram não ter dificuldade (qualificador zero). Para às *Funções Relacionadas ao Controle dos Movimentos Voluntários (b760)* seis (20% dos indivíduos) disseram não possuir nenhuma dificuldade; para o item *Deslocar-se por Diferentes Locais (d460)* quatro (13%) alegaram não ter nenhuma dificuldade e para a função *Andar (d450)* apenas 2 (6%) disseram não haver problemas neste item.

Para a categoria *Andar (d450)* um indivíduo foi qualificado como 8 (não especificado), pois tal participante estava se recuperando de uma cirurgia ortopédica na perna direita ocorrida poucos dias antes da avaliação, o que impossibilitou a sua avaliação de marcha.

A estrutura do corpo avaliada foi avaliada no item *Estrutura do Cérebro (s110)* avaliado por descrição de laudo ou análise de exame de imagem do encéfalo (Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada ou Ultrassonografia Transfontanelar). Dos 30 participantes, onze (36%) não tinham realizado tais exames ou não possuíam suas imagens ou laudos no momento da avaliação, sendo qualificados como não especificado (qualificador 8). Dos exames avaliados, os qualificadores mais descritos foram 1 (deficiência leve) e 2 (deficiência moderada), com 8 indivíduos em cada um (27% cada). De todos os participantes, apenas dois (6%) tinham exames normais.

Tabela 3 – Frequência dos qualificadores nas categorias de atividades e participação do *Core set* resumido da CIFCJ-PC para crianças e jovens entre 6 a 14 anos.

Categorias		Qualificadores						8 Não especif icada	9 Não aplicável
		0	1	2	3	4			
		Nenhuma dificuldade	Algum grau de dificuldade						
Dificuldade leve	Dificuldade moderada		Dificulda de grave	Dificuldade completa					
d175	Resolução de problemas	3(10%)	3(10%)	4(13%)	9(30%)	11(36%)			
d230	Lidando com a rotina diária	2(6%)	4(13%)	2(6%)	10(33%)	12(40%)			
d350	Conversação	17(56%)	1(3%)	2(6%)	2(6%)	8(27%)			
d415	Manter a posição do corpo	13(43%)	7(23%)	6(20%)	1(3%)	3(10%)			
d440	Uso fino da mão	13(43%)	5(16%)	8(27%)	2(6%)	2(6%)			
d450	Andar	2(6%)	3(10%)	8(27%)	8(27%)	8(27%)	1(3%)		
d460	Deslocar-se por diferentes locais	4(13%)	17(56%)	5(16%)	3(10%)	1(3%)			
d530	Cuidados relacionados com os processos de excreção	8(27%)	4(13%)	2(6%)	2(6%)	14(47%)			
d550	Comer	18(60%)	4(13%)	-	2(6%)	6(20%)			
d710	Interações interpessoais básicas	13(43%)	11(37%)	2(6%)	4(13%)				
d760	Relações familiares	22(73%)	6(20%)	-	2(6%)	-			
d820	Educação Escolar	10(33%)	4(13%)	5(16%)	7(23%)	4(13%)			
d920	Recreação e lazer	12(40%)	11(37%)	3(10%)	4(13%)	-			

O *Uso Fino da Mão (d440)* foi avaliado pela escala MACS (Anexo A – Figura 13). Neste item 57% dos indivíduos relataram ter algum grau de dificuldade (qualificadores 1 a 4) e dois (6%) classificaram como dificuldade completa (qualificador 4).

A qualificação de não aplicável (qualificador 9) para o item *Produtos e Tecnologia para Mobilidade e o Transporte Pessoal em Ambientes Internos e Externos (e120)* foi utilizada quando tais indivíduos não faziam uso de cadeira de rodas ou transportes adaptados. Para o item *Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária (e115)*, três em cada 4 indivíduos (73,3%) disseram serem facilitados pela presença de produtos ou tecnologias para o uso pessoal na vida diária e 43% (13 indivíduos) consideraram ser um facilitador completo (qualificador 4+); quarenta por cento (12 indivíduos) atribuiu o mesmo qualificador (4+) para a categoria e120.

A escala WeeFim foi utilizada para avaliar as ações *Cuidados Relacionados com os Processos de Excreção (d530)* e *Comer (d550)*. A escala mostrou resultados discrepantes ao avaliar estes itens relacionados à independência e cuidados para as atividades da vida diária, descrevendo o item d530 como uma categoria bastante relacionada a dificuldades funcionais. Para os cuidados referentes à excreção, oito indivíduos eram independentes e classificados como nenhuma dificuldade (qualificador zero); em contrapartida para o item

Comer (d550) este qualificador foi selecionado por 18 (60%) dos participantes. Ao observarmos o qualificador 4 (dificuldade completa) também vemos esta diferença: temos 14 indivíduos (47% do total) para o item d530 e 6 indivíduos (20%) para o d550.

As *Relações Familiares (d760)* foram as que tiveram melhor classificação de funcionalidade, com 22 (73%) dos indivíduos classificados pelo qualificador zero (nenhuma dificuldade). As *Interações Interpessoais básicas (d710)*, também foram favoráveis à funcionalidade, com 43% dos participantes tidos sem dificuldades neste item. Em nenhum destas duas categorias tivemos pontuação no qualificador 4 (dificuldade completa); apenas um indivíduo (3,3%) foi classificado como dificuldade grave (qualificador 3) no item d760.

Tendo os fatores ambientais relacionados aos vínculos familiares e de amizade, os resultados coincidem como os achados do parágrafo acima. A *Família imediata (e310)* foi considerada um facilitador em 90% dos casos. O indivíduo morador do abrigo para menores foi o único a ter por barreira neste componente (barreira grave - qualificador 3). *Amigos (e320)* foi considerado facilitador para vinte e dois (73,3%) dos participantes; 3 (10%) consideraram (neutro – qualificador zero) este item e apenas 1 (3,3%) considerou ser uma barreira (barreira leve – qualificador 1). Os resultados obtidos no item *Atitudes Sociais (e460)*, o qual representa as atitudes discriminatórias e preconceituosas demonstrou ser uma barreira para 13 (43,3%) dos indivíduos, sendo barreira completa (qualificador 4) para 3 (10%).

A *Educação Escolar (d820)* teve pontuação distribuída em todos os qualificadores, embora com frequência predominante no qualificador zero (nenhuma dificuldade) com 33% dos indivíduos. Para os classificadores dificuldade grave e dificuldade completa, as taxas de indivíduos foram respectivamente 23% e 13%. Vale ressaltar que todos os participantes do estudo frequentavam alguma instituição de ensino: escola regular (63,3%), escola especial (30%) ou ambas (6,6%) durante a semana.

Tabela 4 – Frequência dos qualificadores das categorias de fatores ambientais do *Core set* resumido da CIFICJ-PC para crianças e jovens entre 6 a 14 anos.

Categorias	Facilitador				0	Barreira				8	9
	+4	+3	+2	+1	n	1	2	3	4	n	n
e115- Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	13 (43%)	4 (13%)	2 (6%)	3 (10%)	3 (10%)	1 (3%)					4 (13%)
e120- Produtos e tecnologia para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos	12 (40%)	3 (10%)	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)						12 (40%)
e125- Produtos e tecnologia para comunicação			1 (3%)	3 (10%)		1 (3%)		1 (3%)			24 (80%)
e130 Produtos e tecnologias para educação	3 (10%)	3 (10%)	6 (20%)	5 (16%)	2 (6%)						11 (36%)
e140 Produtos e tecnologias para cultura, recreação e esporte	2 (6%)	3 (10%)	9 (30%)	7 (23%)	4 (13%)						5 (16%)
e150- Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	2 (6%)	5 (16%)	3 (10%)	2 (6%)	9 (30%)	1 (3%)	4 (13%)	1 (3%)	3 (10%)		
e310- Família imediata	19 (63%)	7 (23%)	1 (3%)		2 (6%)			1 (3%)			
e320- Amigos	15 (50%)	4 (13%)	5 (16%)	2 (6%)	3 (10%)	1 (3%)					
e460- Atitudes sociais	1 (3%)	2 (6%)	2 (6%)	3 (10%)	9 (30%)	3 (10%)	4 (13%)	3 (10%)	3 (10%)		
e580- Serviços, sistemas e políticas de saúde	10 (33%)	3 (10%)	5 (16%)	2 (6%)	6 (20%)	1 (3%)		3 (10%)			
e585 Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas	8 (27%)	2 (6%)	5 (16%)	5 (16%)	5 (16%)	3 (10%)	2 (6%)				

Ainda considerando itens relacionados à educação foram avaliados: *Produtos e Tecnologias para Educação (e130)*; *Produtos e tecnologias para Cultura, Recreação e Esporte (e140)*; *Serviços de Treinamento e Educação, Sistemas e Políticas (e585)*. Os itens e130 e e140 não foram, para nenhum dos participantes, considerados como barreira; embora 11 participantes (36%) não tivessem usado ou sido beneficiados por tais produtos e tecnologias para educação e 5 (16,6%) para cultura recreação e esporte, sendo qualificados como 9 (não aplicável) em ambos. Cinco indivíduos avaliados (16,6%) disseram ver como barreira os dados referentes ao item e585: 10% dos indivíduos escolheram o qualificador 1 e 6,6% o qualificador 2.

Nenhum participante relatou dificuldade completa para *Recreação e Lazer (d920)*; onze (37%) disseram ter dificuldade leve e doze (40%) disseram não ter dificuldade funcional neste quesito.

O item *Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público (e150)* teve distribuição nos qualificadores tanto como facilitador como barreira; nove (30%) consideram o item neutro (qualificador zero); dois (6%) disseram ser

um facilitador completo (qualificador 4+) e três (10%) consideraram barreira completa (qualificador 4).

As políticas de saúde e prestação de serviços médicos foram descritas pela categoria *Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde (e580)* que foi qualificada como facilitadora para 20 indivíduos (66,6%) – qualificadores de +1 a +4; seis (20%) como neutro e quatro (13,3%) como barreira (3,3% para o qualificador 1 e 10% para o qualificador 2).

Nas figuras 5 a 7 estão representados os perfis de funcionalidade de 3 grupos de pacientes no que se refere às funções e estruturas do corpo, atividades e participações. A representação gráfica proposta permite perceber, por exemplo, que os indivíduos 5, 9, 15, 16 e 30 têm deficiências mais graves e maiores limitações para as atividades e restrições às participações. Em contraposição, os indivíduos 3, 5, 13, e 14 quase não apresentam qualquer tipo de deficiência ou limitação. Desta forma, este tipo de representação gráfica permite uma avaliação qualitativa rápida e global da funcionalidade destas crianças e adolescentes.

Figura 5 – Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 1 a 10, quanto às funções e estrutura do corpo, atividades e participação.

Categorias	Indivíduos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b117 - Funções intelectuais	■	■	■		■		■	■	■	
b1301 - Motivação	■	■		■	■		■	■	■	
b134 - Funções do sono	■		■	■	■		■	■	■	
b140 - Funções da Atenção	■			■	■		■	■	■	
b167 - Funções mentais da linguagem	■	■			■		■	■	■	
b210 - Funções da visão		■	■	■	■	■	■	■	■	■
b280 - Sensação de dor	■	■		■	■		■	■	■	
b710 - Funções da mobilidade das articulações		■	■	■	■	■	■	■	■	■
b735 - Funções do tônus muscular		■		■	■	■	■	■	■	■
b760 - Func. relac. ao controle dos mov. voluntários		■		■	■	■	■	■	■	■
s110 - Estrutura do cérebro	■	■	■	■	■		■	■	■	■
d175 - Resolução de problemas	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d230 - Lidando com a rotina diária	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d350 - Conversação	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d415 - Manter posição do corpo	■	■		■	■		■	■	■	■
d440 - Uso fino da mão	■	■		■	■		■	■	■	■
d450 - Andar	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d460 - Deslocar-se por diferentes locais	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
d530 - Cuidados relac. com os processos de excreção	■	■		■	■	■	■	■	■	■
d550 - Comer	■	■		■	■	■	■	■	■	■
d710 - Interações interpessoais básicas	■	■		■	■		■	■	■	■
d760 - Relações familiares	■	■		■	■		■	■	■	■
d820 - Educação escolar	■	■	■	■	■		■	■	■	■
d920 - Recreação e lazer	■	■		■	■	■	■	■	■	■
QUALIFICADOR	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234

Qualificadores: 0=nenhuma dificuldade; 1= dificuldade leve; 2=dificuldade moderada; 3=dificuldade grave; 4=dificuldade completa.

Figura 6 – Representação gráfica do perfil de funcionalidade dos indivíduos 11 a 20, quanto às funções e estrutura do corpo, atividades e participação.

Categorias	Indivíduos									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
b117 - Funções intelectuais	■				■	■		■		■
b1301 - Motivação	■				■	■		■		■
b134 - Funções do sono					■	■				
b140 - Funções da Atenção					■	■		■		
b167 - Funções mentais da linguagem					■	■		■		
b210 - Funções da visão	■	■			■	■				■
b280 - Sensação de dor		■			■	■			■	■
b710 - Funções da mobilidade das articulações	■	■	■		■	■	■	■		■
b735 - Funções do tônus muscular	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
b760 - Func. relac. ao controle dos mov. voluntários	■	■	■		■	■	■	■		■
s110 - Estrutura do cérebro	■			■	■	■		■	■	■
d175 - Resolução de problemas	■	■			■	■	■	■		■
d230 - Lidando com a rotina diária	■	■			■	■	■	■	■	■
d350 - Conversação	■				■	■	■	■		■
d415 - Manter posição do corpo	■				■	■	■	■		■
d440 - Uso fino da mão	■				■	■	■	■		■
d450 - Andar	■	■			■	■	■	■	■	■
d460 - Deslocar-se por diferentes locais	■	■			■	■	■	■	■	■
d530 - Cuidados relac. com os processos de excreção	■	■			■	■	■	■	■	■
d550 - Comer	■				■	■	■	■		■
d710 - Interações interpessoais básicas	■	■			■	■	■	■	■	■
d760 - Relações familiares	■				■	■	■	■		■
d820 - Educação escolar	■				■	■	■	■		■
d920 - Recreação e lazer	■		■	■	■	■		■		■
QUALIFICADOR	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234

Qualificadores: 0=nenhuma dificuldade; 1= dificuldade leve; 2=dificuldade moderada; 3=dificuldade grave; 4=dificuldade completa.

Figura 7 – Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 21 a 30, quanto às funções e estrutura do corpo, atividades e participação.

Categorias	Indivíduos									
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
b117 - Funções intelectuais										
b1301 - Motivação										
b134 - Funções do sono										
b140 - Funções da Atenção										
b167 - Funções mentais da linguagem										
b210 - Funções da visão										
b280 - Sensação de dor										
b710 - Funções da mobilidade das articulações										
b735 - Funções do tônus muscular										
b760 - Func. relac. ao controle dos mov. voluntários										
s110 - Estrutura do cérebro										
d175 - Resolução de problemas										
d230 - Lidando com a rotina diária										
d350 - Conversação										
d415 - Manter posição do corpo										
d440 - Uso fino da mão										
d450 - Andar										
d460 - Deslocar-se por diferentes locais										
d530 - Cuidados relac. com os processos de excreção										
d550 - Comer										
d710 - Interações interpessoais básicas										
d760 - Relações familiares										
d820 - Educação escolar										
d920 - Recreação e lazer										
QUALIFICADOR	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234	01234

Qualificadores: 0=nenhuma dificuldade; 1= dificuldade leve; 2=dificuldade moderada; 3=dificuldade grave; 4=dificuldade completa.

Nas figuras 8 a 10, estão representados os impactos das categorias de fatores ambientais sobre a funcionalidade dessas crianças e jovens. A interpretação da funcionalidade e limitações por meio das barras pode ser revisto na Figura 3 (Exemplos de representação esquemática dos qualificadores em forma de barra para Fatores Ambientais), na página 41.

Os indivíduos 3 e 4, por exemplo, apresentam muitos facilitadores em suas vidas. Também é fácil perceber que as famílias imediatas são facilitadores para praticamente todas as crianças.

Figura 9 – Representação gráfica do perfil de funcionalidade para os indivíduos 11 a 20, quanto à influência dos fatores ambientais.

Categorias	Indivíduos									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
e115- Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	■		■			■		■	■	
e120- Prod.e tecn.para mob. e o transp. pessoal em amb.int. e ext.	■				■	■			■	
e125- Produtos e tecnologia para comunicação										
e130 Produtos e tecnologias para educação	■		■	■	■		■	■	■	
e140 Produtos e tecnologias para cultura, recreação e esporte	■		■	■	■		■	■		■
e150- Prod. e tecn.usados em proj. arquit. e const. de edifícios para uso público	■				■	■	■	■	■	■
e310- Família imediata	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
e320- Amigos	■		■	■	■		■	■	■	■
e460- Atitudes sociais		■			■			■	■	■
e580- Serviços, sistemas e políticas de saúde	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
e585 Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas		■	■	■			■	■	■	■

6 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo identificado na literatura mundial sobre a aplicação do *Core set* para 6-14 anos em crianças e jovens com PC. Em 2016, OLIVEIRA, R.P., CALDAS, C. A. e RIBERTO, M. realizaram um estudo sobre a funcionalidade em uma criança de 9 anos com PC, por meios da aplicação de questionários e ferramentas baseados no próprio do *Core set* resumido da CIFCJ-PC e concluíram que os dados obtidos daquela forma serviriam para a aplicação clínica e epidemiológica da CIF.

Para o presente estudo nós nos baseamos no processo de desenvolvimento de ferramentas baseadas na CIF, conforme descrito nos trabalhos de OLIVEIRA, R.P. (2017) e COELHO, J. N. (2015), e obtivemos um instrumento que permitiu a operacionalização do *Core set* da CIFCJ-PC na faixa etária entre seis e 14 anos.

Além disso, propusemos a utilização de uma apresentação gráfica dos resultados, como vistos nas Figuras 5 a 10, o que permite de forma rápida a visualização do perfil funcional e fatores ambientais de cada indivíduo avaliado, assim como sugere de maneira individualizada o planejamento de intervenção assistencial mais adequado.

O manual de aplicação elaborado (Anexo A) serviu de estrutura para a entrevista, o que permitiu uma avaliação rápida e mostrou que o *Core set* da CIFCJ-PC pode ser aplicado de forma rápida e prática na rotina clínica. A CIF mostrou-se eficaz em reduzir o tempo para a avaliação interdisciplinar dos pacientes da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Bauru – SP, o que otimizou o tempo para realização de relatórios e elaboração de plano terapêutico unificado (ANTONIO; SIGOLO, 2016).

A fim de verificar a aplicabilidade do manual proposto neste estudo, sugere-se a sua utilização em trabalhos futuros, em diferentes contextos populacionais, assim como a verificação das suas propriedades psicométricas.

Além de propor um manual prático de aplicação da CIFCJ-PC, este estudo coletou dados referentes à funcionalidade de crianças e jovens de seis a 14 anos, com base no próprio manual proposto. Os dados obtidos permitiram verificar os problemas funcionais mais frequentes naquela amostra, bem como a influência dos fatores ambientais no contexto de cada indivíduo avaliado.

As categorias referentes à estrutura de “Função do Corpo” (b) puderam ser avaliados em todos os participantes, o que infere a qualidade da coleta dos dados e sugere a

aplicabilidade da CIF em trabalhos futuros e na prática clínica. Entretanto, para a categoria relacionada à estrutura do cérebro e que exigiu exames de maior complexidade, houve muitos indivíduos qualificados como não especificado, situação que pode ser ainda mais grave em serviços de saúde sem a estrutura de um hospital terciário. Embora, tais exames sejam complementares, podem não ser úteis para avaliar a funcionalidade do indivíduo ou prever seu plano de reabilitação.

Todos os indivíduos avaliados tinham alguma alteração do tônus muscular (b735), inferindo a alta incidência de espasticidade nas pessoas com PC em geral. Tal achado pode explicar a alta frequência de disfunção da mobilidade articular (b710), encontrada em 90% dos indivíduos no presente estudo. Patel D.R. e Soyode O. indicaram em 2005 que a espasticidade poderia agravar outros transtornos como a destreza e controle do movimento, postura anormal, hiperreflexia, encurtamentos musculares e deformidades articulares. Em outros estudos a incidência da espasticidade também se mostrou alta em indivíduos com PC, como no estudo de Téllez M.M. (2005), mostrando a presença desta em 88% dos indivíduos estudados. As frequências das alterações de tônus (b735) e da função da mobilidade articular (b710) mostraram-se idênticas quando se considerou apenas o qualificador 1 (dificuldade leve), sugerindo uma correlação significativa e direta entre disfunções articulares e alterações do tônus.

As funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários (b760) encontrou deficiência em 80% dos indivíduos participantes, podendo indicar que tal categoria seja também influenciado pela alteração de tônus e da mobilidade articular, conforme indicado anteriormente.

Para andar (d450) 94% da amostra teve algum grau de comprometimento, classificado como moderado (27%), grave (27%) ou completo (27%). As frequências altas de classificadores que demonstram que o indivíduo tem graus de incapacidade (classificadores 1 a 4) pode ser explicado pela alta sensibilidade do teste aplicado, o *Physician Rating Scale* (PRS) para membros inferiores (Anexo A - Figura 14). Um viés possível é considerado por outros autores é de que a PRS é uma ferramenta quantitativa simples e aplicável, porém sua validade entre observadores é pobre, o que levar a diferentes pontuações quando avaliadores diferentes conduzem o teste (MAATHUIS, K.G.B. et al, 2005). Outro viés é a possível seleção de indivíduos mais graves em um serviço terciário de assistência à saúde.

Embora a categoria *Andar* (d450) tenha demonstrado altos índices de incapacidade, a atividade *Deslocar-se por Diferentes Locais* (d460) mostrou que 13% dos participantes negavam qualquer dificuldade (qualificador zero); e em sua maioria o grau de dificuldade foi mínima (qualificador 1), totalizando 56% dos indivíduos. Essa discrepância entre altos índices de alteração da marcha com ausência ou baixa descrição de dificuldade para locomover-se por diferentes locais pode ser explicado pelo uso de cadeira de rodas e andadores. A cadeira de rodas, simples ou adaptada, possibilita que mesmo com alterações da marcha, leves ou graves, o indivíduo possa desfrutar de uma locomoção adequada em diversos locais que desejar.

A possível correlação pode ser ainda corroborada com os achados do item *Produtos e tecnologia para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos* (e120); item esse que considerou dentre as suas perguntas o uso de cadeira de rodas e o quão benéfica ou dificultosa esta era para a funcionalidade do indivíduo. Os achados mostraram que de todos os indivíduos, nenhum descreveu a cadeira de rodas como barreira; quarenta por cento consideram-na como um facilitador completo (qualificador 4+) e doze dos 30 participantes (40%) disseram não ter ou precisar de cadeira de rodas para seu deslocamento pelos ambientes, sendo classificados como 9 (não aplicável). Esses dados sugerem que o serviço de saúde ou a gestão em saúde na região estejam sendo executadas de forma adequada no que compete ao fornecimento de cadeira de rodas para pacientes com PC que participaram do estudo.

O ato de comer (d550) envolve não só a capacidade de manter a posição do corpo (d415) quanto o uso fino da mão (d440). Para as três categorias acima, a maioria dos indivíduos negou qualquer dificuldade funcional (classificador zero): 60% para d550; 43% para d415 e 43% para d440. Para o uso fino da mão se utilizou da MACS (Anexo A – Figura 13), o item comer foi avaliada pela WeeFIM e para manter a posição do corpo foi realizado por meio de perguntas e observação direta do participante durante a avaliação.

Quando as funções da atenção (b140) foram avaliadas, encontramos ausência de deficiência em cinquenta e seis por cento dos indivíduos estudados. Uma ressalva quanto às funções da atenção foi a impossibilidade de indivíduos com problemas significativos da motricidade realizarem o teste de atenção por cancelamento, o qual exigia manuseio de lápis ou caneta. Estes indivíduos foram expostos a perguntas diretas sobre a atenção, respondidas pelo acompanhante, que pode ter sobrevalorizado a atenção do participante ou ter deixado

de perceber possíveis alterações. Outro viés possível da aplicação do Teste da Atenção por Cancelamento (Anexo A – Figura 6) utilizada para avaliação foi que apenas a primeira parte do teste, referente à atenção seletiva, foi aplicada. A escolha da aplicação apenas da primeira parte foi no intuito de evitar o comprometimento do tempo total da avaliação do *Core set* da CIFCJ-PC a fim de tornar a aplicação desta mais prática, muito embora possa ter contribuído para a diminuição da sensibilidade para detecção de alterações de atenção durante sua aplicação, principalmente outras formas de avaliação, como a atenção concentrada, atenção dividida e atenção alternada. Rueda e Monteiro (2013) identificaram que o desempenho da atenção dividida é inferior aos outros tipos de atenção quando indivíduos foram submetidos a uma bateria psicológica para avaliação da atenção. Outro ponto que os autores citados anteriormente relatam é que os tipos de atenção podem variar conforme faixas etárias, como por exemplo, crianças entre 6 a 10 anos e jovens entre 11 a 17 anos, podendo-nos sugerir que em trabalhos futuros com a CIF a avaliação da atenção leve em consideração à idade da criança ou jovem para a aplicação dos testes para os subtipos da atenção.

As taxas de deficiência nos componentes *Funções da Atenção* (b140) e *Funções Mentais da Linguagem* (b167) foram, 56% e 53% respectivamente. Os achados são compatíveis com os dados sobre deficiência intelectual observado em indivíduos com PC no trabalho de Gulati e Sondhi (2018), os quais acharam uma ocorrência em metade dos indivíduos estudados (50%).

Encontrou-se algum grau de dificuldade (qualificadores 1 a 4) para a maioria dos participantes (90%) quando considerados os itens referentes à resolução de problemas (d175) e ao manejo da rotina diária (d230). Os achados, são ainda mais significantes se consideramos apenas o classificador 4 (dificuldade completa), demonstrando incapacidade completa em mais de um terço dos indivíduos: trinta e seis por cento dos casos para a categoria d175 e 40% para d230.

Apesar de 36% dos indivíduos não terem deficiência nas *Funções intelectuais* (b117) e 56% não terem problemas com *Funções da atenção* (b140), as dificuldades envolvendo a resolução de problemas (d175) e lidando com a rotina diária (d230) podem ser explicadas pela ajuda necessária para a execução dessas atividades devido à idade do indivíduo, sua deficiência ou pela superproteção por parte dos cuidadores; ou mesmo pela alta sensibilidade do teste utilizado. Para ambas as atividades (d175 e d230), foi utilizada a

Medida de Independência Funcional – MIF (Anexo A – Figuras 11a e 11b), desenhada para verificar a independência funcional em adultos. Optou-se a MIF à WeeFIM (Anexo A – Figuras 15a e 15b); pois mesmo tendo sido criada após adaptação da MIF para crianças, ela foi somente validada para crianças entre 6 meses e 7 anos, divergindo do alvo etário deste estudo, o qual compreendeu crianças e jovens entre 6 e 14 anos. Desta maneira, a escolha pela MIF pode ter comprometido os resultados, podendo ter aumentado a sensibilidade para detecção de limitações na amostra estudada.

Deficiências visuais (b210) foram relatadas em 56% dos indivíduos, sendo mais frequente que em outros trabalhos, os quais citam alterações visuais em cerca de trinta por cento dos pacientes com PC (GULATI, S.; SONDHIL, 2018). A maioria das alterações encontradas no presente estudo foram estrabismo leve e alterações de refração, e foram descritas como leves (36% - qualificador 1).

O item *Sensação de Dor* (b280) esteve presente como dificuldade (qualificadores 1 a 4) em quase metade dos indivíduos (46%). Gulati e Sondhi (2018) afirmam que a incidência de dor em pessoas com PC varia entre 50 a 75%, sendo que em 25% aproximadamente dos casos a dor é suficiente para limitar as atividades da pessoa. Em contraposição aos achados de outros trabalhos; o nível de dor, representado por este item (b280), os achados não mostraram correlação aos níveis do GMFCS (VERDIANI et al, 2017). Mesmo com maiores comprometimentos das funções relacionadas ao *Controle dos Movimentos Voluntários* (b750) como achados no grau V do GMFCS (qualificador 4 da CIF) os relatos de dor foram leves (qualificador 1 – dificuldade leve) ou ausentes (qualificador zero – sem dificuldade); muito embora o indivíduo que teve pior índice de dor pontuou como dificuldade grave (qualificador 3) e apresentava-se classificado como IV no GMFCS, mostrando talvez alguma relação direta entre as categorias.

O item que mais frequentemente foi classificado como nenhuma dificuldade (classificador zero), considerando apenas a categoria de “Atividades e Participação” foi o das *Relações Familiares* (d760), totalizando 22 dos trinta indivíduos (73%). Tal achado pode vir do fato de que quem respondeu o questionário foi em sua maioria um familiar próximo do participante, o qual pode estar não percebendo certas dificuldades no vínculo destes ou mesmo negando para o examinador possíveis problemas na relação familiar. Em contrapartida, há o pensamento de que a família, conhecidamente como um alicerce do cuidado do paciente com deficiências, pode realmente estar contribuindo para a

funcionalidade dos indivíduos participantes do estudo. Para o mesmo item, o classificador 4 (dificuldade completa) não foi escolhido por nenhum dos indivíduos; já o classificador 3 (dificuldade grave) foi escolhido por um dos acompanhantes, o qual era cuidador temporário do paciente. O paciente era morador de abrigo para menores e tinha um péssimo vínculo familiar, segundo relatado.

As categorias *Interações Interpessoais Básicas* (d710) e *Recreação e lazer* (d920) tiveram muita aproximação de seus dados. Quando analisadas em conjunto, não foram foco de dificuldades, e foram qualificadas como zero (nenhuma dificuldade), em aproximadamente 42% dos casos. Quando havia relatos de dificuldades, estas eram em sua maioria leves (37% em ambas as categorias e qualificadas como 1); e nenhuma teve dificuldade completa (classificador 4). As respostas obtidas em ambas não levaram em conta se foram respondidas pelo indivíduo ou pelo seu acompanhante, o que pode configurar um viés, visto que outros autores identificaram discrepância nas respostas quando a qualidade de vida foi avaliada, conforme as respostas fossem coletadas pelo próprio indivíduo com PC, seus pais ou terapeutas; as crianças com doenças crônicas costumam pontuar mais alto em qualidade de vida do que quando outras pessoas respondem a estes questionários por elas (VARGUS-ADMS, J.N., et al. 2011). Talvez a baixa taxa de dificuldades graves relatadas deva-se ao empobrecimento das relações e das atividades de lazer nesta população, que passam a ser muito simples para oferecer alguma possibilidade de participação para a criança. Se fossem expostas a relacionamentos habituais com outras pessoas não habituadas ou atividades de lazer compatíveis com o nível motor e cognitivo esperado para a faixa etária, as dificuldades seriam mais evidentes.

Para uma conversação (d350) adequada o indivíduo deve compreender e ser bem compreendido, tanto quando entre familiares, conhecidos ou entre pessoas estranhas, o que envolve tanto habilidades cognitivas quanto motoras (HIDECKER, et al. 2011). Assim, a maioria dos participantes tinham suficiente capacidade para a comunicação. Dezesete indivíduos (56%) afirmavam não ter qualquer dificuldade de conversação. Em contrapartida, quando presente, os graus de comprometimento foram consideráveis: oito (27%) tinham dificuldade completa, não sendo capaz na maioria das vezes de comunicar-se nem mesmo com familiares conhecidos.

É de contrassenso que os achados referentes à dificuldade completa (classificador 4) encontrados para item conversação (d350), não terem relação direta com o uso de produtos

e tecnologias para a comunicação (e125), como pranchas de comunicação, teclados adaptados para digitação, aparelhos eletrônicos como computador e celulares usados para o fim de comunicação. Dos trinta participantes, 24 (80%) declararam não se utilizarem desses produtos ou tecnologias. Em parte, acredita-se que o incentivo de meios alternativos para comunicação não seja uma constante no país.

Os fatores ambientais são muitas vezes difíceis de serem avaliados quando se quer representar com exatidão a situação da pessoa por meio de questionários abertos. As perguntas quando pouco direcionadas e não padronizadas abrem possibilidade para respostas ambíguas, parciais e tendenciosas, por exemplo, ao se questionar sobre tecnologia para auxílio na mobilidade e locomoção, podem estar uma cadeira de rodas que auxilia enormemente a realização da atividade de deslocamento, ou um palmilha, que muitas vezes não diferencia em nada o padrão de marcha. No presente estudo, procuramos padronizar a entrevista em um manual estruturado (Anexo A). Durante a avaliação, muitas pessoas não entenderam algumas das perguntas como estavam sendo feitas, o que obrigou o pesquisador a ajustá-las à situação da pessoa para um melhor entendimento. Tal flexibilização, pode ter ajudado para que a pessoa entendesse o que se era questionando, porém pode ter influído na sua resposta. Sugere-se para que novos estudos sobre a aplicação da CIF utilizem perguntas ainda mais estruturadas e padronizadas a fim de evitar parcialidades ou ambiguidades nas respostas e comprometimento da objetividade e do significado da avaliação.

Segundo Hutton e Pharoah (2006), crianças com PC grave ao nascimento tem 50% de chance de sobreviver até os 13 anos e apenas 25% aos 30 anos. A escolha da faixa etária entre seis e 14 anos pode ter limitado a representação da funcionalidade e saúde da população estudada, pois possivelmente os casos mais graves podem nem ter sobrevivido a faixa etária em questão.

Um viés possível deste trabalho foi o de incluir indivíduos atendidos em um único serviço terciário, público e gratuito de saúde (HCFMRP-USP), o que pode ter selecionado indivíduos com mais baixas renda e escolaridade, todavia, com melhores cuidados no contexto do atendimento à saúde, exemplificado pela disponibilidade de exames complementares, discussão do caso por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar especializada, além da estimulação terapêutica e orientação dos pais e cuidadores. Todos os indivíduos participavam de uma ou mais terapias (fonoaudiologia, terapia ocupacional e

fisioterapia) durante a semana, podendo assim não representar a população com PC no país. É possível que a aplicação deste manual em crianças e jovens de outros centros, apresentassem diferentes dificuldades ou facilidades em sua funcionalidade e saúde.

Uma questão a ser ressaltada é que o item *Serviços, Sistemas e Políticas de Saúde* (e580) teve os classificadores considerados como facilitadores (+4 até +1) os mais escolhidos, sendo que um terço de todos os participantes (33%) considerou que usufrui do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma completa e significativa, elegendo a nota máxima (facilitador completo: +4) por entender que o SUS é peça fundamental na contribuição para a funcionalidade e saúde do indivíduo avaliado; porém a ressalva é, novamente, que os participantes formam parte de uma minoria dos pacientes com PC, porque são atendidos em um serviço de excelência e podem ter sobrevalorizado a classificação, mas podem não representar a população em geral. Uma entrevista com crianças e adolescentes com PC recrutados a partir de serviços de educação, estágios, lazer ou outros poderia indicar a categoria e585 como uma barreira se não houvesse acesso às necessidades diagnósticas e terapêuticas.

7 CONCLUSÃO

Muito embora a utilização da CIF tenha sido amplamente incentivada, inclusive pelo Ministério de Saúde brasileiro, a complexidade de seus domínios e códigos contribui para impedir da sua aplicabilidade.

Com a avaliação estruturada e padronizada por meio do roteiro proposto neste trabalho, a CIFICJ-PC mostrou-se aplicável no contexto da prática clínica. O manual confeccionado, composto por perguntas estruturadas e instrumentos de avaliação simples, pode ser seguido pelo entrevistador sem prejuízo na coleta dos dados e em um tempo razoável para sua conclusão. Sugerem-se novos estudos com o presente manual para verificar a confiabilidade inter e intra-avaliadores.

A distribuição dos dados coletados em gráficos favoreceu a interpretação visual e objetiva destes, além de ter permitido a comparação entre a funcionalidade dos indivíduos, assim como entre cada componente estudado em um mesmo indivíduo.

Os problemas de funcionalidade mais frequentemente encontrados neste estudo foram os relacionados à capacidade de resolver problemas e de lidar com as rotinas do dia a dia.

Já para os fatores ambientais os projetos arquitetônicos foram considerados os problemas mais comuns, principalmente envolvendo a dificuldade na acessibilidade; assim como as atitudes sociais das outras pessoas, muitas vezes discriminatórias.

Considerando a facilidade do manejo das ferramentas de avaliação aplicadas e o tempo médio encontrado em cada avaliação, a CIFICJ-PC mostrou que sua utilização pode ser alcançada e difundida na prática clínica, contudo sugerem-se outros trabalhos aplicados em populações de diferentes realidades e com novas ferramentas de avaliação que permitam uma obtenção de dados os mais objetivos e práticos possíveis.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS¹

- ANTONIO, D.H.; SIGOLO, J.R. A Classificação Internacional de Funcionalidade como instrumento de interpretação das condições de saúde da pessoa com deficiência na APAE de Bauru. **Pedagogia em Ação**, v. 8, n. 2, 2016.
- ARAÚJO, E. S.; JÚNIOR, C.O. A aplicação da CIF por agentes comunitários de saúde. **Revista Científica CIF Brasil**; 1(1):18-26, 2014
- ARAUJO, E.S.; MAGGI, L.E.; REICHERT; T.T. CIF nos sistemas municipais de saúde. **Revista CIF Brasil**. 3(3):49-61; 2015.
- BATISTA, H.B.B; NUNES, M. L. Validação para Língua Portuguesa de Duas Escalas para Avaliação de Hábitos e Qualidade de Sono em Crianças. **Journal of Epilepsy Clinical and Neurophysiology**; 12(3):143-148, 2006.
- BELMONTE, L.M; CHIARADIA, L.C.N; BELMONTE; L.A. CIF nos cursos de graduação de fisioterapia da grande Florianópolis. **Revista CIF Brasil**; 2(2):11-24; 2015.
- BIZ, M.C.P. A CIF e sua importância nas políticas públicas. **Revista CIF Brasil**; 3(3):40-48, 2015.
- BIZ, M. C. P; LIMA; D. P.; MACHADO, W. F. Perspectivas da utilização da CIF na prática interdisciplinar. **Revista Científica CIF Brasil**; 7(7):2-11, 2017.
- BOHANNON, R.W.; SMITH, M.B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. **Physical Therapy**, Feb;67(2):206-7, 1987.
- BORG, E. Perinatal asphyxia, hypoxia, ischemia and hearing loss: an overview. **Scandinavian Audiology**, United Kingdom, v. 26, n. 2, p. 77-91, 1997.
- Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. Resolução N° 452 de 10 de maio de 2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html. Acessado em 06/09/2018.
- CIEZA, A. et al. Development of ICF *Core sets* for patients with chronic conditions. **Journal of Rehabilitation Medicine**, Uppsala, supl. 44, p. 9-11, 2004.
- COELHO, J.N. **A funcionalidade dos indivíduos com lesão medular de etiologia não-traumática – uma proposta para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2015. 147 fl. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.
- ELIASSON, A.C et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. **Developmental Medicine and Child Neurology**. 48:549-554, 2006.
- FERNANDES, B.M; CEPEDA, R.M. ICF Dissemination by a Federal Autarchy. **Revista Científica CIF Brasil**; 8(8):1-3, 2017.

FIGUEIREDO, R.R.; AZEVEDO, A.A.; OLIVEIRA, P..M. Análise da correlação entre a escala visual-análoga e o Tinnitus Handicap Inventory na avaliação de pacientes com zumbido. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**. vol.75 no.1 São Paulo Jan./Feb, 2009.

FUNAYAMA, C.A.R. **Exame neurológico na criança**. 1ed. Ribeirão Preto-SP: FUNPEC, 2004.

GULATI, S.; SONDHAI, V. Cerebral Palsy: An Overview. *Indian Journal of Pediatrics*. Nov; 85(11):1006-1016. 2018

GUNEL, M.K., MUTLU, A., TARSUSLU, T. Relationship among the Manual Ability Classification System (MACS), the Gross Motor Function Classification System (GMFCS), and the functional status (WeeFIM) in children with spastic cerebral palsy. **European Journal of Pediatrics**, 168(4), 477-485, 2009

GUZZETTA, A.; MERCURI, E.; CIONI, G. Visual disorders in children with brain lesions: Visual impairment associated with cerebral palsy. **European Journal of Paediatric Neurology**, London v.5, n.3, p. 115-19, 2001.

KEOGH, J.M.; BADAWI, N. The origins of cerebral palsy. **Current Opinion in Neurology**, v.19, n. 2, p. 129-134, 2006.

HIDECKER, M.J.C et al. Developing and validating the Communication Function Classification System (CFCS) for individuals with cerebral palsy, **Developmental Medicine and Child Neurology**. 53(8), 704-710, 2011.

HUNDOZI-HYSENAJ H., BOSHNAKU-DALLKU I. Epilepsy in children with cerebral palsy. **Journal of Pediatric Neurology**, London, v.6, n.1, p. 43-46, 2008.

HUTTON, J.; PHAROAH, P.,O. Life expectancy in severe cerebral palsy. *Archives of Disease in Childhood*. 91:254–258. 2006

ICF RESEARCH BRANCH [a cooperation partner within the WHO Collaborating Centre for the Family of International Classifications in Germany. **ICF Core sets**. Disponível em: <<https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets>>. Acesso em: 13 de mar. 2019.

MAATHUIS, K.G.B. et al. Gait in Children With Cerebral Palsy: observer reliability of physician rating scale and Edinburgh visual gait analysis interval testing scale. **Journal of Pediatric Orthopaedic**; 25:268–272, 2005.

MONTIEL, J.M.; CAPOVILLA, A.G.S. Teste de Atenção por Cancelamento. Em A.G.S. Capovilla & F.C. Capovilla (Orgs.) **Teoria e pesquisa em avaliação neuropsicológica** (pp.119-124). São Paulo: Memnon, 2007.

NEWMAN, C.; O'REGAN, M.; HENSEY, O. Sleep disorders in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, London, v. 48, n. 7, p. 564–568, 2006.

ODDING, E.; ROEBROECK, M.E.; STAM, H.J. The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. **Disability Rehabilitation**, v.28, n. 4, p. 183-191, 2006.

OLIVEIRA, R.P., CALDAS, C. A.; RIBERTO, M. Aplicação do Core set resumido da CIF-CJ para paralisia cerebral em uma criança em idade escolar. **Acta Fisiátrica**, 23(1), 46-50, 2016.

OLIVEIRA, R.P. **Operacionalização e resultados da aplicação do core set resumido de 0 a 18 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral**. 2017. 73 fl. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, Org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Trad. Amélia Leitão. Lisboa. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). CIF - CJ: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens**. São Paulo: EDUSP, 2011

PALISANO, et.al. CanChild Centre for Childhood Disability Research. GMFCS. McMaster University. **Development Medicine and Child Neurology**; 39:214-223. 2007.

PERNAMBUCO, A.P.; LANA, R.C; POLESE, J.C. Opinião de profissionais acerca da viabilidade do uso da CIF. **Revista CIF Brasil**. 2(2):25-33; 2015.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**; 11(2):72-76, 2004.

RIBERTO, M. **Orientação funcional para a utilização da MIF**. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas; 2005.

RIBERTO, M. *Core sets* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 64, n. 5, p. 938-946, 2011.

ROSENBAUM, P. et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy. April 2006. **Developmental Medicine and Child Neurology**. V 49: 8-14, 2007

RUEDA, F. e MONTEIRO, R. M. **Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA)**. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 18, n. 1, p. 99-108, jan./abril 2013

SANTOS, P.D. et al. Instrumentos que avaliam a independência funcional em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 318-328, Sept. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000300318&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 19 de setembro de 2018 em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/15260723032016>.

SCHIARITI V.; SELB, M.; CIEZA A.; O'DONELL M. International Classification of Functioning, Disability and Health *Core sets* for children and youth with CP: contributions to clinical practice **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v.57, n. 2, p. 20-34, 2015.

SCHIARITI, V. et al. **BRIEF ICF CORE SET FOR CY WITH CP AGED ≥6 TO < 14 YS**. Disponível em <<https://www.icf-research-branch.org/download/send/8-neurologicalconditions/213-brief-icf-core-set-for-children-and-youth-with-cp-6-14-years-of-age>>. Acesso em: 05 agosto 2018.

SCHIARITI, V. et al. Toolbox of multiple-item measures aligning with the ICF *Core sets* for children and youth with cerebral palsy. **European Journal of Paediatric Neurology**, 21 (2), pp. 252-263. 2017

SIGURDARDOTTIR, S; VIK, T. Speech, expressive language, and verbal cognition of preschool children with cerebral palsy in Iceland. **Developmental Medicine and Child Neurology**, London, v.53, n.1, p.74-80, 2011.

SILVA, D.B.R.; FUNAYAMA, C.A.R.; PFEIFER, L.I. Manual Ability Classification System (MACS): reliability between therapists and parents in Brazil. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 19, n. 1, p. 26-33, Feb. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552015000100026&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Aug. 2018. Epub Feb 03, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0065>.

SINGHI, P.; JAGIRDAR, S., KHANDELWAL, N.; MALHI, P. Epilepsy in children with cerebral palsy. **Journal of Child Neurology**, v.18, n.3, p.174-179, 2003.

SPOSITO, M.M.M.; RIBERTO, M. Avaliação da funcionalidade da criança com paralisia cerebral espástica. **Acta fisiátrica**; 17(2): 50 – 61. Recebido em 12 de Março de 2010, aceito 12 de Maio de 2010. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103312>

TÉLLEZ, M.M., BARBERO, P., ALVAREZ-GARIJO, J.A., MULAS, F. Intrathecal baclofen and Botulinum toxin in infantile cerebral palsy. **Revista de Neurologia**;40 Suppl 1:S69-73, 2005.

PATEL, D.R.; SOYODE, O. Pharmacologic interventions for reducing spasticity in cerebral palsy. **Indian Journal of Pediatrics**;72(10):869-72, 2005.

TIEMAN, B. et al. **Physical Therapy**. Washington. V 84.5, n.5, p.419-29, 2004.

TORTELLA, G. Teste de Atenção por Cancelamento: avaliação da atenção em estudantes de ensino fundamental. **Avaliação Psicológica**, 7(2), pp. 265-267, 2008.

VARGUS-ADMS, J.N. et al. The GMFM, PEDI, and CP-QOL and perspectives on functioning from children with CP, parents, and medical professionals. **Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine**; 4(1):3-12, 2011.

VERDIANI, et al. Aplicabilidade da CIF baseada nos objetivos funcionais na paralisia cerebral. **Revista Científica CIF Brasil**; 5(5):2-14, 2017.

VERDIANI, et al. Aplicabilidade da CIF em Pacientes Adultos com Paralisia Cerebral. **Revista Científica CIF Brasil**. 7(7):27-35, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); CENTRE FOR THE FAMILY OF INTERNATIONAL CLASSIFICATIONS. **ICF Research Branch**, Munique, disponível em: <<http://www.icf-research-branch.org>>. Acesso em: 15 jul, 2018.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

Anexos

ANEXO A

MANUAL DE APLICAÇÃO PRÁTICA DA CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS COM PARALISIA CEREBRAL (CIFCJ-PC) PARA FAIXA ETÁRIA DE 6 A 14 ANOS.

Este manual tem por objetivo facilitar e padronizar a aplicação da CIFCJ-PC na faixa etária de 6-14 anos.

Modo de Utilização:

1- Na **Figura 1** está o Formulário de Aplicação padrão, o qual deverá ser preenchido para cada indivíduo avaliado. O preenchimento deverá ser feito pelo entrevistador, após avaliação clínica, observação direta ou perguntas direcionadas para o indivíduo avaliado ou seu acompanhante.

2- A **Figura 2** (Resumo das Perguntas e Métodos de Avaliação Utilizados) servirá de guia para a avaliação de cada categoria da CIFCJ-PC; e se este utilizar-se-á de um instrumento de avaliação (item sublinhado) ou pergunta (em *“itálico”*). Cada instrumento está mostrado no quadro 2, bem como sua ordem presente no Manual (por exemplo: Anexo B), para ser consultado sempre que for necessário.

*Todos os instrumentos de avaliação estão mais descritos neste mesmo manual.

3- Cada item (por exemplo: b117), deverá ser qualificado entre zero e 4, conforme a graduação de funcionalidade, incapacidade e saúde, conforme apresentando nas **Figuras 3 e 4**. Atentar que para os fatores ambientais a graduação poderá levar o símbolo (+) na frente, quando este for um fator facilitador, ou seja, que favorece a funcionalidade (por exemplo, +4 = facilitador completo); ou ficar sem símbolo à frente do número, quando esta for uma barreira para a funcionalidade (por exemplo, 4 = barreira completa), ou zero quando não for facilitador nem barreira (neutro). O qualificador 8 deverá ser escolhido quando não especificado e o qualificador 9 quando não aplicável.

Figura 1 – Formulário de aplicação aos indivíduos participantes.

Nome/Reg: _____	Data _____
: __/__/__	
DN: __/__/__	Idade: _____
Diagnóstico Clínico: _____	
Topográfico: _____	
Acompanhante: _____	Grau de _____
parentesco: _____	

Escolaridade da criança/adolescente: _____								
Escolaridade do acompanhante: _____								
Renda familiar (per capta): _____								
Cód. CIF	Categorias	Qualificadores						
		0	1	2	3	4	8	9
b117	Funções intelectuais							
b1301	Motivação							
b134	Funções do sono							
b140	Funções da Atenção							
b167	Funções mentais da linguagem							
b210	Funções da visão							
b280	Sensação de dor							
b710	Funções da mobilidade das articulações							
b735	Funções do tônus muscular							
b760	Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários							
s110	Estrutura do cérebro							
d175	Resolução de problemas							
d230	Lidando com a rotina diária							
d350	Conversação							
d415	Manter a posição do corpo							
d440	Uso fino da mão							
d450	Andar							
d460	Deslocar-se por diferentes locais							
d530	Cuidados relacionados com os processos de excreção							
d550	Comer							
d710	Interações interpessoais básicas							
d760	Relações familiares							

d820	Educação Escolar											
d920	Recreação e lazer											
Fatores ambientais		Facilitadores				0	Barreiras					
		+4	+3	+2	+1		1	2	3	4	8	9
e115	Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária											
e120	Produtos e tecnologia para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos											
e125	Produtos e tecnologia para comunicação											
e130	Produtos e tecnologias para educação											
e140	Produtos e tecnologias para cultura, recreação e esporte											
e150	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público											
e310	Família imediata											
e320	Amigos											
e460	Atitudes sociais											
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde											
e585	Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas											
<u>Observações:</u>												

Figura 2. Resumo das Perguntas e Métodos de Avaliação Utilizados

Categoria da CIFCJ-PC	Método de avaliação
Estrutura e Funções do corpo	
b117- Funções intelectuais	- Comparação com o esperado para idade e <u>Exame Cognitivo Evolutivo</u> (Figura 5).
b1301 Motivação	<i>“Ela (e) é motivada (o)?” “Ela (e) busca, vai em direção, e faz aquilo que ele quer (p.ex. brincar, comer, etc)?”</i>
b134- Funções do sono	<i>“Ela (e) dorme bem?” “Ela (e) acorda muitas vezes à noite, tem dificuldade em pegar no sono, ronca, fala ou caminha dormindo” “Com que frequência?”</i>
b140 – Funções da Atenção	<i>“Ela (e) é capaz de prestar e manter atenção em uma atividade ou pessoa por determinado tempo (p.ex. ver um filme inteiro, cantar uma música até o fim, etc)?” “Ela (e) é capaz de prestar atenção em mais de um objeto de atenção, ao mesmo tempo ou de forma intercalada, quando assim o deseja?”</i> - <u>Teste de atenção por cancelamento - TAC</u> (Figura 6)
b167- Funções mentais da linguagem	<i>“Como a criança se comunica?” “Apresenta alguma dificuldade? Quanta dificuldade?”</i>
b210- Funções da visão	<i>“A criança apresenta alguma dificuldade para enxergar?” “Tem algum diagnóstico oftalmológico?” “Necessita de lentes corretivas?”</i>
b280 - Sensação de dor	<i>“A criança sente dor em alguma parte do corpo? com qual frequência”</i> - <u>Escala visual analógica da dor – EVA</u> (Figuras 7a e 7b)
b710- Funções da mobilidade das articulações	- Exame físico das articulações
b735- Funções do tônus muscular	- <u>Escala Ashworth Modificada</u> (Figura 8)
b760- Funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários	- <u>Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – GMFCS</u> (Figuras 9a e 9b)
s110- Estrutura do cérebro	- Análise de Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética de Encéfalo (Figura 10)
Atividades e participação	
d175 – Resolução de problemas	- <u>Medida de Independência Funcional - MIF</u> (Figuras 11a e 11b)
d230 – Lidando com a rotina diária	<i>“Ela (e) tem uma rotina definida na semana?” “Ela (e) segue as rotinas do dia a dia e sabe da sua importância?” “Ela (e) sabe organizar seu tempo para as atividades do dia a dia?”</i> - <u>Medida de Independência Funcional - MIF</u> (Figuras 11a e 11b)
d350 – Conversação	- <u>Sistema de Classificação da Função de Comunicação (CFCS) para indivíduos com Paralisia Cerebral</u> (Figura 12)
d415- Manter a posição do corpo	- Exame da posição sentada

d440- Uso fino da mão	- <u>Sistema de Classificação da Habilidade Manual – MACS</u> (Figura 13)
d450- Andar	- <u>Physician Rating Scale (PRS)</u> para membros inferiores (Figuras 14a a 14b)
d460- Deslocar-se por diferentes locais	<i>“Como a criança se movimenta em ambientes dentro de sua casa ou escola?” “Necessita de auxílio: de outra pessoa, cadeira de rodas?”</i>
d530- Cuidados relacionados com os processos de excreção	- <u>Escala WeeFIM</u> (Figuras 15a e 15b)
d550- Comer	- <u>Escala WeeFIM</u> (Figuras 15a e 15b)
d710- Interações interpessoais básicas	<i>“A criança apresenta alguma dificuldade para se relacionar com colegas de escola, familiares, profissionais da reabilitação?”</i>
d760- Relações familiares	<i>“Quem mora com a criança? Qual o efeito da relação entre eles na reabilitação e funcionalidade da criança?”</i>
d820 Educação Escolar	<i>“Ela (e) frequenta escolar regular? “Ela (e) frequenta APAE ou escolar especial?” “De forma regular?” “Ela (e) necessita algum auxílio dentro da sala de aula? (p.ex. professor auxiliar)” “Ela (e) acompanha a aprendizagem exigido para idade?” “Ela (e) coopera com colegas, faz perguntas ao professor, estuda e completa as atividades solicitadas?”</i>
d920 Recreação e lazer	<i>“Ela (e) participa de brincadeiras, jogos, atividades recreacionais e de lazer?” “Ela (e) gosta de se divertir, fazer atividades físicas, visitar lugares (como cinema, parques, museus e teatros), tocar um instrumento musical, assistir filme, ter um hobby, ler ou viajar?”</i>
Fatores ambientais	
e115- Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária	<i>“Quanto o uso de equipamentos para atividades da vida diária facilitam ou dificultam a vida da criança? (p.ex órteses, adaptações)”</i>
e120- Produtos e tecnologia para mobilidade e o transporte pessoal em ambientes internos e externos	<i>“A criança necessita de aparelhos para auxílio na locomoção? O quanto isso facilita ou dificulta sua vida? (p.ex cadeira de rodas, transporte adaptado)”</i>
e125- Produtos e tecnologia para comunicação	<i>“Quanto os aparelhos para auxílio na comunicação facilitam ou dificultam a vida do paciente? (p.ex. prancha de sinais, computadores, aparelhos celulares, adesivos orais)”</i>
e130 Produtos e tecnologias para educação	<i>“Ela (e) utiliza equipamento, objeto, método e/ou tecnologia para aquisição de conhecimento e aprendizado ou desenvolvimento de habilidades (por exemplo: usa programas para aprender em computadores e tablets, livros adaptados, jogos educativos, etc)”</i>
e140 Produtos e tecnologias para cultura, recreação e esporte	<i>“Ela (e) utiliza equipamento, objeto, método e/ou tecnologia para facilitar ou melhorar atividades culturais, recreacionais e de esporte? (por exemplo: inserção em projetos culturais e recreacionais, etc)”</i>

e150- Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	<i>“As adaptações feitas nas construções públicas (como rampas, barras, tamanho e altura dos objetos) favorecem ou dificultam a funcionalidade e/ou o acesso nestes ambientes?”</i>
e310- Família imediata	<i>“A criança encontra apoio, físico ou emocional em sua relação com seus pais e irmãos?” “Quanto isso afeta sua funcionalidade?”</i>
e320- Amigos	<i>“Ela (e) tem amigos?” “Eles o(a) tratam bem?”</i>
e460- Atitudes sociais	<i>“A criança sofre preconceito ou discriminação devido à sua situação?” “Percebe quando é alvo de comentários de outros e fica triste com isso?”</i>
e580- Serviços, sistemas e políticas de saúde	<i>“Ela (e) consegue atendimento com rapidez e facilidade?” “A criança recebe algum tipo de reabilitação?” “Realizou ou aguarda alguma cirurgia?” “A situação de saúde de onde vive favorece ou é uma barreira para o paciente?”</i>
e585 Serviços de treinamento e educação, sistemas e políticas	<i>“Existe incentivo (lei, projeto, sistema de cotas, etc), por parte do governo ou outra instituição, para aquisição, manutenção e melhoria quanto ao conhecimento, especialização e desenvolvimento de habilidades vocacionais e/ou artísticas?” “A criança recebe apoio para frequentar e se manter na escola e/ou cursos técnicos?”</i>

Figura 3. Qualificadores genéricos da CIF

Qualificador	Definição nominal	Definição quantitativa
0	NENHUM problema (nenhuma, ausente, escasso...)	0-4%
1	Problema LEVE (leve, baixo...)	5-24%
2	Problema MODERADO (médio, regular...)	25-49%
3	Problema GRAVE (elevado, extremo...)	50-95%
4	Problema COMPLETO (total...)	96-100%
8	Não especificada	
9	Não aplicável	

Figura 4 –Fatores ambientais e respectivos qualificadores.

+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4
Facilitador completo	Facilitador considerável	Facilitador moderado	Facilitador leve	Neutro	Barreira leve	Barreira moderada	Barreira grave	Barreira completa

Figura 5 - Avaliação Neurológica Evolutiva.

Até um mês de idade	<ul style="list-style-type: none"> • Olha para o rosto das pessoas que o observam. • Segue na horizontal, com os olhos, a luz de uma lanterna colocada a 30 cm dos olhos. • Ao ouvir uma voz chamando reage de algum modo: mudando o ritmo da respiração ou abrindo mais os olhos e demonstrando “atenção ou rodando a cabeça para um dos lados como se quisesse localizar a fonte do som”.
Três meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sorrir afetivamente. • Olha para as próprias mãos. • Junta as mãos. • Ao ouvir uma voz, fica atento.
Seis meses	<ul style="list-style-type: none"> • Apanha o objeto e passa para outra mão.
Oito meses	<ul style="list-style-type: none"> • Alcança, olha, passa para a outra mão, e explora o objeto.
Nove meses	<ul style="list-style-type: none"> • Recusa a aproximação de pessoas estranhas. • Descobre objeto que observa ser escondido ao seu alcance.
Doze meses	<ul style="list-style-type: none"> • Procura o objeto que cai ou rola de suas mãos. • Preensão usando os dedos polegar e indicador (pinça).
Dezoito meses	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca imitando (telefone no ouvido, tenta rabiscar). • Aponta para o que quer. • Empilha 2 cubos. • Vence obstáculos, abre porta.
Dois anos	<ul style="list-style-type: none"> • Associa idéias: aperta o interruptor e olha para a lâmpada. • Imita trabalhos caseiros. • Retira a roupa. • Usa a colher. • Aponta para partes do corpo.
Dois anos e meio	<ul style="list-style-type: none"> • Nomeia figuras simples. • Copia traços, sem direção.
Três anos	<ul style="list-style-type: none"> • Frases gramaticais.(EU) • Diz o próprio nome completo. • Gagueira fisiológica. • Brinca de faz-de-conta. • Copia um círculo. • Copia traço na vertical. • Empilha 8 cubos. Até 3a e 6m faz ponte. • Anda para trás 3 metros, puxando um carrinho. • Equilíbrio estático com olhos abertos. • Coloca os sapatos, não faz laço.
Quatro anos	<ul style="list-style-type: none"> • Vai sozinho ao vaso sanitário. • Controle da enurese noturna. • Frases completas. Ainda troca letras: R por L, S por T; ou suprime as letras (sapato por pato). • Usa plural. • Senso de humor, noção de perigo. • Preensão do lápis igual adulto. • Copia cruz. • Noção de “mais comprido”. • Lava as mãos e ajuda no banho. • Agarra uma bola arremessada. • Equilíbrio estático com olhos fechados.
Quatro anos e meio	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende frio, cansaço, fome. • Compreende perto, longe, em cima, embaixo. • Abotoa a roupa
Seis anos	<ul style="list-style-type: none"> • Copia um quadrado. • Desenha homem com 6 partes • Anda para trás colocando um pé atrás do outro(ponta do pé-calcanhar), com olhos abertos, 2 metros. • Estereognosia.
Sete anos em diante	<ul style="list-style-type: none"> • Noção de hora, dia, mês e ano. • Fornece o endereço completo. • Descreve o que vê. • Copia triângulo e inicia a cópia do losango. • Amarra o cordão do sapato.

	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhece direita e esquerda no próprio corpo. • Salta e bate duas palmas, antes de tocar os pés no chão. • Eudiadocinesia. • Conhece as cores primárias. • Desenha de memória a figura humana. • Fica longe da mãe sem protestar. • Conta histórias, fala sem trocar letras. • Escolhe amigos. • Se veste sem ajuda.
--	---

Fonte: FUNAYAMA, CAR., 2004.

Correlação com a CIF: cognitivo preservado sem alterações ou atraso discreto ou imperceptível a terceiros, sem prejuízo no cotidiano, interação ou aprendizado, não configurando um problema por seus responsáveis: qualificador zero (sem dificuldade); atrasos considerados como leve, moderado, elevado ou completo são qualificados de 1 a 4, respectivamente.

Figura 6a – Teste da Atenção por Cancelamento

Fonte: Montiel e Capovilla 2007

Correlação com a CIF: o indivíduo deve assinalar todas às vezes que encontrar a figura solicitada (p.ex, círculo). É considerado erro todas as vezes que o indivíduo omite a figura solicitada ou assinala outra que não a indicada. O total de acertos, também chamado de escore bruto é o total dos acertos, menos os erros. O escore bruto deve ser correlacionado com a idade na [Figura 6b](#), para então saber a pontuação-padrão do indivíduo. A pontuação padrão é então classificada como mostrado na [Figura 6c](#).

Figura 6b – Pontuação-padrão do teste de atenção por cancelamento por correlação do escore bruto com a idade.

Escore Bruto	Idade (anos)								
	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	54	66	66	60	25	14	21	19	
2	56	68	67	62	27	17	23	21	
3	57	69	68	63	29	19	25	23	
4	59	70	70	64	31	21	27	25	
5	61	71	71	65	33	23	29	27	
6	62	72	72	66	34	25	30	28	
7	64	73	73	67	36	27	32	31	
8	66	74	74	68	38	29	34	32	2
9	67	75	75	70	40	31	36	34	4
10	69	77	76	71	41	33	38	36	7
11	71	78	77	72	43	35	40	38	10
12	72	79	79	73	45	37	42	40	12
13	74	80	80	74	47	39	44	42	15
14	76	81	81	75	49	41	46	43	17
15	77	82	82	76	50	43	48	45	20
16	79	83	83	78	52	45	50	47	22
17	81	84	84	79	54	47	52	49	25
18	82	86	85	80	56	49	53	51	27
19	84	87	86	81	58	51	55	53	30
20	85	88	87	82	59	53	57	55	32
21	87	89	89	83	61	55	59	56	35
22	89	90	90	85	63	57	61	58	38
23	90	91	91	86	65	59	63	60	40
24	92	92	92	87	66	61	65	62	43
25	94	93	93	88	68	63	67	64	45
26	95	95	94	89	70	65	69	66	48
27	97	96	95	90	72	67	71	68	50
28	99	97	96	91	74	69	73	69	53
29	100	98	98	93	75	71	75	71	55
30	102	99	99	94	77	73	77	73	58
31	104	100	100	95	79	75	78	75	60
32	105	101	101	96	81	77	80	77	63
33	107	102	102	97	83	79	82	79	66
34	109	104	103	98	84	81	84	81	68
35	110	105	104	99	86	83	86	83	71
36	112	106	105	101	88	85	88	84	73
37	114	107	107	102	90	87	90	86	76
38	115	108	108	103	91	89	92	88	78
39	117	109	109	104	93	91	94	90	81
40	118	110	110	105	95	93	96	90	83
41	120	111	111	106	97	95	98	92	86
42	122	113	112	108	99	97	100	96	88
43	123	114	113	109	100	99	101	97	91
44	125	115	114	110	102	101	103	99	94

45	127	116	116	111	104	103	105	101	96
46	128	117	117	112	106	105	107	103	99
47	130	118	118	113	108	107	109	105	101
48	132	119	119	114	109	109	111	107	104
49	133	120	120	116	111	112	113	109	106
50	135	122	121	117	113	114	115	111	109

Fonte: MONTIEL, J.M.; CAPOVILLA, A.G.S., 2007

Figura 6c – Correlação da Pontuação-padrão do teste de atenção por cancelamento com os qualificadores da CIF.

Pontuação-padrão	Classificação	CIF	
		4	Dificuldade completa
Menor que 70	Muito baixa	3	Dificuldade grave
Entre 70 e 84	Baixa	2	Dificuldade moderada
Entre 85 e 114	Média	1	Dificuldade leve
Entre 115 e 129	Alta	0	Sem dificuldade
Acima de 130	Muito alta		

Figura 7a - Escala Visual Analógica da dor (EVA)

Fonte: Figueiredo, 2009

Figura 7b - Escala Visual da Dor e correlação com os classificadores da CIF.

Qualificadores	Escala Visual da Dor
0	EVA 0-1 (nenhuma, ausência de dificuldade)
1	EVA 2-4 (dor leve)
2	EVA 5-6 (dor moderada)
3	EVA 7-8 (dor grave)
4	EVA 9-10 (dor insuportável)
8	Não especificado
9	Não aplicável

Figura 8 - Escala de Ashworth Modificada e a correlação com os classificadores da CIFICJ.

Grau	Observação Clínica	Classificador CIFICJ
0	Tônus normal	0
1	Leve aumento do tônus muscular manifesto por uma “pega e soltura” ou por resistência mínima no final do arco de movimento, quando o membro afetado é movido em flexão ou extensão	1
+1	Leve aumento o tônus muscular manifesto por uma “pega e soltura” seguida de mínima resistência através do arco de movimento restante (menos da metade do arco de movimento total)	
2	Aumento mais marcado do tônus muscular, manifesto através da maior parte do arco de movimento, mas o membro afetado é facilmente movido.	2
3	Considerável aumento do tônus muscular. O movimento passivo é difícil	3
4	A parte afetada está rígida em flexão ou extensão	4

Fonte: BOHANNON, R.W.;SMITH, M.B, 1987

Figura 9a - Gross Motor. Function Classification System - GMFCS

GMFCS 6 a 12 anos	
Nível I	As crianças caminham em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade; são capazes de subir e descer meio-fios e escadas sem assistência física ou sem o uso de corrimão; apresentam habilidades motoras grossas tais como correr e saltar, mas a velocidade, equilíbrio e a coordenação são limitados; podem participar de atividades físicas e esportes dependendo das escolhas pessoais e fatores ambientais.
Nível II	As crianças caminham na maioria dos ambientes; podem apresentar dificuldade em caminhar longas distâncias e de equilíbrio em terrenos irregulares, inclinações, áreas com muitas pessoas, espaços fechados ou quando carregam objetos; 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; 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.

Figura 9b – GMFCS e correlação com a CIF:

- NÍVEL I (0-sem dificuldade) – Anda sem limitações;
- NÍVEL II (1-dificuldade leve) – Anda com limitações;
- NÍVEL III (2-dificuldade moderada) – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade;
- NÍVEL IV (3- dificuldade grave) – Automobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada;
- NÍVEL V (4- dificuldade completa) – Transportado em uma cadeira de rodas manual.

Figura 10 - Exames de Imagem do Encéfalo (Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada) e respectivos qualificadores (s110)

Qualificadores	Descrição CIF	Padrão da Imagem
0	Nenhuma deficiência (0-4%)	Normal ou alterações inespecíficas
1	Deficiência leve (5-26%)	Alargamento de ventrículo ou atrofia discreta; sem hidrocefalia
2	Deficiência moderada (25-49%)	Leucomalácia, sinais de acidente vascular encefálico prévio
3	Deficiência grave (50-95%)	Hidrocefalia com uso de derivação ventriculoperitoneal, displasias, atrofia grave
4	Deficiência completa (96-100%)	Holoprosencefalia, lisencefalia.
8	Não especificado	
9	Não aplicável	

Rafaela Pichini e Marcelo Riberto, 2017.

Figura 11a – Medida de Independência Funcional (MIF) – áreas funcionais avaliadas.

	Admissão	Alta	Acompanhamento
Autocuidados			
A. Alimentação			
B. Higiene Pessoal			
C. Banho (lava o corpo)			
D. Vestir metade superior do corpo			
E. Vestir metade inferior do corpo			
F. Uso de vaso sanitário			
Controle de esfíncteres			
G. Controle de urina			
H. Controle das fezes			
Mobilidade / Transferências			
I. Cama, cadeira, cadeira de rodas			
J. Vaso sanitário			
K. Banheira, chuveiro			
Locomoção			
L. Caminhar / Cadeira de rodas			
M. Escadas			
Comunicação			
N. Compreensão			
O. Expressão			
Cognição social			
P. Interação social			
Q. Resolução de problemas			
R. Memória			
Total			

Fonte: SPOSITO, M.M.M.; Riberto, M. 2010.

Figura 11b - Correlação da Medida de Independência Funcional (MIF) com os qualificadores da CIF

Medida de Independência Funcional	Qualificador CIF
7 - Total independência (com segurança e em tempo normal)	0 – nenhuma dificuldade
6 - Independência modificada (ajuda técnica) Dependência modificada - Ajuda	1 – Dificuldade Leve
5 - Supervisão, orientação ou preparo	2 – Dificuldade Moderada
4 - Ajuda mínima (indivíduo faz mais que 75% das tarefas sozinho)	
3 - Ajuda moderada (indivíduo faz 50% a 74% das tarefas sozinho)	3 – Dificuldade Grave
2 - Ajuda máxima (indivíduo faz 25% a 49% das tarefas sozinho)	
1 - Ajuda total (indivíduo não faz as tarefas sozinho)	4 – Dificuldade Completa

Figura 12 – Sistemas de Classificação de Função de Comunicação (CFCS) de indivíduos com Paralisia Cerebral (PC) e respectivos classificadores da CIF

Classificador CIF	Classificação CFCS para PC	
0	I	<u>Emissor e receptor eficaz com parceiros desconhecidos e conhecidos.</u> O indivíduo alterna independentemente seus papéis de emissor e receptor com a maioria das pessoas, em vários lugares. A comunicação ocorre facilmente e em um ritmo confortável com parceiros desconhecidos e conhecidos. Equívocos de comunicação são resolvidos rapidamente e não interferem na eficácia geral da comunicação.
1	II	<u>Emissor ou receptor eficaz, mas mais lentos com parceiros desconhecidos ou conhecidos.</u> O indivíduo alterna independentemente seus papéis de emissor e receptor com a maioria das pessoas, na maioria dos ambientes, mas o ritmo de conversação é lento e pode dificultar a interação na comunicação. O indivíduo pode precisar de mais tempo para entender as mensagens, compor mensagens ou resolver mal-entendidos. Os equívocos de comunicação muitas vezes são resolvidos e não interferem com a eventual eficácia da comunicação do indivíduo com parceiros desconhecidos e conhecidos.
2	III	<u>Emissor e receptor eficaz com parceiros conhecidos.</u> O indivíduo alterna seus papéis de emissor e receptor com parceiros conhecidos de conversação (mas não desconhecidos) na maioria dos ambientes. A comunicação não é consistentemente e eficaz com a maioria dos parceiros desconhecidos, mas é geralmente eficaz com os parceiros conhecidos.
3	IV	<u>Emissor e/ou receptor inconsistente com parceiros conhecidos.</u> O indivíduo não alterna consistentemente seu papel de emissor e receptor. Este tipo de inconsistência pode ser visto em diferentes tipos de comunicadores, incluindo: a) um emissor e receptor ocasionalmente eficaz; b) um emissor eficaz, mas receptor limitado; c) um emissor limitado, mas receptor eficaz. Às vezes, a comunicação é eficaz com parceiros conhecidos
4	IV	<u>Emissor e receptor raramente eficaz, mesmo com parceiros conhecidos.</u> O indivíduo é limitado tanto como emissor quanto receptor. A comunicação deste é difícil para a maioria das pessoas entender. O indivíduo parece compreender pouco as mensagens emitidas pela maioria das pessoas. A comunicação é raramente eficaz, mesmo com parceiros conhecidos.
8	Não especificado	
9	Não aplicável	

Figura 13 - Correlação do Sistema de Classificação de Habilidades Manuais (MACS) com os classificadores da CIF.

Classificador CIF	CLASSIFICAÇÃO MACS
0	I. Manipula objetos facilmente e com êxito. Pode haver limitação em tarefas de velocidade e destreza. Não apresenta limitações para as atividades de vida diária
1	II. Manipula a maioria dos objetos, mas com lentidão. Pode escolher formas alternativas de execução. Sem limitação para as atividades de vida diária
2	III. Manipula objetos com dificuldade. Necessita de ajuda para preparar ou modificar as atividades A execução é lenta e os resultados com êxito são limitados em quantidade e qualidade Pode necessitar de adaptações
3	IV. Manipula somente alguns objetos especialmente selecionados. Requer esforço e tem êxito limitado. Requer suporte contínuo e assistência e/ou adaptações para atingir êxitos parciais
4	V. Não manipula objetos. Tem habilidade limitada para executar ações simples de manipulação. Requer total assistência para tarefas muito simples

Fonte: SPOSITO, M.M.M; RIBERTO, M., 2010.

Figura 14a – Physician Rating Scale para Membros Inferiores (PRS)

Padrão de Marcha	Dedos/dedos 0	Ocasionalmente calcanhar/dedos 1	Calcanhar/dedos 2	
Posição do retropé (tornozelo na fase de contato com o solo)	Equino 0	Calcâneo 1	Neutro 2	
Posição do retropé (fase de balanço)	Valgo 0	Varo 1	Neutro ocasional 2	Neutro 3
Posição do joelho (grau de <i>recurvatum</i>)	Severo 0	Moderado 1	Leve 2	Neutro/ Fletido 3
Agachamento durante a marcha	Severo 0	Moderado 1	Leve 2	Nenhum 3
Velocidade da marcha	Lenta 0	Variável 1		

Fonte: SPOSITO, M.M.M; RIBERTO, M., 2010.

Figura14b - Correlação dos valores da PRS com os qualificadores da CIF.

Valores somatórios da PRS	Qualificadores CIF
14	0 – nenhuma dificuldade
11 a 13	1 – Dificuldade leve
7 a 10	2 – Dificuldade moderada
2 a 6	3 – Dificuldade grave
0 e 1	4 – Dificuldade completa

Figura 15a - Escala WeeFIM

Instrumento WeeFIM ®			
AUTO- CUIDADO	AVALIAÇÃO **		OBJETIVO*
1. Alimentação	_____		_____
2. Higiene Pessoal	_____		_____
3. Banho	_____		_____
4. Vestir- parte superior	_____		_____
5. Vestir- parte inferior	_____		_____
6. Toalete	_____		_____
7. Controle vesical	_____		_____
8. Controle anal	_____		_____
Total de auto- cuidado	_____	Quociente	_____
MOBILIDADE			
9. Cadeira/ Cadeira de rodas	_____		_____
10. Banheiro	_____		_____
11. Banheira/Chuveiro	_____		_____
12. Andar/ Cadeira de rodas	_____	_____ ¹	_____
13. Escadas	_____		_____
Total de Mobilidade	_____	Quociente	_____
COGNIÇÃO			
14. Compreensão	_____	_____ ²	_____
15. Expressão	_____	_____ ³	_____

16. Interação social	_____	_____
17. Resolução de problemas	_____	_____
18. Memória	_____	_____
Total WeeFIM	_____	_____
Total de Cognição	_____	Quociente _____

¹ A- Andar/ C- Cadeira de rodas/ E- Engatinhar/ B- combinação (ambos)
² A- Auditivo/ V- Visual/ B- ambos
³ V- Verbal/ N- Não- verbal/ B-ambos
 ** não deixe espaços em branco
 * campo apenas para a instituição/ não transferível para o sistema

Fonte: SARMENTO PV., 2014

Figura 15b. Equivalência utilizada entre escala WeeFIM para Controle Anal e Alimentação com os qualificadores CIF.

Escala de Pontuação WeeFIM para auto-cuidado	Qualificador CIF
7. Independência completa (sem adaptação, em tempo razoável e com segurança) 6. Independência modificada (com adaptação, tempo maior que o razoável ou sem segurança) 5. Supervisão (sujeito realiza 100% da tarefa)	0. Nenhum problema
4. Assistência mínima (sujeito realiza entre 75 e 99% da tarefa)	1. Problema leve
3. Assistência moderada (sujeito realiza entre 50 e 75% da tarefa)	2. Problema moderado
2. Assistência máxima (sujeito realiza entre 25 e 50% da tarefa)	3. Problema grave
1. Assistência total ou não testável (sujeito realiza menos de 25% da tarefa)	4. Problema completo

Anexo B

Questionário sobre o Comportamento no Sono

QUESTIONÁRIO SOBRE O COMPORTAMENTO DO SONO

Responda com uma das alternativas abaixo o que ocorre rotineiramente com seu filho

1- Nunca 2- Poucas vezes 3- Algumas vezes 4- Frequentemente 5- Sempre						
	Seu filho:	1	2	3	4	5
1	Vai para cama disposto					
2	Adormece sozinho					
3	Adormece na sua própria cama					
4	Adormece na cama dos pais					
5	Acorda 1 a 2 vezes por noite					
6	Acorda 3 a 4 vezes por noite					
7	Permanece acordado por menos de 30 minutos					
8	Permanece acordado por mais de 30 minutos					
9	Adormece novamente na presença dos pais					
10	Após acordar durante a noite vai para a cama dos pais					
11	Acorda para comer					
12	Movimenta-se muito enquanto dorme					
13	Sua muito enquanto dorme					
14	Divide o quarto com os pais (mesmo tendo outro lugar para dormir)					
15	Dorme na cama dos pais					
16	Contrai-se muito durante o sono ou enquanto tenta dormir					
17	Acorda confuso ou desorientado					
18	Fala dormindo					
19	Caminha dormindo					
20	Range os dentes dormindo					
21	Urina na cama					
22	Acorda gritando e aterrorizado					
23	Tem pesadelos					
24	Ronca enquanto dorme					
25	Pela manhã acorda repousado e com bom humor					
26	Fica sonolento enquanto sentado e/ou estudando					
27	Fica sonolento enquanto assiste televisão					
28	Fica sonolento enquanto está sentado e conversando com alguém					
29	Adormece na escola					

INSTRUÇÕES: 1. Recodifique na direção oposta (5=1) (4=2) (1=5) (2=4) os itens 1,2,3 e 25.

2. Escores altos= mais problemas de sono.

Fonte: BATISTA, B; NUNES, M., 2006

Anexo C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: **Operacionalização e resultados da aplicação do Core set resumido de 6 a 14 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral (CIFCJ-PC).**

Pesquisador Responsável: André Luiz da Silva Manganelli

Colaborador: Doutor Professor Marcelo Riberto

Contatos: andreluizmanga@gmail.com ; mr riberto@usp.br ou (16) 9979-97860 (Pesquisador André) ; (16) 3602-2027 (Ambulatórios HC-Criança)

A versão para crianças e jovens da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-CJ) foi criada em 2007, a fim de uniformizar os termos relacionados à funcionalidade e saúde do indivíduo, e pode ser dirigido para pacientes de 6 a 14 anos.

Devido a sua grande extensão e complexidade foram criados instrumentos com a finalidade de operacionalizar o seu uso. Uma dessas adaptações é o *Core set* para Paralisia Cerebral (PC), que analisa apenas os dados mais comuns e relevantes presentes na CIF para crianças e jovens com PC; englobando tanto informações relativas a desordens físicas e intelectuais, bem como fatores sociais e familiares que facilitam ou limitam a funcionalidade nestes indivíduos.

O objetivo desta pesquisa é a aplicação do *Core set* da CIFCJ para crianças e jovens entre 6 a 14 anos com PC. As crianças e jovens, após a aceitação da participação no estudo, passarão por avaliação pelo pesquisador, com data a ser agendada pelo pesquisador em concordância com a família. O dia para a avaliação terá como prioridade a presença do paciente já em outro ambulatório do HCFMRP-USP naquele mesmo dia; assim o paciente não precisará vir ao hospital em outra data apenas para ser avaliado pela pesquisa, salvo exceções. O estudo será desenvolvido nos ambulatórios de Neurologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Os custos para a vinda, participação no estudo e alimentação ficarão a cargo unicamente do paciente.

A avaliação, a qual terá em média entre 40 e 60 minutos, consistirá de entrevista com perguntas estruturadas referentes às questões físicas, intelectuais, sociais, ambientais e familiares do indivíduo; esse passará também por avaliação física, onde serão avaliadas habilidades físicas, a espasticidade e amplitude de movimento de grupos articulares.

Este trabalho está desenhado a fim de proteger a dignidade do participante e para garantir o sigilo e anonimato do mesmo. Os riscos ou desconfortos possíveis da pesquisa envolvem os mesmos de uma consulta médica cotidiana; como tempo prolongado de espera, avaliação sobrepassando o tempo sugerido e perguntas pessoais que possam ser constrangedoras. As avaliações ocorrerão em consultórios fechados, de forma individual (entenda-se individual como: participante, acompanhado de seu responsável), o que assegura sua privacidade. O indivíduo tem o direito de não responder às perguntas que possam de alguma forma provocar desconforto ou constrangimento.

Todos os dados obtidos na pesquisa serão armazenados através de sistema eletrônico com senha, acessado apenas pelos pesquisadores. Toda e qualquer informações possível de identificação com o participante não será divulgada no estudo ou em outras mídias. Os nomes e demais dados que levem à identificação do participante não serão divulgados no estudo.

O paciente poderá retirar o consentimento de participação do estudo e interrompê-la quando assim o desejar, mesmo que esta já se tenha iniciado. O pedido de desistência do estudo poderá ser feito em qualquer tempo e não gerará nenhum tipo de penalização ou prejuízo para o indivíduo no que diz respeito ao seguimento

em outros ambulatorios no HCFMRP-USP. Está assegurada ao indivíduo a garantia de indenização, conforme a resolução 466/12, em caso de danos decorrentes da pesquisa.

A participação no estudo será de grande valia para se determinar a funcionalidade e saúde das crianças e jovens com PC nesta faixa etária; ampliará dados referentes ao assunto na literatura médica, bem como ajudará no enfoque e direcionamento de tratamento para estas crianças e jovens com PC. Os indivíduos participantes conhecerão sua funcionalidade conforme a CIF, bem como as áreas de maior dificuldade, o que poderá ser importante para seus tratamentos já em andamento.

Todo participante poderá sanar suas dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios com os pesquisadores (16 9979-97860 ou andreluizmanga@gmail.com); bem como esclarecer questões éticas com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP e FMRP-USP (016)3602-2228. A equipe de pesquisa estará disponível para assegurar quaisquer que sejam os esclarecimentos; antes, durante ou após o estudo. Os participantes terão acesso aos resultados obtidos no estudo, se assim o desejarem, sempre que solicitado aos pesquisadores.

O indivíduo participante receberá uma via do TCLE, que deverá estar assinada e rubricada em todas as folhas pelo participante e pelo pesquisador.

TERMO DE ASSENTIMENTO – TACE

Você está sendo convidado para participar do estudo chamado: **Operacionalização e resultados da aplicação do Core set resumido de 6 a 14 anos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para crianças e jovens com paralisia cerebral (CIFCIJ-PC).**

Queremos conhecer a funcionalidade das crianças e jovens com paralisia cerebral (PC), que tenham entre seis e 14 anos; como elas estão em termos de saúde e bem-estar e também o que facilita ou dificulta as atividades do seu dia a dia.

A pesquisa será feita nos ambulatorios do Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, onde as crianças passarão por entrevista e exame físico. Para isso, será usado um questionário com perguntas e alguns testes físicos serão feitos (ângulo da perna, grau de resistência ao movimento, o quanto a criança consegue se movimentar).

A avaliação é considerada segura, mas é possível ocorrer desconforto, como por exemplo, tempo muito demorado para ser chamado e/ou avaliado. Você não precisa responder todas as perguntas se achar que não deve. Caso aconteça algo errado, você pode nos avisar pelos telefones (16) 9979-97860 – pesquisador André, ou pelo email andreluizmanga@gmail.com

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser. É um direito seu e não terá nenhum problema se desistir ou não se quiser entrar no estudo; mas há coisas boas que podem acontecer, caso queira participar, como conhecer como anda sua funcionalidade, além de identificar as áreas onde precisa melhorar. A pesquisa pode ajudar a direcionar o tratamento de outras crianças e jovens que tenham PC.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças que participaram.

Quando terminarmos a pesquisa você poderá saber dos resultados se assim o desejar.

Se você tiver alguma dúvida, você pode perguntar pessoalmente para o pesquisador, pelo telefone ou email já mencionado.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Aceito participar da pesquisa

Campo destinado à criança ou jovem

_____	_____	____/____/____
Nome do pesquisador	assinatura	data

_____	_____	____/____/____
Nome do responsável	assinatura	data