UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ALESSANDRA FREITAS RUSSO

Estudo das comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral

São Paulo
2016

ALESSANDRA FREITAS RUSSO

Estudo das comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral
(Versão original)

Projeto apresentado ao Instituto de Psicologia da

Universidade de São Paulo

para obtenção do título de Doutor.

Área de Concentração: Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Jr.

**São Paulo
2016**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Russo, Alessandra Freitas.

Estudo das comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral / Alessandra Freitas Russo; orientador Francisco Baptista Assumpção Junior. -- São Paulo, 2016.

102 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: **Psicologia Clínica**) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Paralisia cerebral 2. Comorbidades psiquiátricas 3. Reabilitação I. Título.

RC388

Nome: Alessandra Freitas Russo

Título: Comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Psicologia

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À Barbara, a razão, o sentido e a continuação de tudo.

Aos pacientes e familiares que participaram deste estudo. É uma honra poder cuidar de crianças tão especiais e fazer parte de histórias de luta, de sofrimento, de alegria, de vitórias e, fundamentalmente, de esperança.

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Maurício Russo, pelo apoio, pela paciência e pela parceira na vida.

Aos meus pais, Carlos e Vera, sempre presentes, sempre fãs incondicionais do meu trabalho e o porto seguro da minha vida.

Ao Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Jr., meu orientador e um grande parceiro na realização deste projeto.

Aos profissionais da AACD – Osasco, por todo o companheirismo e por me ensinarem o real significado de equipe multidisciplinar.

À Dra Daniella Branco Nolasco por todo o apoio e pela confiança em todas as minhas ideias.

À revisora Melania Scoss pelo cuidado, pela competência e pelo carinho com meu trabalho.

Aos colegas do Projeto Distúrbios do Desenvolvimento – IPUSP por todos os cafés, todas as discussões e todos os “brain storms” que levaram a esta tese.

Às amigas, Milena Rossetti, Cristina Maria Pozzi e Melanie Mendoza pelo infinito apoio em todos os momentos, pela torcida (praticamente organizada) e pela confiança em dividir comigo bons e maus momentos.

RESUMO

Russo, A.F. (2016). **Comorbidades Psiquiátricas na Paralisia Cerebral**. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A paralisia cerebral é definida como uma alteração permanente do desenvolvimento da postura e movimento, causando limitações nas atividades, que são atribuídas a um distúrbio não progressivo que ocorre precocemente no encéfalo em desenvolvimento. A presença de comorbidades psiquiátricas traz piora funcional e na qualidade de vida dessas crianças e seu reconhecimento e tratamento deveriam fazer parte da rotina de centros de reabilitação. Este projeto tem como objetivo estudar as comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral. Foram avaliados 550 indivíduos com diagnóstico de paralisia cerebral, procedentes de um centro terciário de reabilitação física. A comorbidade psiquiátrica mais frequentemente observada foi a deficiência intelectual. Outras comorbidades psiquiátricas frequentes foram os transtornos ansiosos, transtornos do comportamento, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do espectro autista e depressão. Embora não fosse o objetivo deste trabalho estudar a ocorrência de epilepsia nessa população, observamos que 43,2% dos nossos pacientes apresentaram essa associação. A presença de transtornos do espectro do autismo foi significativamente maior nos pacientes com epilepsia. A presença de um transtorno psiquiátrico impactou significativamente a percepção da funcionalidade das crianças com paralisia cerebral. Pensar na reabilitação desses sujeitos é levar em conta a presença de transtornos psiquiátricos. A pesquisa ativa de comorbidades deve ser prática rotineira dentro de centros de reabilitação terciários. Pensar em reabilitação do paciente com paralisia cerebral deve extrapolar os objetivos físicos e olhar com a mesma atenção para os aspectos emocionais, comportamentais, acadêmicos e sociais.

Palavras-chave: Paralisia cerebral, comorbidades psiquiátricas, reabilitação.

ABSTRACT

Russo, A.F. (2016). **Psychiatric Comorbidities in Cerebral Palsy**. PhD thesis, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Cerebral palsy is defined as a permanent change of posture and movement development, causing limitations in activities that are assigned to a non-progressive disorder that occurs early in the developing brain. The presence of psychiatric comorbidity brings functional deterioration and worsens quality of life of these children and their recognition and treatment should be part of routine of rehabilitation centers. This project aims to study psychiatric comorbidities in cerebral palsy. We evaluated 550 individuals diagnosed with cerebral palsy coming from a tertiary physical rehabilitation center. The most frequent psychiatric comorbidity was intellectual disability. Other frequent psychiatric comorbidities were anxiety disorders, behavioral disorders, attention deficit hyperactivity disorder, autism spectrum disorder and depression. Although it was not the objective of this work to study the occurrence of epilepsy in this population, we observed that 43.2% of our patients had this situation. The presence of autism spectrum disorders was significantly higher in patients with epilepsy. The presence of a psychiatric disorder significantly impacted the functionality of children with cerebral palsy. Thinking about the rehabilitation of these subjects is to take in account the presence of psychiatric disorders. The active search of comorbidities should be a routine practice in tertiary rehabilitation centers. Thinking about the rehabilitation of patients with cerebral palsy should extrapolate the physical goals and look with the same attention to the emotional, behavioral, academic and social aspects.

Keywords: Cerebral palsy, psychiatric comorbidity, rehabilitation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<i>Figura 1. Classificação da paralisia cerebral.....</i>	<i>51</i>
<i>Figura 2. Frequência de epilepsia nos pacientes com paralisia cerebral.....</i>	<i>55</i>
<i>Figura 3. Frequência de transtornos psiquiátricos.....</i>	<i>56</i>
<i>Figura 4. Frequência de comorbidades psiquiátricas de Eixo I e II nos pacientes com paralisia cerebral.....</i>	<i>57</i>
<i>Figura 5. Frequência de comorbidades psiquiátricas de Eixo I nos pacientes com paralisia cerebral.....</i>	<i>58</i>
<i>Figura 6. Frequência de formas clínicas nos pacientes com epilepsia.....</i>	<i>60</i>
<i>Figura 7. Pontuação no CGAS dos pacientes com PC divididos segundo o tipo de transtorno psiquiátrico associado.....</i>	<i>63</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Diferenciação dos tipos clínicos da PC.....	18
Tabela 2. Características gerais da classificação GMFCS.....	19
Tabela 3. Diferença entre os níveis na classificação GMFCS.....	19
Tabela 4. Estudos sobre comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral.....	22
Tabela 5. Critérios diagnósticos do TDAH.....	29
Tabela 6. Critérios Diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista.....	34
Tabela 7. Níveis de gravidade para o Transtorno do Espectro Autista.....	35
Tabela 8. Distribuição dos sujeitos em função do tipo de paralisia cerebral e o seu nível motor.	52
Tabela 9. Distribuição dos sujeitos com deficiência intelectual em função do tipo de paralisia cerebral e o seu nível.....	53
Tabela 10. Distribuição dos pacientes com deficiência intelectual segundo o tipo de PC e o nível motor.....	53
Tabela 11. Distribuição dos pacientes com PC de acordo com a presença de deficiência intelectual e gênero.....	54
Tabela 12. Distribuição dos pacientes com PC de acordo com a presença de uma comorbidade psiquiátrica e o tipo de PC.....	58
Tabela 13. Frequência de epilepsia nos pacientes com e sem TEA.....	59
Tabela 14. Frequência de deficiência intelectual nos pacientes com e sem TEA.....	59
Tabela 15. Distribuição dos sujeitos com epilepsia em função do tipo de paralisia cerebral e o seu nível motor.....	61
Tabela 16. Impacto da presença de uma comorbidade psiquiátrica e a qualidade de vida dos participantes.....	63

Tabela 17. Distribuição dos pacientes com PC de acordo com a presença de uma comorbidade psiquiátrica e o tipo de PC.....	64
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Assistência a Criança Deficiente
ATA	Escala de Traços Autísticos
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>
CGAS	<i>Children's Global Assessment Scale</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DBDRS	<i>Disruptive Behavior Disorder Rating Scale</i>
DI	Deficiência Intelectual
DSM IV–TR	Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais 4 ^a Edição revisado
DSM 5	Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais 5 ^a Edição
GMFCS	Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
PC	Paralisia Cerebral
PEDI	<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i>
PEDSQL	<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>
PSC	<i>Pediatric Symptom Checklist</i>
QI	Quociente de Inteligência
SDQ	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i>
SNC	Sistema Nervoso Central

TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtornos do Espectro do Autismo
WAIS III	Escala de Inteligência Weschler para Adultos
WISC IV	Escala Weschler de Inteligência para Crianças 4 ^a Edição

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 PARALISIA CEREBRAL	16
1.2 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS	21
1.2.1. Ansiedade e Depressão	25
1.2.2. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	28
1.2.3. Transtornos do Espectro do Autismo	32
1.2.4. Deficiência Intelectual	38
2 JUSTIFICATIVA	42
2.1 OBJETIVOS	42
2.1.1 GERAL	42
2.1.2 ESPECÍFICO	43
3 MÉTODO	45
3.1 INSTRUMENTOS	45
3.2 PARTICIPANTES	47
3.2.1. Critérios de Inclusão	47
3.2.2. Critérios de Exclusão	48
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	48
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	48
4 RESULTADOS	51
5 DISCUSSÃO	66
6 CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	79
ANEXO A – ESCALA PSC (<i>Pediatric Symptom Checklist</i>)	85
ANEXO B – ATA - ESCALA DE TRAÇOS AUTÍSTICOS	86
ANEXO C – SNAP IV	93
ANEXO D – C-GAS: ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (04 A 16 ANOS)	94
ANEXO E – ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND	97
ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
ANEXO G – COMITÊ DE ÉTICA	114

INTRODUÇÃO

Feliz de quem atravessa a vida inteira tendo mil razões para viver.

—Dom Hélder Câmara

1. INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC), também denominada “encefalopatia crônica não progressiva da infância”, é consequência de uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal, no período de desenvolvimento cerebral, entre o nascimento e o segundo ano de vida. Qualquer insulto ao sistema nervoso central (SNC) nesse período de maturação estrutural e funcional pode causar posteriormente PC (Bass, 1999).

Várias condições clínicas podem acompanhar a PC, tais como epilepsia e deficiência intelectual (DI). Comorbidades psiquiátricas como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), depressão e ansiedade, entre outras, parecem ser mais frequentes nessa população. Entretanto, poucos estudos se dedicam a pesquisar ativamente a presença de transtornos psiquiátricos em crianças com PC.

A presença de comorbidades psiquiátricas acarreta piora funcional e na qualidade de vida dessas crianças. Seu diagnóstico precoce e tratamento devem fazer parte da rotina de centros de reabilitação. Esses centros mantêm o foco na reabilitação física, e estudos evidenciando a necessidade de uma abordagem mais ampla da pessoa com PC são necessários.

Este trabalho nasceu da percepção de quanto essa realidade é negligenciada nos centros de reabilitação, em quanto a presença da comorbidade atrapalha a reabilitação, inclusive motora, e em quanto seu reconhecimento e seu tratamento impactam positivamente na vida da criança e da família.

1.1. PARALISIA CEREBRAL

Em 1860, William Little descreveu pela primeira vez um distúrbio com espasticidade nos membros inferiores e, em menor grau, nos superiores, que afetava algumas crianças nos primeiros anos de vida. As crianças apresentavam dificuldade em segurar objetos,

engatinhar e andar e, ao longo do tempo, não havia melhora nem piora do quadro clínico. Essa condição, que ficou conhecida como “doença de Little”, é atualmente reconhecida como diplegia espástica, uma das formas clínicas de paralisia cerebral (Diament, 1996).

A paralisia cerebral tem sido descrita como um grupo de transtornos do desenvolvimento do movimento e da postura, atribuída a um distúrbio não progressivo que ocorre no cérebro durante o desenvolvimento fetal ou na infância precoce. As alterações motoras observadas na PC são frequentemente associadas a alterações sensoriais, distúrbios cognitivos, na comunicação, na percepção, no comportamento, além de epilepsia (Bax *et al.*, 2005; Bjorgaas, Elgen, Boe, & Hysing, 2013; Rosenbaum *et al.*, 2007).

É uma disfunção predominantemente sensório-motora, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária. Esses distúrbios se caracterizam pela falta de controle sobre os movimentos, por modificações adaptativas do comprimento muscular e, em alguns casos, chegando a resultar em deformidades ósseas (Koman, Smith, & Shilt, 2004).

Esse transtorno ocorre no período em que a criança apresenta ritmo acelerado de desenvolvimento, ou seja, nos primeiros anos de vida, podendo comprometer o processo de aquisição de habilidades. Tal comprometimento pode interferir na função, dificultando o desempenho de atividades frequentemente realizadas por crianças com desenvolvimento normal e aumentando o risco de ocorrência de problemas de saúde mental (Parkes *et al.*, 2008).

Por conta dessa definição e da predominância dos sintomas motores nos pacientes com PC, seu tratamento praticamente objetiva a melhora motora e se fundamenta na reabilitação baseada na classificação motora.

A prevalência da PC nos países em desenvolvimento não é bem estabelecida, mas estima-se que gire em torno de 1,5 a 3,5 casos para cada 1.000 nascidos vivos (Foster, Rai, Weller, Dixon, & Weller, 2010; Koman *et al.*, 2004; Lagault, Shevell, & Dagenais, 2011; Parkes & McCusker, 2008; Tilton & Delgado, 2011).

Embora no Brasil não tenhamos estudos populacionais de prevalência da PC, sabe-se que ela é mais frequente nos países pobres ou em desenvolvimento.

Fisiologicamente, a paralisia cerebral pode ser dividida em tipo espástica, o mais comum (80%), que afeta o trato corticoespinhal (piramidal), e um tipo extrapiramidal, que afeta as outras regiões do cérebro em desenvolvimento, como os núcleos da base e o cerebelo. Os tipos extrapiramidais de paralisia cerebral incluem coreoatetoide, atáxica e hipotônica (Agarwal & Verma, 2012). A Tabela 1 demonstra a diferenciação dos tipos clínicos da PC.

Tabela 1 – Diferenciação dos tipos clínicos da PC. Adaptado de (Agarwal & Verma, 2012).

Tipo clínico	Característica
Espástica	Aumento do tônus muscular; contraturas articulares são comuns.
Coreoatetoide	Quadro discinético; movimentação involuntária; distonia.
Atáxica	Distúrbio da coordenação do movimento; normalmente deambuladores; controle de segmento cefálico normal.
Hipotônica	Hipotonia muscular com reflexos osteotendinosos normais.
Mista	Mais de um tipo em associação.

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) para paralisia cerebral é baseado no movimento iniciado voluntariamente, com ênfase nas aquisições motoras, transferências e mobilidade. Esse sistema é definido em cinco níveis. Ao se definir um sistema de classificação em cinco níveis, o principal critério é que as distinções entre os níveis devam ser significativas na vida diária (Silva, Pfeifer, & Funayama, 2013).

O enfoque do GMFCS está em determinar qual nível melhor representa as habilidades e limitações na função motora grossa que a criança ou o jovem apresenta. A ênfase deve estar no desempenho habitual em casa, na escola e nos ambientes comunitários (ou seja, no que eles fazem – capacidade), ao invés de ser no que se sabe que eles não são capazes de fazer.

As distinções são baseadas nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivos manuais para mobilidade (tais como andadores, muletas ou bengalas) ou mobilidade sobre rodas, e em menor grau, na qualidade do movimento. As distinções entre os Níveis I e II não são tão nítidas como a dos outros níveis, particularmente para crianças com menos de dois anos de idade (Palisano *et al.*, 1997).

A Tabela 2 apresenta a classificação motora grossa de acordo com o GMFCS, e a Tabela 3 evidencia a diferenciação entre os níveis do GMFCS.

Tabela 2 – Características gerais da classificação GMFCS. Fonte: Silva *et al.* (2013).

CARACTERÍSTICAS GERAIS PARA CADA NÍVEL	
Nível I	Anda sem limitações.
Nível II	Anda com limitações.
Nível III	Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade.
Nível IV	Automobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada.
Nível V	Transportado em uma cadeira de rodas manual.

Tabela 3 – Diferença entre os níveis na classificação GMFCS. Fonte: Silva *et al.* (2013).

DISTINÇÕES ENTRE OS NÍVEIS	
Níveis I-II	No nível II, quando comparadas às crianças do nível I, há limitações para andar por longas distâncias e equilibrar-se; podem precisar de um dispositivo manual de mobilidade; podem utilizar

	um dispositivo com rodas quando caminham por longas distâncias; requerem o uso de corrimão para subir e descer escadas; e não são capazes de correr e pular.
Níveis II-III	No nível II, são capazes de andar sem um dispositivo manual de mobilidade depois dos quatro anos de idade. No nível III, há necessidade de um dispositivo manual de mobilidade para andar em espaços internos e o uso de mobilidade sobre rodas fora de casa.
Níveis III-IV	No nível III, sentam-se sozinhos ou requerem no máximo um apoio externo limitado para sentar-se; são mais independentes nas transferências para a postura em pé e andam com um dispositivo manual de mobilidade. No nível IV, sentam-se, mas a autolocomoção é limitada. É mais provável que no nível IV o transporte seja em cadeira de rodas manual ou motorizada.
Níveis IV-V	No nível V, há graves limitações no controle da cabeça e tronco e requerem tecnologia assistiva ampla e ajuda física. A autolocomoção é conseguida apenas se a criança/jovem puder aprender como operar uma cadeira de rodas motorizada.

Mancini *et al.* (2002), comparando o desempenho em atividades funcionais de autocuidado, através da escala PEDI (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory*), em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral, encontraram que o desenvolvimento de atividades funcionais é influenciado pela PC. Embora a sequência de aquisição das habilidades seja semelhante à das crianças com desenvolvimento normal, o grau de dificuldade das atividades funcionais foi muito maior no grupo com PC. Isso sugere que o cérebro que se desenvolve sob a influência de uma lesão e uma seqüela motora tem experiências diferentes e se desenvolve baseado nessas experiências. Portanto, a intervenção tem de levar essa característica em consideração.

A melhora na tecnologia de assistência à saúde observada nos últimos anos aumentou de forma significativa o número de crianças com PC que sobrevivem até a idade adulta. Crianças com quadros leves a moderados de PC têm a mesma expectativa de vida que crianças sem qualquer situação crônica. Enquanto no passado a maior atenção era dada aos cuidados gerais de sobrevivência desses pacientes, atualmente vem se enfatizando sua “experiência de vida”, ou seja, seu ajustamento psicossocial e sua qualidade de vida (Parkes & McCusker, 2008). Nesse contexto, pensar na saúde mental desses pacientes é fundamental para uma boa qualidade de vida, funcionalidade, inclusão social e profissional.

Os modelos atuais de tratamento da PC têm foco na melhora da espasticidade, no controle da alteração dos movimentos e nas deformidades, reduzindo o desconforto físico do paciente. São modelos de tratamento focados somente nas alterações motoras. Determinar quanto essas crianças e adolescentes estão em risco para distúrbios psiquiátricos tem importante implicação no plano de tratamento. Poucos estudos são realizados com foco na intervenção e prevenção de problemas psiquiátricos ou em programas que promovam a saúde mental dessa população (Bjorgaas *et al.*, 2013; Koman *et al.*, 2004; Parkes & McCusker, 2008).

1.2. COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

A PC tem sido tradicionalmente vista como um distúrbio do controle motor. Assim, o foco do tratamento tem sido principalmente sobre os aspectos da sua deficiência física. Síndromes psiquiátricas tratáveis nessa população têm sido uma área negligenciada de estudo. Até o momento, poucos estudos sistemáticos de comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes com paralisia cerebral têm sido conduzidos. Isso é preocupante porque as crianças com PC têm aparentemente uma taxa mais elevada de transtornos psiquiátricos do que o esperado para o restante da população (Foster *et al.*, 2010).

A Tabela 4 resume os principais trabalhos relacionados à comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral.

Tabela 4 – Estudos sobre comorbidades psiquiátricas na paralisia cerebral.

Estudo / Ano	Amostra	Desenho	Conclusão
Goodman & Graham (1996)	428 crianças	Questionários de rastreio	61% comorbidades psiquiátricas (3% TEA; 25% problemas emocionais; 13% TDAH)
Parkes <i>et al.</i> (2008)	818 crianças	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)	42% comorbidades psiquiátricas (29% problemas emocionais; 31% TDAH)
Foster <i>et al.</i> (2010)	1 adolescente	Relato de caso	Transtorno do humor
Brossard-Racine <i>et al.</i> (2012)	76 crianças	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) / Escala de Desenvolvimento Social de Vineland	39,4% de problemas de comportamento; 55,3% com dificuldade de relacionamento com pares.
Bjorgaas, Hysing, & Elgen (2012)	67 crianças	Kiddie-Sads	57% comorbidades psiquiátricas (16% ansiedade; 15% TDAH; 37,3% DI)
Bjorgaas <i>et al.</i> (2013)	47 crianças	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)	57% comorbidades psiquiátricas (51,1% TDAH; TOD 8,5% e 10,6% problemas emocionais)
Levy-Zaks, Pollak, & Ben-Pazi (2014)	18 crianças	<i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL), <i>Disruptive Behavior Disorder Rating Scale</i> (DBDRS), <i>Pediatric Quality of Life Inventory</i> (PEDSQL)	13% problemas internalizantes; 4% externalizantes

Apesar dos dados disponíveis sobre a prevalência e gravidade de algumas comorbidades associadas à PC (por exemplo, deficiência intelectual, deficiências sensoriais e epilepsia), relativamente pouco se sabe sobre a prevalência e gravidade de problemas comportamentais e emocionais e seu impacto sobre a criança e a família (Parkes *et al.*, 2008).

Em um estudo clássico de 1968, Graham e Rutter, estudando cerca de 12.000 crianças na ilha de Wight, observaram uma alta taxa de transtornos psiquiátricos, cinco vezes maior que a da população geral, em indivíduos com epilepsia, paralisia cerebral e outras patologias do SNC, entretanto, neste trabalho, a epilepsia foi o fator significativo para a presença de transtornos psiquiátricos.

Uma prevalência mais alta de problemas psiquiátricos é encontrada em pacientes com PC quando comparados a grupos controles. Os principais problemas encontrados são dificuldades em lidar com seus pares, hiperatividade e problemas emocionais (Bjorgaas *et al.*, 2013; Parkes & McCusker, 2008).

A saúde física e mental dos principais cuidadores de uma criança com deficiência, que em sua maioria são as mães, é intimamente ligada e fortemente influenciada pelo comportamento da criança e pela demanda de cuidados exigidos por esta (Raina *et al.*, 2005).

Boström, Broberg e Hwang (2010), estudando percepção e impacto da deficiência em pais e mães de crianças com deficiência variadas, observaram na análise de seus subgrupos que crianças com síndrome de Down e paralisia cerebral eram descritas como tendo menor impacto negativo nos pais, enquanto crianças com autismo e deficiência intelectual foram reportadas como tendo o maior impacto negativo sobre seus pais. Assim, diagnosticar qualquer comorbidade psiquiátrica, mesmo a DI em pacientes com PC, melhora a abordagem e a orientação familiar quanto às possibilidades e limitações desse indivíduo.

O impacto da deficiência na família depende de vários fatores, entretanto Boulet, Boyle e Schieve (2009), em trabalho de revisão sobre o impacto dos distúrbios do

desenvolvimento, evidenciaram que a paralisia cerebral, o autismo, a deficiência intelectual, a cegueira e a surdez foram as situações com maior impacto funcional na vida da criança e de cuidados, e as situações que mais levaram a utilização de serviços de saúde. Isso tem importância não só na vida familiar e comunitária, mas também na saúde pública, evidenciando a necessidade de políticas públicas que contemplem de forma mais ampla esse grupo de pacientes.

Outros autores, avaliando o impacto positivo de crianças com DI nas famílias, evidenciaram que este era maior quanto menor fossem os problemas de comportamento. Manejar crianças e adolescentes com alterações comportamentais parece ser o maior fator de estresse das famílias e da escola (Blacher & Baker, 2007).

Em estudo sobre a qualidade de vida em crianças com paralisia cerebral, através de percepção parental encontrou-se que esta é menor quanto mais grave for o nível motor (Vargus-Adams, 2005). A autora observou ainda que as alterações comportamentais não foram prejudiciais na qualidade de vida, entretanto o comportamento melhorou com a maior gravidade da PC, refletindo uma dificuldade em determinar os problemas de comportamento em crianças com déficits globais ou graves. Os problemas de comportamento abordados na escala utilizada no estudo incluem: argumentação, mentir e roubar, o que, para as crianças que não podem fazer escolhas conscientes ou atuar sobre essas escolhas, pode não ocorrer. Assim, as crianças com paralisia cerebral grave podem ter sido relatadas como tendo um comportamento melhor, principalmente porque elas não tinham a capacidade de exibir o mau comportamento. Esse fenômeno pode explicar a ligeira inclinação para cima da linha de regressão para o domínio de comportamento encontrado pela autora.

Bjorgaas *et al.* (2013), avaliando escalas de *screening* para transtornos psiquiátricos em crianças com PC, evidenciaram que a escala SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) foi sensível para essa população, porém não foi capaz de prever determinados transtornos, especialmente o TDAH.

Goodman e Graham (1996), estudando crianças com hemiplegia, observaram uma taxa de transtornos psiquiátricos afetando 61% dos indivíduos avaliados individualmente e

54% e 42% a partir de questionários de pais e professores, respectivamente. Poucas crianças afetadas tinham estado em contato com os serviços de saúde mental da infância. O mais forte preditor de problemas psiquiátricos foi o quociente de inteligência (QI), que foi altamente correlacionado com o índice de gravidade neurológica. Idade, sexo e lateralidade da lesão tiveram pouco ou nenhum poder de previsão de ocorrência de transtornos psiquiátricos.

Goodman (1998) relatou que os sintomas de “agitação” e “desatenção” em crianças pré-escolares com hemiplegia foram fortes preditores de problemas psiquiátricos na faixa etária dos seis aos 10 anos de idade. Curiosamente, o autor evidenciou ainda que condições familiares adversas tiveram pouco impacto sobre o surgimento ou remissão de dificuldades na criança com hemiplegia, levando-o a concluir que fatores familiares são susceptíveis de ser a consequência de problemas psiquiátricos na criança, e não a causa.

Sintomas precoces de desatenção em crianças pré-escolares com PC parecem ser um importante preditor de problemas psicológicos em idades maiores. Intervir precocemente nesses sintomas pode ser a chave para reduzir a ansiedade e o estresse familiar e promover um melhor ajustamento psicológico dessas crianças (Parkes & McCusker, 2008).

1.2.1. Ansiedade e Depressão

A primeira descrição de ansiedade como uma disfunção da atividade mental data do início do século XIX. Augustin-Jacob Landré-Beuvais, em 1813, descreveu a ansiedade como uma síndrome composta por aspectos emocionais e por reações fisiológicas. Em 1844, Jean Baptiste Félix Descurcate relacionou ansiedade com as enfermidades em seu livro *A medicina das paixões*. Em 1850, foi descrito pela primeira vez, por Otto Domrich, o que se denomina hoje transtorno de pânico. Em 1871, Jacob Mendez da Costa relatou novos casos de pânico, atribuindo-lhe o nome de “síndrome do coração irritável”. Já em 1880, Karl Westphal descreveu os sintomas presentes em fobias

específicas e no transtorno obsessivo-compulsivo. Já na população pediátrica, os primeiros relatos de casos clínicos de crianças com sintomas de ansiedade datam do início do século XX (Vianna, Campos & Landeira-Fernandez, 2009).

Estudos epidemiológicos em populações americanas indicaram que os TAs em infantojuvenis têm prevalência estimada de 8% a 12% (Costello *et al.*, 1988; Spence, 1998). No Brasil, um estudo populacional encontrou índices de prevalência de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

A ansiedade é uma situação clínica muito frequente, eventualmente a psicopatologia mais comum na infância e adolescência, e sua presença pode trazer impacto negativo na vida da criança, necessitando diagnóstico e tratamento precoces (Cartwright-Hatton, McNicol, & Doubleday, 2006; Martini, 1995). Por outro lado, a depressão, até o início do século XX, era considerada muito rara ou inexistente em crianças. Nos últimos anos, estudos apontaram uma prevalência de 2% na população escolar. A comorbidade entre depressão e ansiedade é também comumente observada nessa faixa etária (Birmaher *et al.*, 2007; Brand-Gothelf, Yoeli-Bligh, Gilboa-Schechtman, Benaroya-Milshtein, & Apter, 2014).

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas. Diferenciam-se do medo e da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Esses transtornos estão divididos em: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social), Transtorno de Pânico, Agorafobia e Transtorno de Ansiedade Generalizada (DSM - 5, 2013).

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual e transtorno depressivo não especificado. A característica desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (DSM - 5, 2013).

Poucos estudos são encontrados na literatura correlacionando transtornos internalizantes e paralisia cerebral. Levy-Zaks, Pollak e Ben-Pazi (2014), estudando 18 crianças com PC, encontraram uma taxa de 13% de pacientes com problemas internalizantes. Nesse estudo, não foi observado correlação com o nível motor da PC.

Várias são as dificuldades para esse diagnóstico na população pediátrica, especialmente com PC. Pais de adolescentes com PC não relatam uma frequência alta de problemas emocionais, como depressão e ansiedade. Essa situação é também observada com adolescentes em geral. Por isso, sempre que possível, essa investigação deve ser realizada com o próprio adolescente (Blackman & Conaway, 2014).

A dor é também uma experiência comumente vivida por crianças e adolescentes com paralisia cerebral. Yamaguchi, Perry e Hines (2014) observaram que a intensidade da dor e a ansiedade despertada por essa têm forte associação com problemas comportamentais e emocionais nesses pacientes e postulam que a equipe de saúde deve considerar como a dor afeta o desenvolvimento emocional dessas crianças, levando esse aspecto em consideração nos programas de reabilitação. Pesquisar ativamente a dor e suas consequências, especialmente nos indivíduos com maiores dificuldades na comunicação, é parte de uma abordagem mais ampla e mais adequada dessa condição.

A base de evidências para distúrbios psicológicos em crianças com doenças crônicas e deficiência em geral tem sido por vezes contraditória. Enquanto alguns estudos têm documentado a presença de alterações psicológicas, outros encontram pouco ou nenhum resultado. Determinar se essas crianças estão em maior risco para transtornos psiquiátricos tem importantes implicações para o planejamento de recursos e de serviços de saúde (Parkes & McCusker, 2008).

A lesão cerebral, o déficit cognitivo, o estigma social e dificuldades de aprendizagem aumentam a probabilidade de distúrbios psiquiátricos. Postula-se que a lesão cerebral em si pode ser um fator de vulnerabilidade para a ocorrência de transtornos psiquiátricos. No entanto, não está claro se a disfunção cerebral leva diretamente a

distúrbios comportamentais ou provoca um aumento da vulnerabilidade da criança ao estresse ambiental, causando secundariamente essas alterações (Foster *et al.*, 2010).

1.2.2. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

A história de TDAH geralmente começa a ser contada com o grande livro de Heinrich Hoffman *Struwwelpeter* – que se traduz como “desleixado Pedro”. Nesse livro, embora o objetivo não fosse descrever uma psicopatologia, o autor já descrevia os sintomas do transtorno. No início do século XX, a ideia de Disfunção Cerebral mínima ganhou forças para explicar crianças excessivamente agitadas.

Posteriormente, já na década de 1970, um passo poderoso veio de Dykman *et al.* (1971) na formulação da disfunção cerebral mínima como um distúrbio de atenção, enfatizando o mau desempenho e o aumento do tempo de reação. Estava, então, se iniciando o desenvolvimento da ideia-chave de Déficit de Atenção, que veio com DSM-III, a terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico*, da American Psychiatric Association (American Psychiatric Association, 1980). Essa foi de grande importância no desenvolvimento da psiquiatria infantil porque ele substituiu as formulações etiológicas do passado (que não eram confiáveis por conta da dificuldade para casos de atribuir a causas) com uma simples descrição de comportamentos observáveis (Taylor, 2011).

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é uma situação neurocomportamental de início precoce que persiste até a adolescência e a idade adulta, com alta prevalência, clinicamente heterogênea, com um custo importante para a sociedade, tanto em termos econômicos como de prognóstico acadêmico e estresse familiar. Tem uma base neurobiológica e acomete ambos os sexos. O déficit inclui disfunção acadêmica e social, com alto risco na adolescência de falência escolar, baixa autoestima, dificuldades no relacionamento, conflitos parentais, delinquência e abuso de substâncias. É caracterizada por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade durante a vida (Biederman, 2005). É um transtorno com alta prevalência,

estimando-se afetar 5-10% das crianças no mundo todo (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003).

A Tabela 5 evidencia os critérios diagnósticos do TDAH de acordo com o DSM-5.

Tabela 5 – Critérios diagnósticos do TDAH.

Critérios Diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade
<p>A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desatenção: Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais: <ol style="list-style-type: none"> a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (por exemplo, negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso). b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (por exemplo, dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas). c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (por exemplo, parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia). d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (por exemplo, começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo). e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (por exemplo, dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos). f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (por exemplo, trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios,

preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).

- g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (por exemplo, realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).

2. **Hiperatividade e impulsividade:** Seis (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
 - b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (por exemplo, sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro lugar de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
 - c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado.
 - d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.
 - e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (por exemplo, não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
 - f. Frequentemente fala demais.
-

-
- g.** Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (por exemplo, termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
 - h.** Frequentemente tem dificuldade de esperar sua vez (por exemplo, aguardar em uma fila).
 - i.** Frequentemente interrompe ou se intromete (por exemplo, mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).
-

B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.

C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (por exemplo, em casa, na escola, no trabalho, com amigos ou parentes; em outras atividades).

D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de esquizofrenia ou de outro transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (por exemplo, transtorno do humor, transtorno de ansiedade, transtorno dissociativo, transtorno da personalidade, intoxicação ou abstinência de substância).

Bjorgaas, Hysing e Elgen (2012) encontraram em um estudo, através de rastreio com a escala Kiddie-SADS, mais de 50% de comorbidades psiquiátricas em 56 crianças com PC, e destas, a principal comorbidade foi o TDAH, seguido de ansiedade. A epilepsia não foi fator significativo na prevalência de transtornos psiquiátricos. Os autores não observaram correlação com o nível ou o tipo de PC. Entretanto, maior incidência de alterações psiquiátricas foi encontrada naqueles pacientes com maiores problemas comunicacionais. Os transtornos do espectro do autismo não foram pesquisados nesse estudo.

A complexidade da PC constitui um desafio para o diagnóstico de TDAH, e diferenciar entre outras causas para a falta de atenção, tais como alterações epiléticas, deficiência intelectual e dor crônica, além de dificuldades de comunicação, e os distúrbios do sono, é o grande desafio dessa condição (Newman, O'Regan, & Hensey, 2006).

Crianças e adolescentes com PC devem ser regularmente examinados por prestadores de cuidados de saúde buscando ativamente a ocorrência de problemas de saúde mental, com foco em problemas emocionais, comportamentais, acadêmicos e sociais. Cuidados devem ser tomados na avaliação e intervenção de crianças com PC para garantir que os problemas psicológicos não sejam negligenciados e fatores de risco potencialmente evitáveis sejam identificados e tratados precocemente e de forma eficaz, melhorando, assim, a qualidade de vida das crianças e seus familiares (Foster *et al.*, 2010).

1.2.3. Transtornos do Espectro do Autismo

A palavra “autismo” deriva do grego *autos*, que significa “voltar-se para si mesmo”. A primeira pessoa a utilizá-la foi o psiquiatra austríaco Eugen Bleuler, em 1911, para se referir a um dos critérios adotados em sua época para a realização de um diagnóstico de esquizofrenia. Esses critérios ficaram conhecidos como “os quatro ‘A’s de Bleuler”: alucinações, afeto desorganizado, incongruência e autismo.

A palavra “autismo” referia-se à tendência do esquizofrênico de “ensimesmar-se”, tornando-se alheio ao mundo social – fechando-se em seu mundo.

Em 1943, o psiquiatra infantil austríaco Leo Kanner estudou com mais atenção 11 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e observou neles o autismo como a característica mais marcante, usando então a expressão “*Distúrbio Autístico do Contato Afetivo*” para descrever o quadro, que se caracterizava por isolamento extremo, comportamento obsessivo e estereotipias.

Em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger propôs em seu estudo a definição de um distúrbio que ele denominou “*Psicopatia Autística*”, manifestada por um transtorno grave na interação social, uso pedante da fala, desajustamento motor e incidência apenas no sexo masculino. O autor utilizou a descrição de alguns casos clínicos, caracterizando a história familiar, aspectos físicos e comportamentais, desempenho nos testes de inteligência, além de enfatizar a preocupação com a abordagem educacional desses indivíduos (APUD Assumpção Jr, 2000).

O autismo e as condições relacionadas ao espectro do autismo são condições crônicas, cujas manifestações comportamentais incluem déficits qualitativos na interação social e na comunicação, padrões repetitivos e estereotipados de comportamento e um repertório restrito de interesses e atividades (DSM - 5, 2013).

A epidemiologia dos TEA corresponde a aproximadamente dois a cinco casos em cada 1.000 crianças, predominando no sexo masculino. Essa prevalência vem aumentando nas últimas décadas, especialmente pela realização de diagnósticos mais precoces, associada a uma melhor e mais ampla definição dos critérios diagnósticos (Lenoir *et al.*, 2009; Rapin, 2002). Fombone (2009) fala em 1% de prevalência, enquanto Zablotski, Black, Maenner, Schieve, e Blumberg (2015) falam em 2,4%.

Hoje, o TEA é definido como uma síndrome comportamental com etiologias orgânicas definidas. Segundo Gillberg (1990), o autismo é uma disfunção orgânica e o novo modo de ver o autismo é biológico.

Pesquisas sustentam a visão dos transtornos do espectro do autismo como expressão de um desenvolvimento cerebral atípico, que resulta em disfunções mais ou menos disseminadas (e não, necessariamente, com etiologia específica), complexas e amplamente distribuídas na rede neural. O diagnóstico dos TEA é baseado principalmente no quadro clínico do paciente, não havendo ainda um marcador biológico único que o caracterize (Costa & Nunesmaia, 1998).

Os critérios atualmente utilizados para o diagnóstico do autismo estão descritos no *Manual Estatístico e Diagnóstico*, da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-5, e de acordo com este as manifestações comportamentais que definem o autismo incluem

déficits qualitativos na interação social e na comunicação, padrões repetitivos e estereotipados de comportamento e um repertório restrito de interesses e atividades.

A Tabela 6 demonstra os critérios diagnósticos dos TEA de acordo com o DSM-5.

Tabela 6 – Critérios Diagnósticos para o Transtorno do Espectro Autista.

- A. Déficits persistentes na comunicação social e interação social em múltiplos contextos, como manifestado pelo que se segue, atualmente ou por história prévia:
1. Déficit na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.
 2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a integração social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.
 3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões de comportamento restritos e repetitivos.

-
- B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestados por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia:
1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipado ou repetitivo (por exemplo, estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).
 2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (por exemplo, sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).
 3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (por
-

exemplo, forte apego a, ou preocupação com, objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (por exemplo, indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

A gravidade baseia-se em prejuízos na comunicação social e em padrões restritos ou repetitivos de comportamento.

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas) ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida.

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo no presente.

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento.

A Tabela 7 demonstra os especificadores de gravidade, que podem ser usados para descrever a sintomatologia atual, com o reconhecimento de que a gravidade pode variar com o contexto ou oscilar com o tempo, de acordo com o DSM-5.

Tabela 7 – Níveis de gravidade para o Transtorno do Espectro Autista.

Nível de Gravidade	Comunicação Social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala ininteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos / repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento /

	apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos / repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amigos são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas de organização e planejamento são obstáculos à independência.

A prevalência dos TEA em pacientes com paralisia cerebral gira em torno de 15%. Kilincaslan e Mukaddes (2009), estudando 126 crianças com PC, observaram uma taxa de 11% e 4% de pacientes com autismo e transtorno invasivo do desenvolvimento, respectivamente, utilizando os critérios do DSM – IV – TR. O tipo de PC (tetraespástica e hemiplégica), a presença de epilepsia e o nível intelectual foram as diferenças relevantes entre os grupos.

Goodman e Graham (1996) encontraram uma prevalência de 3% de TEA em pacientes com hemiplegia. Não houve, nesse estudo, diferenças quanto ao sexo, idade ou

lateralidade da lesão.

Kirby *et al.* (2011), em estudo multicêntrico nos Estados Unidos, encontraram uma prevalência de 8% de TEA em crianças com PC. Variando de 3-12% dependendo da área e observaram ainda que a frequência de TEA diminuiu à medida que aumentou a gravidade do quadro motor, que eles consideraram a aquisição da marcha.

A associação da epilepsia com a PC é muito evidente e desta com o autismo também vem se mostrando prevalente. Spencer e Schneider (2009), em trabalho de revisão da literatura, encontraram algumas características associadas a maior incidência de epilepsia em autistas, tais como baixo QI, associações com doenças neurogenéticas, regressão do desenvolvimento e sexo (feminino).

Binnie e Marston (1992) sugeriram que paroxismos epileptiformes, sem crises clínicas, poderiam determinar distúrbios cognitivos. Estudando pacientes com epilepsia rolândica, os autores observaram o que eles denominaram perda cognitiva transitória. Entretanto, não é possível afirmar que todos os pacientes com descargas epileptiformes subclínicas apresentem essa perda cognitiva e que isso afete negativamente seu funcionamento psicossocial. Mas considerando essa hipótese e a maior prevalência de epilepsia nos pacientes com PC, esse pode ser um fator para a maior ocorrência de DI e outras alterações cognitivas observadas nesse grupo.

Gabis, Pomeroy e Andriola (2005) estudaram retrospectivamente 56 pacientes com autismo, TID e Síndrome de Asperger e observaram uma incidência significativamente maior de epilepsia nos autistas, suportando a hipótese da comorbidade desses fenômenos como uma anormalidade cerebral comum. Essa hipótese corrobora a prerrogativa que cérebros com transtorno do desenvolvimento ou que se desenvolvem concomitante a um processo patológico ou lesional têm risco aumentado para a ocorrência de outras situações clínicas.

Quanto ao sexo, meninas com autismo apresentam maior incidência de epilepsia que meninos, o que provavelmente se deve à maior associação de deficiência intelectual associada ao autismo nessa população. Embora a deficiência intelectual aumente o

risco de epilepsia, parece que o autismo por si só associa-se com taxas mais altas de epilepsia (Gadia, Tuchman, & Rotta, 2004; Spence & Schneider, 2009; Tuchman, Rapin, & Shinnar, 1991).

Desai *et al.* (2012), estudando o impacto do autismo em familiares de Goa – Índia, propuseram que a experiência dos pais envolve quatro fases temporais: Fase um – período de celebração; fase dois – percepção de comportamentos não esperados; fase três – observação dos pais em situações públicas; e fase quatro – onde os pais reconhecem a persistência das alterações comportamentais.

Nas fases um e dois, a palavra autismo ainda não está presente e os pais entendem ainda como um atraso específico, como, por exemplo, na fala. Na fase três, a persistência das dificuldades indica o autismo, mas o prognóstico em longo prazo só é entendido na fase quatro. Nesse sentido, pais de indivíduos com PC necessitam de maior suporte para receber um segundo diagnóstico.

1.2.4. Deficiência Intelectual

Deficiência intelectual é um transtorno com início no período do desenvolvimento neuropsicomotor caracterizado por déficits em habilidades mentais gerais, como raciocínio, resolução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizado acadêmico e aprender com experiência. Os déficits resultam em comprometimento funcional, tanto intelectual quanto adaptativo, nos domínios conceitual, social e prático. A adaptação ao ambiente é sempre afetada a atualmente parte dos critérios diagnósticos (DSM - 5, 2013). Para DI, a pontuação para os níveis de desenvolvimento intelectual deve ser determinada com base em todas as informações disponíveis, incluindo os sinais clínicos, o comportamento adaptativo no meio cultural, os resultados individuais e dos testes psicométricos. Sua presença tem enorme efeito social, não afetando apenas as pessoas que apresentam o diagnóstico, mas também a família e a sociedade como um todo. Sua prevalência é estimada em 1% a 3% nos

países desenvolvidos (Katz & Lazcano-Ponce, 2008).

Para o DSM-5 (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* 5ª Ed.), o diagnóstico da deficiência intelectual é embasado em três importantes critérios: Critério A: Q.I.- Quociente de Inteligência abaixo de 70; Critério B: Limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança; Critério C: Ocorrer antes dos 18 anos.

A associação de DI com paralisia cerebral varia entre 25% e 50% nos diversos estudos (Andersen *et al.*, 2008; Himmelmann, Beckung, Hagberg, & Uvebrant, 2006; Huang, Tseng, Chen, Shieh, & Lu, 2013; Koman *et al.*, 2004; Singhi & Saini, 2013; Tan *et al.*, 2014). Essa associação causa limitações especialmente no aprendizado e está ligada ao grau de envolvimento cerebral (Koman *et al.*, 2004).

Em estudo norueguês, os autores observaram a presença de DI em 31% das 85 crianças avaliadas, sendo esta mais frequente nas formas tetraespástica da PC (Andersen *et al.*, 2008). Himmelmann *et al.* (2006) encontraram DI em 40% da sua amostra. Também observaram que a proporção de crianças com perdas associadas (DI, deficiência visual e auditiva) aumentava significativamente de acordo com o nível do GMFCS, sendo que 79% das crianças com nível I não tinham comorbidades, em contraste com 6%, no nível V.

Vários fatores determinam o desempenho geral das crianças com PC. A gravidade do comprometimento motor e deficiência intelectual, além de fatores contextuais, como auxiliar / assistente educacional e desempenho educacional. Além disso, é importante mencionar que o comportamento pró-social da criança tem um impacto positivo sobre o desempenho de atividades cognitivas / comportamentais na escola (Huang *et al.*, 2013).

Quando observamos a participação de adolescentes em atividades sociais, a gravidade do quadro motor e a deficiência intelectual são os fatores de maior impacto sobre a frequência dessa participação. Adolescentes com uma única deficiência leve

participaram em alguns domínios sociais tão frequentemente quanto adolescentes na população em geral (Michelsen *et al.*, 2014).

A deficiência intelectual é mais característica para o desenvolvimento da participação social e adaptativo que o nível GMFCS. As trajetórias de desenvolvimento e o diagnóstico da DI podem melhorar o suporte a indivíduos com PC e suas famílias no estabelecimento de metas realistas na otimização da escolha das intervenções em uma idade precoce (Tan *et al.*, 2014).

Os resultados de estudos relacionados à escolarização de crianças e adolescentes com PC podem servir como um guia para os serviços de saúde para priorizar as atividades, planejar a avaliação e a intervenção apropriada para crianças com PC que têm limitações no desempenho da atividade na escola (Huang *et al.*, 2013).

JUSTIFICATIVA

Deus est á nas coincid ê ncias.

—Nelson Rodrigues

2. JUSTIFICATIVA

Os programas de reabilitação para pacientes com paralisia cerebral têm como foco os ganhos motores. Não há avaliação psiquiátrica de rotina na maioria dos centros de atendimento, bem como enfoque específico nas comorbidades.

A presença de comorbidades psiquiátricas traz piora funcional e na qualidade de vida dessas crianças, por isso seu reconhecimento e tratamento deve fazer parte da rotina de centros de reabilitação. Seu diagnóstico precoce é fundamental para um tratamento mais completo.

A seguir dois casos ilustrativos que evidenciam a importância desta pesquisa.

Caso 1: G.W.S., 3 anos e 6 meses, com diagnóstico de paralisia cerebral diparética espástica, nível motor III, em treino de marcha com andador, sem sucesso. Paciente não aceita o uso de órtese suropodálica de posicionamento e não coopera com a terapia. Realizado avaliação com PSC, positiva, com posterior avaliação pela ATA, onde pontuou 32 (TEA). Realizado intervenção psicológica e de terapia ocupacional com dessensibilização dos pés para uso da órtese e treino comportamental junto à fisioterapia. Paciente apresentou boa evolução com finalização do treino de marcha e uso dos aditamentos.

Caso 2: G., 14 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral diparética espástica, nível motor III, em treino de marcha com andador após procedimento cirúrgico. Menor com queixas de dores migratórias, irritabilidade e sem adesão ao treino de marcha. Após PSC positivo, foi realizada avaliação clínica com diagnóstico final de depressão. Introduzido terapia medicamentosa em associação com psicoterapia e após cinco semanas a paciente voltou a deambular sem queixa de dores.

2.1 OBJETIVOS

2.1.1. GERAL

Pesquisar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes com paralisia cerebral atendidos em um centro de reabilitação terciário.

2.1.2. ESPECÍFICOS

Estudar separadamente os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), comparando com o tipo de PC, idade, sexo e a presença ou não de epilepsia.

Comparar ainda o impacto na funcionalidade dos pacientes com TEA/TDAH com pacientes que apresentam PC sem outras comorbidades, pareados por idade e nível motor.

M É TODO

O homem é um pequeno mundo.
—Aristóteles

3. MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, prospectivo, de corte transversal. Para o projeto de pesquisa foram estudados 550 indivíduos com diagnóstico de paralisia cerebral, atendidos em um centro terciário de reabilitação física (Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD – Unidade Osasco). Todos os pacientes tiveram seu quadro motor classificado de acordo com o GMFCS.

Os indivíduos foram rastreados com a escala PSC para sintomas psiquiátricos (*Pediatric Symptom Checklist*) – (Anexo A), validada no Brasil por Muzzolon, Cat e Santos (2013) e, posteriormente, caso possuísem pontuação acima da média de corte, foram avaliados por dois examinadores separadamente.

O diagnóstico psiquiátrico foi realizado de acordo com os parâmetros do DSM-5 e da CID-10, além da escala de traços autísticos – ATA (Assumpção Júnior *et al.*, 2008) para os TEA (Anexo B) e o SNAP IV para TDAH (Anexo C).

O CGAS (*Children's Global Assessment Scale*) (Shaffer *et al.*, 1983) foi utilizado para verificação de impacto adaptativo e comparação da amostra de transtornos do espectro do autismo com PC (Anexo D).

A avaliação de inteligência foi realizada através da aplicação do WISC IV, ou do WAIS III ou do Columbia, de acordo com a idade, por neuropsicólogo do serviço. A Escala de Desenvolvimento Social Vineland (Sparrow SS, Balla DA, & DV, 1984) foi o instrumento utilizado para verificação do comportamento adaptativo (Anexo E).

3.1. INSTRUMENTOS

- PSC – *Pediatric Symptom Checklist*: é um instrumento de rastreio para problemas emocionais e/ou psicossociais de crianças e adolescentes entre 6-16

anos. Consiste de um questionário de 35 itens, aplicado aos pais ou cuidadores, e que refletem a impressão destes do comportamento e desenvolvimento da criança. O ponto de corte para risco positivo é ≥ 28 pontos (Muzzolon *et al.*, 2013).

- ATA – escala de traços autísticos: é uma escala composta por 23 subescalas divididas em diferentes itens. Cada subescala é pontuada no valor de 0 a 2, de acordo com o número de itens positivos (0 ponto para nenhum item, 1 ponto para 1 item e 2 pontos para dois ou mais itens); a pontuação global é calculada a partir da soma aritmética dos pontos nas subescalas, e uma pontuação superior a 23 pontos é sugestiva para o diagnóstico de TEA (Assumpção Júnior *et al.*, 2008).
- SNAP IV: é um questionário de domínio público, sucedâneo do SNAP-III e SNAP-IIIR, estes dois últimos formulados a partir da terceira versão do DSM e de sua revisão, respectivamente, todos utilizando uma escala de quatro níveis de gravidade. Esta escala é uma revisão de Swanson, Nolan e Pelham, realizada em 1983 e validada no Brasil por Matos *et al.* (2006).
- Escala de Inteligência Weschler para Crianças – 4ª Edição (WISC IV): aplicada por neuropsicóloga da equipe do centro de reabilitação. A Escala Wechsler de Inteligência para Crianças é um instrumento clínico de aplicação individual que tem como objetivo avaliar a capacidade intelectual das crianças e o processo de resolução de problemas. Faixa etária: seis anos e zero meses a 16 anos e 11 meses. É composta por 15 subtestes, sendo 10 principais e cinco suplementares, e dispõe de quatro índices, a saber: Índice de Compreensão Verbal, Índice de Organização Perceptual, Índice de Memória Operacional e Índice de Velocidade de Processamento, além do Q.I. Total.
- Escala de Inteligência Weschler para adultos – WAIS III: aplicada por neuropsicóloga da equipe do centro de reabilitação. É um teste para avaliação clínica de capacidade intelectual de adultos na faixa etária entre 16 e 89 anos.
- Escala de Maturidade Mental Colúmbia: teste de inteligência não verbal aplicado

por neuropsicóloga da equipe do centro de reabilitação. O objetivo deste teste é avaliar a capacidade intelectual das crianças em geral, através de respostas não verbais. O material utilizado para a Escala Mental Colúmbia é formado por cartões com desenhos impressos. Os desenhos contidos nos cartões são figuras geométricas, pessoas, animais, vegetais ou objetos comuns na experiência de crianças. O objetivo é encontrar a figura que é diferente das outras, sendo que a diferença vai se tornando mais complexa, envolvendo problemas de analogia e relações abstratas.

- CGAS – *Children's Global Assessment Scale*: trata-se de uma escala de nove itens que medem o funcionamento global de crianças e adolescentes. Pontua-se o nível mais prejudicado de funcionamento geral do sujeito para um período de tempo específico de um mês, selecionando o nível mais baixo que descreva seu funcionamento num *continuum* hipotético de saúde-doença. Pontua-se o funcionamento atual, independentemente do tratamento ou prognóstico (Shaffer *et al.*, 1983).
- Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland: avalia o nível funcional do paciente em quatro áreas: comunicação, atividades de vida diária, socialização e habilidades motoras, mensurando um quociente de desenvolvimento (Sparrow *et al.*, 1984).

3.2. PARTICIPANTES

3.2.1. Critérios de Inclusão

Pacientes com paralisia cerebral, com idade entre 1-17 anos e 11 meses cujos pais ou responsáveis assinaram o termo de consentimento esclarecido.

3.2.2. Critérios de Exclusão

Para os pacientes do grupo comórbido com TDAH, foram excluídos aqueles com DI moderada a grave;

Pacientes com doenças neuromusculares ou degenerativas;

Pacientes com outras deficiências sensoriais (visual ou auditiva) associadas.

3.3. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (versão 18.0) para o sistema operacional Windows. Foi considerado valor estatisticamente significativo $p < 0,05$. Análises descritivas foram utilizadas para verificar a distribuição de indivíduos de acordo com dados demográficos, características do PC (i.e. tipo e nível motor) e presença de comorbidades (i.e. epilepsia, deficiência intelectual e transtornos psiquiátricos do Eixo I). Usamos o teste qui-quadrado para determinar possíveis diferenças quanto à distribuição de sujeitos entre diferentes categorias (i.e. sexo, tipo de PC e nível de PC nos pacientes com TEA, TDAH e controles; presença de transtorno psiquiátrico e tipo de PC; risco relativo de ter epilepsia ou deficiência intelectual nos pacientes com TEA). Diferenças nos escores da CGAS entre os grupos com TEA, TDAH e controles foram verificadas com o teste Kruskal-Wallis.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Anexo F

Como condição para a participação no estudo, os pais ou responsáveis de cada participante assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido, com esclarecimentos acerca da pesquisa e informações pertinentes a riscos e sigilo. Este termo foi redigido de acordo com a resolução CNS nº 466/2012, segundo o Conselho

Nacional de Saúde (CNS). Disponível em:
<http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=312&Itemid=283&lang=pt>.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa através da Plataforma Brasil
Número do Parecer: 1.007.076 Data da Relatoria: 26/01/2015 (Anexo G).

RESULTADOS

Sei que meu trabalho é uma gota no oceano,

Mas, sem ele, o oceano seria menor.

—Madre Teresa de Calcutá

4. Resultados

1. Descrição da amostra quanto ao tipo de PC e nível motor

Foram avaliados 550 indivíduos com diagnóstico de paralisia cerebral, 316 (57,45%) do sexo masculino e 234 (42,54%) do feminino, com idade média de 8,99 anos ($\pm 4,96$, variando entre um e 18 anos) e mediana de idade de 9,00 anos (Q1-Q3: 5-13).

Quanto à classificação da paralisia cerebral, 490 pacientes (89,09%) apresentam a forma espástica, sendo 180 (32,73%) diparético espástico, 204 (37,09%) tetraparético espástico e 106 (19,27%) hemiparético espástico (55 à direita e 51 à esquerda). A forma coreoatetoide foi observada em 39 (7,09%) pacientes, em seis (1,09%) a forma foi atáxica e 15 (2,73%) pacientes apresentaram forma mista (espástica associada à coreoatetoide) (Figura 1).

Figura 1– Classificação da paralisia cerebral.

Legenda: DIPARET: diparético espástico; TETRA: tetraparético espástico; HEMI: hemiparético espástico; D: direita; E: esquerda; COREO: coreoatetoide.

Quando verificada a associação entre o nível motor e a classificação da paralisia cerebral, observou-se a seguinte distribuição, representada na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos em função do tipo de paralisia cerebral e o seu nível motor.

		NÍVEL				
		I	II	III	IV	V
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
PC	ATÁXICO	3 (50%)	3 (50%)	0	0	0
	COREO	5 (12,5%)	6 (15%)	6 (15%)	7 (17,5%)	15 (37,5%)
	Diparético	57 (31,7%)	42 (23,3%)	42 (23,3%)	36 (20%)	3 (1,7%)
	HEMI D	44 (80%)	6 (10,9%)	3 (5,5%)	2 (3,6%)	0
	HEMI E	33 (64,7%)	12 (23,5%)	4 (7,8%)	2 (3,9%)	0
	MISTA	1 (6,7%)	0	5 (33%)	3 (20%)	6 (40%)
	TETRA	0	0	17 (8,3%)	83 (40,7%)	104 (51%)

Legenda: Diparético: diparético espástico; TETRA: tetraparético espástico; HEMI: hemiparético espástico; D: direita; E: esquerda; COREO: coreoatetoide.

2. Forma clínica e nível de gravidade do PC nos pacientes com deficiência intelectual

A comorbidade psiquiátrica mais frequentemente observada foi a deficiência intelectual, em 283 (44,55%) dos pacientes. Desses sujeitos, 47 (16,6%) apresentavam DI leve, 121 (42,75%) com DI moderada e 115 (40,63%) com DI grave ou profunda.

Quando selecionamos apenas os sujeitos com deficiência intelectual (n=283), observamos que 265 pacientes (93,6%) apresentam a forma espástica, sendo 59 (20,8%) diparético espástico, 181 (64%) tetraparético espástico e 25 (8,8%) hemiparético espástico (11 à direita e 14 à esquerda). A forma coreoatetoide foi observada em 10 (3,5%) pacientes, em dois (0,7%) a forma foi atáxica e 6 (2,1%) pacientes apresentaram forma mista (espástica associada à coreoatetoide).

A associação entre o nível motor e a classificação da paralisia cerebral nos pacientes com deficiência intelectual encontra-se na Tabela 9, sua correlação com o tipo de PC e o nível motor na Tabela 10 e a distribuição quanto ao gênero na Tabela 11.

Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos com deficiência intelectual em função do tipo de paralisia cerebral e o seu nível.

		NÍVEL					Total
		I	II	III	IV	V	
PC	ATÁXICO	2 (100%)	0	0	0	0	2
	COREO	1 (10%)	0	1 (10%)	3 (30%)	5 (50%)	10
	Diparético	9 (15,3%)	11 (18,6%)	15 (25,4%)	21 (35,6%)	3 (5,1%)	59
	HEMI D	3 (27,3%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	0	11
	HEMI E	5 (35,7%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	0	14
	MISTA	0	0	1 (16,7%)	0	5 (83,3%)	6
	TETRA	0	0	7 (3,9%)	72 (39,8%)	102 (56,4%)	181
Total		20	18	30	100	115	283

Legenda: Diparético: diparético espástico; TETRA: tetraparético espástico; HEMI: hemiparético espástico; D: direita; E: esquerda; COREO: coreoatetóide.

.

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes com deficiência intelectual segundo o tipo de PC e o nível motor.

			NÍVEL					Total
			I	II	III	IV	V	
PC	ATÁXICO	Count	2	0	0	0	0	2
		% within PC	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	COREO	Count	1	0	1	3	5	10
		% within PC	10,0%	,0%	10,0%	30,0%	50,0%	100,0%
	DIPARET	Count	9	11	15	21	3	59
		% within PC	15,3%	18,6%	25,4%	35,6%	5,1%	100,0%
	HEMI D	Count	3	3	3	2	0	11
		% within PC	27,3%	27,3%	27,3%	18,2%	,0%	100,0%
	HEMI E	Count	5	4	3	2	0	14
		% within PC	35,7%	28,6%	21,4%	14,3%	,0%	100,0%

MISTA	Count	0	0	1	0	5	6
	% within PC	,0%	,0%	16,7%	,0%	83,3%	100,0%
TETRA	Count	0	0	7	72	102	181
	% within PC	,0%	,0%	3,9%	39,8%	56,4%	100,0%
Total	Count	20	18	30	100	115	283
	% within PC	7,1%	6,4%	10,6%	35,3%	40,6%	100,0%

Tabela 11 – Distribuição dos pacientes com PC de acordo com a presença de deficiência intelectual e gênero.

			Gênero		Total
			M	F	
EIXO II - DI Ausente	Count		161	106	267
	%		60,3%	39,7%	100,0%
DI	Count		155	128	283
	%		54,8%	45,2%	100,0%
Total	Count		316	234	550
	%		57,5%	42,5%	100,0%

Legenda: DI: deficiência intelectual; M: masculino; F: feminino.

Pacientes com e sem deficiência intelectual tiveram distribuição semelhante de gêneros ($\chi^2=1,72$; $p=0,190$).

3. Descrição da amostra quanto à presença de epilepsia

A seguir, investigamos a presença de comorbidades nos pacientes. A epilepsia foi observada em 238 (43,2%) pacientes (Figura 2).

Figura 2 – Frequência de epilepsia nos pacientes com paralisia cerebral.
Legenda: EPI: epilepsia.

4. Descrição da amostra quanto à presença de transtornos psiquiátricos

Em relação à presença de comorbidades psiquiátricas, observamos que 337 (61,3%) preenchem critérios para algum transtorno psiquiátrico de Eixo I ou II (Figura 3).

Figura 3 – Frequência de transtornos psiquiátricos.

Legenda: TP: transtorno psiquiátrico.

Para explorar mais detalhadamente a presença de comorbidades psiquiátricas nos pacientes com PC, separamos a amostra em quatro categorias: (i) pacientes sem comorbidade psiquiátrica (Eixo I e II); (ii) pacientes com transtornos psiquiátricos de Eixo I; (iii) pacientes com deficiência intelectual; (iv) pacientes com transtornos de Eixo I e deficiência intelectual. Setenta e um pacientes (12,9%) apresentavam transtornos psiquiátricos de Eixo I, 245 apresentavam somente deficiência intelectual (44,6%) e 33 pacientes (6%) apresentavam, além da deficiência intelectual, um transtorno psiquiátrico de Eixo I (Figura 4).

Figura 4 – Frequência de comorbidades psiquiátricas de Eixo I e II nos pacientes com paralisia cerebral.
Legenda: DI: deficiência intelectual.

Outras comorbidades psiquiátricas frequentes foram os transtornos ansiosos (17 pacientes – 3,1%), transtornos do comportamento (23 pacientes – 3,2%), transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (17 pacientes – 3%), transtorno do espectro autista (33 pacientes – 6%) e depressão (sete pacientes – 1,3%). Quatro pacientes (0,7%) apresentavam algum outro transtorno psiquiátrico (dois pacientes com transtorno de oposição e desafiador, um com psicose e um com transtorno dissociativo). Quatro pacientes (0,7%) preenchem critério diagnóstico para mais de um transtorno psiquiátrico do Eixo I (i.e. Misto) (Figura 5).

Figura 5 – Frequência de comorbidades psiquiátricas de Eixo I nos pacientes com paralisia cerebral.
Legenda: TEA: transtorno do espectro autista; TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; TAG: transtorno de ansiedade generalizada; DEPRE: depressão; TCPTO: transtorno de comportamento.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de pacientes com comorbidades psiquiátricas (i.e. TEA e TDAH) e pacientes controles considerando o tipo de PC (TEA vs CONT $\chi^2=0.00$, $p=1.000$; TDAH vs CONT $\chi^2=6.26$, $p=0.180$). Na Tabela 12 é possível observar a distribuição dos pacientes com PC de acordo com a presença de uma comorbidade psiquiátrica e o tipo de PC.

Tabela 12 – Distribuição dos pacientes com PC de acordo com a presença de uma comorbidade psiquiátrica e o tipo de PC.

Tipo de PC	Grupo		
	TEA	TDAH	Controles
HEMI	8	6	8
Diparético	18	8	18

Atáxico	1	0	0
COREO	0	1	1
TETRA	6	0	6

Legenda: Diparético: diparético espástico; HEMI: hemiparético espástico; COREO: coreoatetóide; TEA: transtorno do espectro autista; TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

5. Explorando TEA e epilepsia

Exploramos a presença de epilepsia no grupo de sujeitos com Transtorno de Espectro Autista. A frequência de casos de pacientes com TEA e epilepsia é maior do que a frequência observada nos pacientes que não têm qualquer comorbidade psiquiátrica do Eixo I ($\chi^2=4,75$, $p=0,029$). O risco relativo de ter epilepsia no grupo de TEA foi de 2,23. Por outro lado, a frequência de pacientes com TEA é semelhante à frequência de pacientes sem transtorno psiquiátrico Eixo I e deficiência intelectual ($\chi^2=0,99$; $p=0,320$).

Tabela 13 – Frequência de epilepsia nos pacientes com e sem TEA.

		TEA		Total
		Ausente	TEA	
EPI	Ausente	237	24	261
	EPI	209	9	218
Total		446	33	479

Legenda: TEA: transtorno do espectro autista; EPI: epilepsia.

Tabela 14 – Frequência de deficiência intelectual nos pacientes com e sem TEA.

		TEA		Total
		Ausente	TEA	
DI	Ausente	202	12	214
	DI	244	21	265
Total		446	33	479

Legenda: TEA: transtorno do espectro autista; DI: deficiência intelectual.

6. Explorando EPI e PC/nível

Quanto à classificação da paralisia cerebral nos pacientes com epilepsia, 218 pacientes (92,4%) apresentam a forma espástica, sendo 40 (16,8%) diparético espástico, 137 (57,5%) tetraparético espástico e 41 (18,1%) hemiparético espástico (23 à direita e 18 à esquerda). A forma coreoatetoide foi observada em 13 (5,5%) pacientes, em um (0,4%) a forma foi atáxica e seis (2,5%) pacientes apresentaram forma mista (espástica associada à coreoatetoide) (Figura 6).

Figura 6 – Frequência de formas clínicas nos pacientes com epilepsia.

Legenda: Diparético: diparético espástico; TETRA: tetraparético espástico; HEMI: hemiparético espástico; D: direita; E: esquerda; COREO: coreoatetoide.

Quando verificada a associação entre o nível motor e a classificação da paralisia cerebral nos pacientes com epilepsia, observou-se a seguinte distribuição, representada na Tabela 15.

Tabela 15 – Distribuição dos sujeitos com epilepsia em função do tipo de paralisia cerebral e o seu nível motor.

		NÍVEL					Total
		I	II	III	IV	V	
PC	ATÁXICO	1 (100%)	0	0	0	0	1
	COREO	1 (7,7%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)	7 (53,8%)	13
	Diparético	7 (17,5%)	8 (20%)	11 (27,5%)	11 (27,5%)	3 (7,5%)	40
	HEMI D	15 (65,2%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	2 (8,7%)	0	23
	HEMI E	8 (44,4%)	4 (22,2%)	4 (22,2%)	2 (11,1%)	0	18
	MISTA	0	0	1 (16,7%)	0	5 (83,3%)	6
	TETRA	0	0	10 (7,3%)	48 (35%)	79 (57,7%)	137
Total		32	17	30	65	94	238

Legenda: Diparético: diparético espástico; TETRA: tetraparético espástico; HEMI: hemiparético espástico; D: direita; E: esquerda; COREO: coreoatetoide.

7. Explorando funcionalidade e transtorno psiquiátrico Eixo I

Uma análise exploratória foi realizada com o intuito de verificar o impacto da presença de uma comorbidade psiquiátrica na funcionalidade dos pacientes com PC. Para tal, foi aplicada a escala CGAS nos pacientes com diagnóstico de TEA e TDAH e suas pontuações foram comparadas com a de sujeitos controles, com PC, porém sem diagnóstico psiquiátrico. Foram excluídos desta subanálise os pacientes que apresentavam deficiência intelectual moderada/grave.

O grupo com TEA foi constituído por 12 pacientes (oito homens [66,7%] e quatro mulheres [33,3%]) com idade média de 7,75 anos ($\pm 4,09$). Nesse grupo, três (25%) pacientes tinham PC do tipo Hemiparético espástico e nove (75%) eram do tipo

Diparético espástico. Quanto ao nível motor, oito (66,7%) pacientes poderiam ser classificados como nível I, três (25%) pacientes eram nível II e um (8,3%) era nível III.

O grupo com TDAH foi composto por 15 pacientes (13 homens [86,7%] e duas mulheres [13,3%]) com idade média de 8,93 anos ($\pm 2,22$). Nesse grupo, seis (40%) pacientes tinham PC do tipo Hemiparética espástica, oito (53,3%) eram diparético espástica e um (6,7%) era Coreoatetóide. Quanto ao nível motor, 10 (66,7%) pacientes poderiam ser classificados como nível I, dois (13,3%) pacientes eram nível II e três (20%) eram nível III.

Finalmente, o grupo Controle foi constituído por 19 pacientes (13 homens [68,4%] e seis mulheres [31,6%]) com idade média de 5,95 anos ($\pm 4,05$). Cinco (26,3%) pacientes tinham PC do tipo Hemiparética espástica, 13 (68,4%) do tipo diparético espástica e um (5,3%) do tipo Atáxico. Onze (57,9%) pacientes poderiam ser classificados como nível I, sete (36,8%) como nível II e um (5,3%) como nível III.

Considerando os fatores demográficos, observou-se que os grupos apresentavam semelhante distribuição de indivíduos em relação aos seguintes fatores: sexo ($\chi^2=1,8$; $p=0,389$), tipo de PC ($\chi^2=4,7$; $p=0,584$) e nível de PC ($\chi^2=3,7$; $p=0,450$). No entanto, uma diferença significativa entre os grupos foi observada em relação à idade dos participantes ($\chi^2=7,78$; $p=0,020$). Os pacientes com TDAH eram mais velhos do que os participantes com TEA ($Z=-2,48$; $p=0,013$) e que os sujeitos controles ($Z=-2,35$; $p=0,019$).

A presença de um transtorno psiquiátrico impactou significativamente a percepção da funcionalidade das crianças com PC ($\chi^2=27,53$; $p<0,001$). Pacientes com TEA e TDAH tiveram pontuações mais baixas no CGAS do que seus pares sem transtorno psiquiátrico ($Z=-3,9$; $p<0,001$ e $Z=-4,8$; $p<0,001$, respectivamente). Pacientes TEA/TDAH não diferiram entre si quanto à sua pontuação no CGAS ($Z=-0,7$; $p=0,498$) (Tabela 16 e Figura 7).

Tabela 16 – Impacto da presença de uma comorbidade psiquiátrica e a qualidade de vida dos participantes.

	TEA Média (SD)	TDAH Média (SD)	Controles Média (SD)	Kruskal-Wallis Test	P
CGAS	55,83 (11,77) ^a	55,33 (9,90) ^b	88,43 (11,19)	27,53	<0,001

Legenda: CGAS: *Children's Global Assessment Scale*; TEA: transtorno do espectro autista; TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade; ^a TEA < Controles, Mann-Whitney Test; ^b TDAH < Controles, Mann-Whitney Test.

Figura 7 – Pontuação no CGAS dos pacientes com PC, divididos segundo o tipo de transtorno psiquiátrico associado.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=4,69$; $p=0,584$) entre os grupos de pacientes com comorbidades psiquiátricas (i.e. TEA e TDAH) e pacientes controles, considerando o tipo de PC. Na Tabela 17, é possível observar a distribuição

dos pacientes com PC de acordo com a presença de uma comorbidade psiquiátrica e o tipo de PC.

Tabela 17 – Distribuição dos pacientes com PC de acordo com a presença de uma comorbidade psiquiátrica e o tipo de PC.

Tipo de PC	Grupo		
	TEA	TDAH	Controles
HEMI	5	3	6
DIPARET	13	9	8
ATÁXICO	1	0	0
COREO	0	0	1

Legenda: DIPARET: diparético espástico; HEMI: hemiparético espástico; COREO: coreoatetoide; TEA: transtorno do espectro autista; TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

DISCUSSÃO

Nada lhe pertence mais que seus sonhos.

—Friedrich Nietzsche

5. Discussão

Embora descrita desde o século XIX e relativamente bem conhecida enquanto entidade nosológica, a paralisia cerebral tem sido pouco estudada na atualidade, especialmente em relação às comorbidades que a acompanham. A PC não é uma entidade única, ela possui múltiplas apresentações e múltiplas variáveis (Foster, 2010). As classificações e definições anteriores não deram a devida importância à deficiência não motora do desenvolvimento neurológico, ao desempenho e às alterações de comportamento que normalmente acompanham a PC, nem para a progressão das dificuldades musculoesqueléticas que muitas vezes ocorre com o avanço da idade (Rosembaun, 2007).

Este trabalho nasceu da percepção da autora de que o diagnóstico de condições psiquiátricas em crianças com PC é deixado em segundo plano, mesmo em centros de reabilitação terciários, e que as queixas relativas a essas situações clínicas são frequentes e levam a impacto adaptativo importante; e, finalmente, que, quando o diagnóstico é realizado, há um alívio por parte dos familiares e da própria criança, eventualmente, por haver uma explicação para as queixas apresentadas.

Em relação à distribuição das formas clínicas da paralisia cerebral, nossa amostra encontra-se de acordo com a literatura, sendo mais frequente a forma espástica, com cerca de 90% dos casos, com maior frequência das formas diparética e tetraparética espástica, seguidas da forma coreoatetoide e mista. Não houve, nesta amostra, casos da forma hipotônica, que é a menos prevalente, também de acordo com a literatura (Agarwal & Verma, 2012; Legault *et al.*, 2011). Não observamos, ainda, diferença em relação ao sexo.

Embora não fosse o objetivo deste trabalho estudar a ocorrência de epilepsia nessa população, visto ser esta uma doença neurológica, observamos que 43,2% dos nossos pacientes apresentaram essa associação, sendo mais frequente na forma tetraparética espástica, a mais grave clinicamente e onde todos os estudos apontam maior ocorrência de outras situações clínicas associadas.

Além disso, nosso estudo foi desenvolvido num centro de reabilitação terciário e não num centro de epilepsia, por isso não foi possível homogeneizar nossa amostra para o diagnóstico da síndrome epilética apresentada, visto que a maior parte dos pacientes realizou o eletroencefalograma em locais variados e com especificações de tempo diferentes e médicos distintos avaliando os exames.

Ainda assim, podemos concluir que, na nossa casuística, a epilepsia não foi um fator de risco para as comorbidades psiquiátricas, exceto para a deficiência intelectual. Esse achado é explicado pela maior gravidade dos pacientes com epilepsia neste estudo.

A presença de uma síndrome epilética foi mais frequente nos pacientes com as formas espástica da PC, entretanto, quando separamos nossos pacientes de acordo com o nível motor e a forma clínica da PC, obtivemos poucos pacientes em cada grupo, não sendo possível notar diferença estatística entre os grupos, embora possamos notar uma tendência de maior presença de epilepsia quanto mais grave foi o quadro motor, tanto na forma clínica quanto no nível motor. Esses dados estão de acordo com a literatura e nos alertam quanto à necessidade de investigar ativamente a presença de síndromes epilépticas, especialmente nos sujeitos mais graves motoramente, pois, eventualmente, a crise pode não ser notada pelos familiares.

A PC tem sido tradicionalmente vista como um distúrbio do controle motor, e embora atualmente essa definição venha sendo questionada, sua abordagem terapêutica permanece priorizando os aspectos motores. Síndromes psiquiátricas tratáveis nessa população têm sido uma área negligenciada de estudo (Rosenbaum, 2007; Foster *et al.*, 2010).

Uma prevalência mais alta de problemas psiquiátricos é encontrada em pacientes com PC quando comparados a grupos controles, todavia a maioria dos estudos é realizada através de escalas aplicadas a pais e cuidadores e com metodologia muito variada, sendo muito difícil homogeneizar os achados e as conclusões. No nosso trabalho, mais da metade (61,2%) dos nossos pacientes apresentaram critérios para o diagnóstico de alguma comorbidade psiquiátrica na escala de rastreio aplicada (PSC) e esse número se encontra de acordo com os dados de literatura (Bjorgaas, Hysing, & Elgen, 2012;

Bjorgaas *et al.*, 2013; Brossard-Racine *et al.*, 2012; Foster *et al.*, 2010; Goodman & Graham, 1996; Parkes *et al.*, 2008; Tilton & Delgado, 2011).

Embora 44,55% desses pacientes apresentassem deficiência intelectual como diagnóstico, cerca de 13% dos sujeitos foram diagnosticados com transtornos psiquiátricos de Eixo I, sem a presença da DI, e 6% apresentaram transtornos de eixo I associado à DI. Esses números indicam a necessidade de melhorarmos nosso arsenal diagnóstico para crianças e adolescentes com PC que extrapolem a DI.

É importante salientar que a presença da deficiência intelectual é um fator de risco psiquiátrico (Streeme & Diseth, 2000). Pacientes com DI apresentam menos mecanismos de proteção psíquicos e necessitam de maior suporte familiar e profissional.

A escala PSC, validada no Brasil por Muzzolon, Cat e Santos (2013), mostrou-se de fácil aplicação e bastante sensível para essa população. Todos os pacientes que pontuaram como risco positivo tiveram um diagnóstico psiquiátrico confirmado posteriormente, ao exame clínico.

Transtorno de comportamento foi observado em 3,2% dos nossos casos. Esse número está abaixo daquele observado em alguns estudos (Brossard-Racine *et al.*, 2012; Bjorgaas *et al.*, 2013), provavelmente por conta de diferenças metodológicas. Nós consideramos transtorno de comportamento pacientes cuja queixa principal estava ligada ao comportamento, sem a presença de outro diagnóstico psiquiátrico que explicasse essas alterações, tais como TEA ou TDAH.

Outra questão a ser pensada é que quase metade dos nossos pacientes (47,45%) apresentava nível motor IV ou V, ou seja, são indivíduos gravemente acometidos do ponto de vista motor, com pouca funcionalidade, alta dependência e, conseqüentemente, poucos recursos cognitivos, inclusive para transtorno de comportamento.

Nesses casos, a família frequentemente se adapta às necessidades de uma criança totalmente dependente e passa a atender todas as demandas desse paciente sem

grandes contraposições, o que evita problemas comportamentais ou de conduta, já que não é exposto a frustrações.

Manejar crianças e adolescentes com alterações comportamentais é um fator de estresse das famílias e da escola (Blacher & Baker, 2007), portanto realizar o diagnóstico e a intervenção adequada para esses casos é de fundamental importância para a melhor adaptação desse paciente e de sua família.

O impacto negativo dos transtornos psiquiátricos é observado não só na vida do paciente como também da sua família. Esse impacto familiar já existe por conta da deficiência física e, quando somado à questão psiquiátrica, piora sobremaneira a vida familiar e comunitária. Neste trabalho, não foi pesquisado ativamente o impacto familiar, mas relatos subjetivos evidenciam sua presença em praticamente todos os casos, especialmente na presença de um diagnóstico psiquiátrico associado. Portanto, serviços de saúde mental devem rotineiramente fazer parte do seguimento de pacientes com paralisia cerebral, visando não somente o tratamento do paciente, como também suporte e psicoeducação aos familiares e à escola (Bjorgaas *et al.*, 2012).

A identificação e o manejo correto dessas comorbidades são necessários para dar a essas crianças um cuidado mais amplo de sua condição (Tilton & Delgado, 2011). Para tanto, a equipe dos centros de reabilitação que cuidam de pacientes com PC deve estar preparada para reconhecer e manejar as alterações comportamentais e emocionais dos pacientes. A presença de escalas de rastreio e de diagnóstico psiquiátrico, objetivas e de fácil emprego, deve ser parte do arsenal investigativo de todo centro de reabilitação neurológico. Este estudo demonstra que a aplicação seriada de escala de rastreio, com posterior exame objetivo dos pacientes positivos, muda todo o entendimento daquele paciente e das dificuldades subjacentes à deficiência física, alertando para a existência de situações que exigem uma abordagem diferenciada.

Transtornos internalizantes, como depressão e ansiedade, são bastante difíceis de diagnosticar na infância e mais ainda em pacientes com PC (Blackman & Conaway, 2014). Na nossa amostra, observamos uma frequência relativamente baixa desses transtornos quando comparados à da literatura (3,1% para ansiedade e 1,3% para

depressão), possivelmente por um “viés” de amostra, onde frente à gravidade do quadro motor e neurológico apresentado, esses transtornos são frequentemente minimizados (Levy-Zaks *et al.*, 2014).

Outro fator que pode explicar a baixa ocorrência desses transtornos na nossa população é o fato de que a escala de rastreio foi realizada com o principal cuidador, que, mesmo em populações normais, tende a minimizar os sinais e sintomas de transtornos internalizantes na faixa etária pediátrica (Blackman & Conaway, 2014).

A presença de dor e/ou procedimentos cirúrgicos também é um ponto importante que eleva a frequência dos transtornos internalizantes (Yamaguchi *et al.*, 2004). Todos os pacientes dessa amostra foram ambulatoriais e não se encontravam em pré ou pós-operatório, podendo assim também justificar a baixa frequência encontrada desses transtornos.

De qualquer forma, investigar ativamente a presença de transtornos internalizantes em crianças e adolescentes com paralisia cerebral deve fazer parte do arsenal diagnóstico e terapêutico de centros especializados. Ainda que sua frequência possa ser mais baixa que a da população normal (dado esse que ainda requer maiores investigações), é importante mantermos o olhar atento para a ocorrência dessa situação clínica nessa população, visto que a abordagem terapêutica dessa associação melhora não só a qualidade de vida do paciente como auxilia na sua reabilitação motora.

Devido ao baixo número de pacientes com diagnóstico de Transtornos Ansiosos / Depressão não foi possível evidenciar uma forma clínica de PC predominante, entretanto nós não observamos a presença de transtornos internalizantes em pacientes com DI, alertando para o fato de que esse diagnóstico deve ser efetivamente aventado naqueles pacientes com bom desempenho cognitivo.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade foi observado em 3%, índice menor que o observado na população geral (Faraone *et al.*, 2003) e com uma maior ocorrência nos meninos, o que está de acordo com a literatura.

Esse número mais baixo pode ser explicado pelo fato de não termos considerado para

o diagnóstico de TDAH pacientes com quadro de deficiência intelectual moderada a grave. Quando descontados os pacientes com DI, a ocorrência do transtorno sobe para 6,3%, estando assim de acordo com a literatura geral, mas ainda abaixo das casuísticas em pacientes com PC que falam em 10% até 50% de frequência de TDAH nesse grupo (Goodman & Graham, 1996; Parkes *et al.*, 2008; Bjorgaas, Hysing, *et al.* 2012; Bjorgaas *et al.*, 2014).

No entanto, esses estudos foram realizados através de escalas de rastreio com familiares, o que pode aumentar o índice de diagnóstico, além de não excluírem pacientes com DI, que apresentam sintomas compatíveis com TDAH secundários aos déficits cognitivos. Quadros de agitação psicomotora e curto tempo de atenção em paciente com deficiência intelectual foram considerados secundários à deficiência cognitiva, e não como TDAH, neste estudo.

Além disso, a escala de sinais e sintomas para TDAH (SNAP IV) foi aplicada em pelo menos dois ambientes (familiar e escolar ou de terapia) e o diagnóstico só foi considerado quando houve concordância entre as duas aplicações, confirmado pela avaliação clínica com base no DSM-5.

Em um estudo brasileiro, Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes, & Borges (2009) evidenciaram que a concordância para o diagnóstico entre pais e professores é moderada e ocorre em pouco mais da metade dos casos (59,09%), portanto a aplicação de escalas somente em familiares pode revelar uma prevalência mais alta, conforme observada nesses estudos.

O TDAH por si só é um transtorno com alto nível de impacto familiar e acadêmico. Pensar nessa associação em paciente com PC é fundamental para uma melhor inclusão social e, especialmente, acadêmica.

Por conta das peculiaridades observadas nesse grupo de pacientes, investigar ativamente a ocorrência desse transtorno deve ser realizado de forma cuidadosa e preferencialmente por uma equipe multidisciplinar.

Os transtornos do espectro do autismo podem ser entendidos atualmente como a

expressão de um desenvolvimento cerebral atípico, resultando em disfunções mais ou menos disseminadas, amplamente distribuídas na rede neural. Pensando nesse contexto, é esperado que crianças com paralisia cerebral que apresentam seu desenvolvimento com base num sistema nervoso lesionado apresentem uma maior frequência de TEA.

Devido às suas alterações motoras, crianças com PC frequentemente apresentam menor contato espontâneo com o ambiente e seu potencial para interação social é mais reduzido quando comparado ao das outras crianças. Cailies, Hody e Calmus (2012), estudando 20 sujeitos com PC e 20 controles, observaram que indivíduos com PC têm maiores dificuldades com a teoria da mente e compreensão de ironia. Nós não investigamos aspectos separados dentro do espectro do autismo, entretanto parte dos achados de dificuldades adaptativas, tais como dificuldade em compreender ironia e se colocar no lugar de outra pessoa, em crianças com TEA e PC, deve-se a essas alterações de teoria da mente e não foram observadas em crianças somente com PC.

Kilincast e Mukaddes (2008), em revisão sobre essa associação, observaram três grupos de estudos: 1) estudos focados na ocorrência de transtornos médicos em crianças com TEA; 2) grupo onde a ocorrência de TEA e PC está relacionada a outras situações, como deficiência visual e hidrocefalia; e 3) grupo que avalia a presença de TEA em crianças com PC. Neste grupo, encontrou-se o menor número de estudos, mostrando que a população de crianças com PC é muito pouco estudada em relação a essa comorbidade.

Nosso estudo avaliou indivíduos com paralisia cerebral, investigando ativamente a presença de comorbidades psiquiátricas, e encontramos 6% de frequência de TEA, que é em torno de seis vezes maior que a frequência de TEA na população geral. Kilincaslan e Mukaddes (2008) encontraram 15% de prevalência de TEA na sua casuística e tipo de PC (tetraespástica e hemiplégica), a presença de epilepsia e o nível intelectual foram as diferenças relevantes entre os grupos. Nós não observamos diferenças significativas entre as formas clínicas de PC, assim como Kirby *et al.* (2011). Por outro lado, na nossa amostra a presença de TEA foi significativamente maior nos pacientes com epilepsia.

Ainda de acordo com a literatura, houve no nosso grupo uma maior ocorrência de TEA nos sujeitos com DI, entretanto essa diferença não foi estatisticamente significativa.

Quando comparamos sujeitos com associação de TEA ou TDAH, sem deficiência intelectual moderada a grave, com sujeitos com PC sem comorbidades, observamos um predomínio nos níveis I, II e III, corroborando a ideia que sujeitos com menor comprometimento motor tenham melhor função intelectual, entretanto apresentem outros distúrbios psiquiátricos.

Constatamos, ainda, diferença estatisticamente significativa quanto ao funcionamento global desses indivíduos, ou seja, a presença de um transtorno psiquiátrico prejudica mais o funcionamento global que a presença da deficiência física. Esse dado nos alerta para a urgência em se implantar protocolos sistematizados para diagnóstico psiquiátrico nas pessoas com paralisia cerebral. Nesse grupo, também não houve predominância de forma clínica da PC.

A comorbidade mais frequente encontrada foi a deficiência intelectual, observada em 44,5% dos pacientes, sem diferença em relação ao gênero, o que difere de estudos sobre DI sem PC, onde a prevalência é maior em meninos (Lai *et al.*, 2012; Patterson & Zoghbi, 2003). Essa ocorrência também está de acordo com a encontrada na literatura (Andersen *et al.*, 2008; Himmelmann *et al.*, 2006; Huang, Tseng, Chen, Shieh, & Lu, 2013; Koman *et al.*, 2004; Singhi & Saini, 2013; Tan *et al.*, 2014). Essa associação causa limitações importantes na vida da criança com PC e de seus cuidadores, e seu diagnóstico não é ativamente realizado (Raina *et al.*, 2005). Essa situação implica tanto em não diagnosticar crianças com DI, como em inferir subjetivamente esse diagnóstico em pacientes com cognição preservada, porém com outras situações, tais como disartria e dispraxias. Poucos são os serviços que realizam de rotina o rastreio e a pesquisa dos aspectos cognitivos em crianças com paralisia cerebral através de testagens objetivas.

Delacy e Reid (2016) apontam ainda uma questão importante na avaliação cognitiva desses sujeitos. Muitos deles têm dificuldades em responder aos testes padronizados, pois a maioria necessita de respostas verbais, coordenação motora ou respostas por

escrito, o que gera muitos diagnósticos de “provavelmente deficiente”. Nós também observamos essas dificuldades e, por conta disso, todas as crianças foram avaliadas também com uma escala de comportamento adaptativo e levando em conta as dificuldades motoras.

A DI apresenta uma maior ocorrência nas formas tetraespásticas da PC (Andersen *et al.*, 2008; Himmelmann *et al.*, 2006). Essa frequência aumenta progressivamente de acordo com o nível motor, independentemente da forma clínica (Delacy & Reid, 2016). Nosso estudo também encontrou uma frequência maior nas crianças com nível motor acima de III, sugerindo que avaliações de rotina do aspecto intelectual devam ser realizadas especialmente nas crianças com nível motor acima de III, independentemente do tipo clínico. A forma tetraespástica, por ser a mais frequente nos níveis IV e V, foi a que apresentou maior número de diagnóstico de DI.

A maior parte desses sujeitos apresentavam DI moderada ou grave (42,75% e 40,63%, respectivamente). Nesse grupo, o diagnóstico é mais fácil de ser realizado, entretanto 16,6% apresentavam DI leve, onde o diagnóstico pode ser confundido com outros transtornos, especialmente o TDAH. Nessas crianças, as queixas escolares e de comportamento predominaram.

Diagnosticar a deficiência intelectual em pacientes com PC é importante não só pelo aspecto acadêmico e de reabilitação, como também em relação à qualidade de vida dessas famílias, pois os TEA, as deficiências sensoriais e a DI são apontados como tendo o maior impacto negativo nos familiares (Boulet *et al.*, 2009; Boström *et al.*, 2010).

Embora a DI seja uma das comorbidades mais frequentes na PC e desempenhe um papel significativo no impacto funcional geral desses pacientes, seu diagnóstico tem sido pouco valorizado e pouco levado em consideração na reabilitação desses pacientes, bem como na sua inclusão escolar, social e profissional. Se pensarmos que quase metade dos nossos pacientes apresenta DI associada à PC, serviços de reabilitação de pessoas com paralisia cerebral devem, obrigatoriamente, contemplar a reabilitação cognitiva associadamente.

A deficiência intelectual é mais importante para a participação social do que o nível GMFCS e um dos principais fatores para uma boa evolução de pacientes com PC (Liptak & Accardo, 2004; Tan *et al.*, 2014). Esse dado, somado à alta frequência de ocorrência desse diagnóstico no grupo em questão, novamente nos leva a questionar os modelos de reabilitação utilizados atualmente, onde a questão cognitiva, que apresenta o maior impacto funcional, é deixada em segundo plano.

A pesquisa ativa de comorbidades deve ser prática rotineira dentro de centros de reabilitação terciários.

A presença de profissionais de saúde mental em centros de reabilitação física não é prática rotineira no nosso meio, mas nossos resultados apontam a necessidade urgente desse aparato técnico para um melhor resultado terapêutico.

Saber qual o impacto da associação de quadros motores e cognitivos na vida da família e da criança é de fundamental importância para pensarmos a PC não como entidade, mas como um conjunto heterogêneo de situações clínicas que impactam a vida do paciente e seu entorno, e a inclusão da saúde mental nos protocolos de reabilitação é um passo importante para um melhor prognóstico e uma melhor funcionalidade e adaptação desses pacientes.

Finalmente, vale ressaltar que a deficiência intelectual deve também ser observada e estudada com atenção no tratamento dessas crianças, e seu diagnóstico apurado e correto deve ser procurado ativamente.

Pensar em reabilitação do paciente com PC deve extrapolar os objetivos físicos e olhar com a mesma atenção para os aspectos emocionais, comportamentais, acadêmicos e sociais.

CONCLUSÕES

A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltar á ao seu tamanho original.
—Albert Einstein

6. Conclusões

A ocorrência de transtornos psiquiátricos em pacientes com PC é maior que na população geral. Independentemente da forma clínica e do nível motor, a investigação de condições psiquiátricas deve ser ativamente realizada nessa população. Quanto mais grave o paciente, maior a ocorrência de comorbidades, incluindo a epilepsia, que foi mais frequente nos pacientes com TEA.

A presença de transtornos psiquiátricos piora a funcionalidade e, conseqüentemente, a qualidade de vida dessas crianças e suas famílias.

Estudos futuros são necessários, especialmente para elucidar com maior clareza a relação entre as formas clínicas e a ocorrência de transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

Toda força é fraca se não é unida.

—Jean de La Fontaine

REFERÊNCIAS

- Agarwal, A., & Verma, I. (2012). Cerebral palsy in children: an overview. *J Clin Orthop Trauma*, 3, 77-81. doi: 10.1016/j.jcot.2012.09.001
- Andersen, G. L., Irgens, L. M., Haagaas, I., Skranes, J. S., Meberg, A. E., & Vik, T. (2008). Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. *Eur J Paediatr Neurol*, 12(1), 4-13. doi: 10.1016/j.ejpn.2007.05.001
- Associação Psiquiátrica Americana. (2013) *DSM - 5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Assumpção Jr, F. B. (2000). Autismo Infantil. In A. C. M. Pimentel (Ed.), (Vol. 22, pp. 37-39).
- Assumpção Júnior, F. B., Gonçalves, J. D. M., Cuccolichio, S., Amorim, L. C. D., Rego, F., Gomes, C., & Falcão, M. S. (2008). Escala de Avaliação de Traços Autísticos (ATA): segundo estudo de validade / Scale for the assessment of Autistic Behaviour (ATA). *Med e Reab*, 27(2), 41-44.
- Bass, N. (1999). Cerebral palsy and neurodegenerative disease. *Curr Opin Pediatr*, 11(6), 504-507.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A., Paneth, N., Dan, B., Jacobsson, B. & Damiano, D. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol*, 47(8), 571-576.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry*, 57(11), 1215-1220. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.10.020
- Binnie, C. D., & Marston, D. (1992). Cognitive correlates of interictal discharges. *Epilepsia*, 33 Suppl 6, S11-17.
- Birmaher, B., Brent, D., Bernet, W., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T., Greenhill, L., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Stock, S., Ptakowski, K. K. & Medicus, J. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46(11), 1503-1526. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c
- Bjorgaas, H. M., Elgen, I., Boe, T., & Hysing, M. (2013). Mental health in children with cerebral palsy: does screening capture the complexity? *ScientificWorldJournal*, 3. doi: 10.1155/2013/468402
- Bjorgaas, H. M., Hysing, M., & Elgen, I. (2012). Psychiatric disorders among children with cerebral palsy at school starting age. *Res Dev Disabil*, 33(4), 1287-1293. doi: 10.1016/j.ridd.2012.02.024
- Blacher, J., & Baker, B. L. (2007). Positive impact of intellectual disability on families. *Am J Ment Retard*, 112(5), 330-348. doi: 10.1352/0895-8017(2007)112[0330:PIOIDO]2.0.CO;2
- Blackman, J. A., & Conaway, M. R. (2014). Adolescents with cerebral palsy: transitioning to adult health care services. *Clin Pediatr (Phila)*, 53(4), 356-363. doi: 10.1177/0009922813510203
- Boström, P., Broberg, M., & Hwang, C. P. (2010). Different, difficult or distinct? Mothers' and fathers' perceptions of temperament in children with and without intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res*, 54(9), 806-819. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01309.x
- Boulet, S. L., Boyle, C. A., & Schieve, L. A. (2009). Health care use and health and functional impact of developmental disabilities among US children, 1997-2005. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 163(1), 19-26. doi: 10.1001/archpediatrics.2008.506
- Brand-Gothelf, A., Yoeli-Bligh, N., Gilboa-Schechtman, E., Benaroya-Milshtein, N., & Apter, A. (2014). Perceptions of self, mother and family and behavior of prepubertal depressed children. *Eur Psychiatry*. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.05.005

- Brossard-Racine, M., Hall, N., Majnemer, A., Shevell, M. I., Law, M., Poulin, C., & Rosenbaum, P. (2012). Behavioural problems in school age children with cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol*, 16(1), 35-41. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejpn.2011.10.001>
- Caillies, S., Hody, A. & Calmus, A. (2012) Theory of mind and irony comprehension in children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*, 33(5), 1380-1388.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., & Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clin Psychol Rev*, 26(7), 817-833. doi: 10.1016/j.cpr.2005.12.002
- Costa, M. I., & Nunesmaia, H. G. (1998). [Genetic and clinical diagnosis of infantile autism]. *Arg Neuropsiquiatr*, 56(1), 24-31.
- Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Burns, B. J., Dulcan, M. K., Brent, D. & Janiszewski, S. (1988) Psychiatric Disorders in Pediatric Primary Care: Prevalence and Risk Factors. *Arch Gen Psychiatry*, 45(12):1107-1116.
- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D. & Borges, M. (2009). Agreement rates between parents' and teachers' reports on ADHD symptomatology: findings from a Brazilian clinical sample. *Archives of Clinical Psychiatry*, 36(3), 97-100.
- Delacy, M. J. & Reid, S. M. (2016). Profile of associated impairments at age 5 years in Australia by cerebral palsy subtype and Gross Motor Function Classification System level for birth years 1996 to 2005. *Dev Med Child Neurol*, 58 (2), 50-56.
- Desai, M. U., Divan, G., Wertz, F. J., & Patel, V. (2012). The discovery of autism: Indian parents' experiences of caring for their child with an autism spectrum disorder. *Transcult Psychiatry*, 49(3-4), 613-637. doi: 10.1177/1363461512447139
- Diament, A. (1996). Encefalopatia crônica na infância (paralisia cerebral). In A. Diament & S. Cypel (Eds.), *Neurologia Infantil* (3ª ed., pp. 781-798). São Paulo: Ed. Atheneu.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.
- Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(6), 727-734.
- Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res*, 65(6), 591-598.
- Foster, T., Rai, A. I. K., Weller, R. A., Dixon, T. A., & Weller, E. B. (2010). Psychiatric Complications in Cerebral Palsy. *Curr Psychiatry Rep*, 12(2), 116-121. doi: 10.1007/s11920-010-0096-8
- Gabis, L., Pomeroy, J., & Andriola, M. R. (2005). Autism and epilepsy: cause, consequence, comorbidity, or coincidence? *Epilepsy Behav*, 7(4), 652-656. doi: 10.1016/j.yebeh.2005.08.008
- Gadia, C. A., Tuchman, R., & Rotta, N. T. (2004). [Autism and pervasive developmental disorders]. *J Pediatr (Rio J.)*, 80(2 Suppl), S83-94.
- Gillberg, C. (1990). Autism and Pervasive Developmental Disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 31, 99-119.
- Goodman, R. (1998). The longitudinal stability of psychiatric problems in children with hemiplegia. *J Child Psychol Psychiatry*, 39(3), 347-354.
- Goodman, R., & Graham, P. (1996). Psychiatric problems in children with hemiplegia: cross sectional epidemiological survey. *BMJ*, 312(7038), 1065-1069.
- Graham, P. & Rutter, M. (1968). Organic Brain Dysfunction and Child Psychiatric Disorder. *Br Med J*, 3, 695-700.
- Himmelman, K., Beckung, E., Hagberg, G., & Uvebrant, P. (2006). Gross and fine motor function and accompanying impairments in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 48(6), 417-423. doi: 10.1017/S0012162206000922
- Huang, C. Y., Tseng, M. H., Chen, K. L., Shieh, J. Y., & Lu, L. (2013). Determinants of school activity performance in children with cerebral palsy: a multidimensional approach using

- the ICF-CY as a framework. *Res Dev Disabil*, 34(11), 4025-4033. doi: 10.1016/j.ridd.2013.08.022
- Katz, G., & Lazcano-Ponce, E. (2008). Intellectual disability: definition, etiological factors, classification, diagnosis, treatment and prognosis. *Salud Publica Mex*, 50 Suppl 2, s132-141.
- Kilincaslan, A., & Mukaddes, N. M. (2009). Pervasive developmental disorders in individuals with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 51(4), 289-294. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03171.x
- Kirby, S. R., Wingate, M. S., Braun, K. N., Doernberg, N. S., Arneson, C. L., Benedict, R. E., Mulvihill, B., Durkin, M. S., Fitzgerald, R. T., Maenner, M. J., Patz, J. A. & Yeargin-Allsopp, M. (2011). Prevalence and functioning of children with cerebral palsy in four areas of the United States in 2006: a report from the Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network. *Res Dev Disabil*, 32(2):462-469.
- Koman, L. A., Smith, B. P., & Shilt, J. S. (2004). Cerebral palsy. *Lancet*, 363(9421), 1619-1631. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16207-7
- Lagault, G., Shevell, M. I. & Dagenais, L. (2011). Predicting Comorbidities With Neuroimaging in Children With Cerebral Palsy. *Pediatr Neurol*, 45, 229-232.
- Lai, D. C., Tseng, Y.C., Hou Y.M. & Guo, H.R. (2012). Gender and geographic differences in the prevalence of intellectual disability in children: analysis of data from the national disability registry of Taiwan. *Res Dev Disabil*, 33(6),2301-2017.
- Lenoir, P., Bodier, C., Desombre, H., Malvy, J., Abert, B., Ould Taleb, M., & Sauvage, D. (2009). [Prevalence of pervasive developmental disorders. A review]. *Encephale*, 35(1), 36-42. doi: 10.1016/j.encep.2007.12.011
- Levy-Zaks, A., Pollak, Y., & Ben-Pazi, H. (2014). Cerebral palsy risk factors and their impact on psychopathology. *Neurol Res*, 36(1), 92-94. doi: 10.1179/1743132813Y.00000000290
- Liptak, G. S. & Accardo, P.J. (2004) Health and Social Outcomes of Children with Cerebral Palsy. *J Pediatr*, 145(2), S36-41.
- Mancini, M. C., Fiúza, P. M., Rebelo, J. M., Magalhães, L. C., Coelho, Z. A., Paixao, M. L., Gontijo, A. P. B. & Fonseca, S. T. (2002). Comparison of functional activity performance in normally developing children and children with cerebral palsy. *Arq Neuropsiquiatr*, 60(2-B), 446-452.
- Martini, D. R. (1995). Common anxiety disorders in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr*, 25(9), 271-280.
- Matthews, M., Nigg, J. T. & Fair, D. A. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Top Behav Neurosci*, 16, 235-66.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 28(3), 290-297.
- Michelsen, S. I., Flachs, E. M., Damsgaard, M. T., Parkes, J., Parkinson, K., Rapp, M., Arnaud, C., Nystrand, M., Colver, A., Fauconnier, J., Dickinson, H.O., Marcelli, M. & Uldall, P. (2014). European study of frequency of participation of adolescents with and without cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol*, 18(3), 282-294.
- Muzzolon, S. R., Cat, M. N., & dos Santos, L. H. (2013). Evaluation of the Pediatric Symptom Checklist as a screening tool for the identification of emotional and psychosocial problems. *Rev Paul Pediatr*, 31(3), 359-365. doi: 10.1590/S0103-05822013000300013
- Newman, C. J., O'Regan, M., & Hensey, O. (2006). Sleep disorders in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 48(7), 564-568. doi: 10.1017/S0012162206001198
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E., & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 39(4), 214-223.

- Parkes, J., & McCusker, C. (2008). Common psychological problems in cerebral palsy. *Paediatr Child Health*, 18(9), 427-431. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paed.2008.05.012>
- Parkes, J., White-Koning, M., Dickinson, H. O., Thyen, U., Arnaud, C., Beckung, E., Fauconnier, J., Marcelli, M., McManus, V., Michelsen, S. I., Parkinson, K. & Colver, A. (2008). Psychological problems in children with cerebral palsy: a cross-sectional European study. *J Child Psychol Psychiatry*, 49(4), 405-413.
- Patterson, M. C. & Zoghbi, H.Y. (2003). Mental retardation: X marks the spot. *Neurology*, 6, 156-157.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., Swinton, M., Zhu, B. & Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115(6), e626-636.
- Rapin, I. (2002). The autistic-spectrum disorders. *N Engl J Med*, 347(5), 302-303. doi: 10.1056/NEJMp020062
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B. & Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy. (2006). *Dev Med Child Neurol Suppl*, 109, 8-14.
- Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Silva, D. B., Pfeifer, L. I., & Funayama, C. A. (2013). Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised (GMFCS E & R): reliability between therapists and parents in Brazil. *Braz J Phys Ther*, 17(5), 458-463. doi: 10.1590/S1413-35552012005000113
- Singhi, P., & Saini, A. G. (2013). Changes in the clinical spectrum of cerebral palsy over two decades in North India--an analysis of 1212 cases. *J Trop Pediatr*, 59(6), 434-440. doi: 10.1093/tropej/fmt035
- Sparrow, S. S., Cicchetti, V. D., & Balla D. A. (1984). Vineland adaptive behavior scales. American Guidance Service: Circle Pines.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*, 36(5), 545-566.
- Spence, S. J., & Schneider, M. T. (2009). The role of epilepsy and epileptiform EEGs in autism spectrum disorders. *Pediatr Res*, 65(6), 599-606. doi: 10.1203/PDR.0b013e31819e7168
- Streeme, P. & Diseth, T. H. (2000). Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study. *Dev Med Child Neurol*, 42, 266-270.
- Tan, S. S., Wiegerink, D. J., Vos, R. C., Smits, D. W., Voorman, J. M., Twisk, J. W., Ketelaar, M., Roebroek, M. E. & PERRIN study group. (2014). Developmental trajectories of social participation in individuals with cerebral palsy: a multicentre longitudinal study. *Dev Med Child Neurol*, 56(4), 370-377.
- Taylor, E. Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. (2011). *Atten Defic Hyperact Disord*, 3(2):69-75.
- Tilton, A. & Delgado, M. R. (2011). Pediatric patients with cerebral palsy or other developmental disabilities. *Semin Pediatr Neurol*, 18(2):72-73.
- Tuchman, R. F., Rapin, I., & Shinnar, S. (1991). Autistic and dysphasic children. II: Epilepsy. *Pediatrics*, 88(6), 1219-1225.
- Vargus-Adams, J. (2005). Health-related quality of life in childhood cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(5), 940-945. doi: 10.1016/j.apmr.2004.10.036
- Vianna, R. R. A. B., Campos, A. A. & Landeira-Fernandez, J. (2009). Transtornos de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma revisão. *Rev Bras Ter Cogn*, 5(1), 46-61
- Yamaguchi, R., Nicholson Perry, K., & Hines, M. (2014). Pain, pain anxiety and emotional and behavioural problems in children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*, 36(2), 125-130. doi: 10.3109/09638288.2013.782356
- Zablotsky, B., Black, L. I., Maenner, M. J., Schieve, L. A. & Blumberg, S. J. (2015). Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire

Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *Natl Health Stat Report*, 13(87):1-20.

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA PSC - *Pediatric Symptom Checklist* (Muzzolon et al., 2013).

Lista de verificação de sintomas		Não	Às vezes	Frequentemente
01	Queixa-se de dores, sem uma causa física			
02	Fica sozinho a maior parte do tempo			
03	Fica cansado com facilidade			
04	É irrequieto, não para quieto			
05	Tem problemas de relacionamento com os professores			
06	Apresenta pouco interesse em aprender			
07	Age como se fosse movido por um "motorzinho"			
08	"Sonha" muito durante o dia			
09	Distrai-se com facilidade			
10	Tem medo de enfrentar novas situações			
11	Sente-se triste ou infeliz			
12	É bravo, irritado			
13	Sente-se abandonado, sem esperança			
14	Tem problemas de concentração			
15	Tem pouco interesse em ter amigos			
16	Briga com outras crianças			
17	Falta às aulas sem motivo			
18	Suas notas escolares estão decaindo			
19	Sente-se inferiorizado			
20	Consulta-se com vários médicos, que nada encontram			
21	Tem dificuldades para dormir			
22	É uma criança muito preocupada ou tensa			
23	Quer permanecer com os pais, mais do que antes			
24	Sente-se como "uma criança ruim"			
25	Assume riscos desnecessários			
26	Machuca-se com frequência			
27	Tem estado menos alegre			
28	Age como se tivesse menos idade			
29	Desobedece a regras			
30	Tem dificuldade em demonstrar seus sentimentos			
31	Pouco se importa com os sentimentos dos outros			
32	Provoca, caçoa ou implica com os outros			
33	Culpa os outros por suas dificuldades			
34	Pega objetos que não lhe pertencem			
35	Recusa-se a compartilhar objetos			

ANEXO B – ATA - ESCALA DE TRAÇOS AUTÍSTICOS (Assumpção Júnior et al., 2008).

I. DIFICULDADE NA INTERAÇÃO SOCIAL

O desvio da sociabilidade pode oscilar entre formas leves como, por exemplo, um certo negativismo e a não aceitação do contato ocular, até formas mais graves, como um intenso isolamento.

- 1.Não sorri ; 2.Ausência de aproximações espontâneas; 3.Não busca companhia;
4. Busca constantemente seu cantinho (esconderijo); 5.Evita pessoas; 6.É incapaz de manter um intercâmbio social; 7.Isolamento intenso

II. MANIPULAÇÃO DO AMBIENTE

O problema da manipulação do ambiente pode apresentar-se a nível mais ou menos grave, como, por exemplo, não responder às solicitações e manter-se indiferente ao ambiente. O fato mais comum é a manifestação brusca de crises de birra passageira, risos incontroláveis e sem motivo, tudo isso com o fim de conseguir ser o centro da atenção

1. Não responde às solicitações; 2. Mudança repentina de humor; 3.Mantém-se indiferente, sem expressão; 4. Risos compulsivos; 5. Birra e raiva passageira; 6.Excitação motora ou verbal (ir de um lugar a outro, falar sem parar)

III. UTILIZAÇÃO DAS PESSOAS A SEU REDOR

A relação que mantém com o adulto quase nunca é interativa, dado que normalmente utiliza-se do adulto como o meio para conseguir o que deseja.

1. Utiliza-se do adulto como um objeto, levando-o até aquilo que ele deseja; 2.O adulto lhe serve como apoio para conseguir o que deseja (p.ex.: utiliza o

adulto como apoio para pegar bolacha); 3.O adulto é o meio para suprir uma necessidade que não é capaz de realizar só (p.ex.: amarrar sapatos); 4. Se o adulto não responde as suas demandas, atua interferindo na conduta desse adulto.

IV. RESISTÊNCIA À MUDANÇA

A resistência à mudança pode variar da irritabilidade até a franca recusa.

1. Insistente em manter a rotina; 2.Grande dificuldade em aceitar fatos que alteram sua rotina, tais como mudanças de lugar, de vestuário e na alimentação; 3.Apresenta resistência a mudanças, persistindo na mesma resposta ou atividade

V. BUSCA DE UMA ORDEM RÍGIDA

Manifesta tendência a ordenar tudo, podendo chegar a uma conduta de ordem obsessiva, sem a qual não consegue desenvolver nenhuma atividade.

1. Ordenação dos objetos de acordo com critérios próprios e pré-estabelecidos;
- 2.Prende-se a uma ordenação espacial (Cada coisa sempre em seu lugar);
- 3.Prende-se a uma sequência temporal (Cada coisa em seu tempo);
- 4.Prende-se a uma correspondência pessoa-lugar (Cada pessoa sempre no lugar determinado)

VI. FALTA DE CONTATO VISUAL. OLHAR INDEFENIDO

A falta de contato pode variar desde um olhar estranho até o constante evitar dos estímulos visuais

1. Desvia os olhares diretos, não olhando nos olhos; 2.Volta a cabeça ou o olhar quando é chamado (olhar para fora); 3.Expressão do olhar vazio e sem vida;
- 4.Quando segue os estímulos com os olhos, somente o faz de maneira

intermitente; 5.Fixa os objetos com uma olhada periférica, não central; 6.Dá a sensação de que não olha

VII. MÍMICA INEXPRESSIVA

A inexpressividade mímica revela a carência da comunicação não verbal. Pode apresentar desde uma certa expressividade até uma ausência total de resposta.

1. Se fala, não utiliza a expressão facial, gestual ou vocal com a frequência esperada;
- 2.Não mostra uma reação antecipatória;
- 3.Não expressa através da mímica ou olhar aquilo que quer ou o que sente;
- 4.Imobilidade facial

VIII. DISTÚRBIOS DE SONO

Quando pequeno dorme muitas horas e, quando maior, dorme poucas horas, se comparado ao padrão esperado para a idade. Esta conduta pode ser constante, ou não.

1. Não quer ir dormir;
- 2.Se levanta muito cedo;
- 3.Sono irregular (em intervalos);
- 4.Troca ou dia pela noite;
- 5.Dorme muito poucas horas.

IX. ALTERAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO

Pode ser quantitativa e/ou qualitativa. Pode incluir situações, desde aquela em que a criança deixa de se alimentar até aquela em que se opõe ativamente.

1. Seletividade alimentar rígida (ex.: come o mesmo tipo de alimento sempre);
- 2.Come outras coisas além de alimentos (papel, insetos);
- 3.Quando pequeno não mastigava;
- 4.Apresenta uma atividade ruminante;
- 5.Vômitos;
- 6.Come grosseiramente, esparrama a comida ou a atira;
- 7.Rituais (esfarela alimentos antes da ingestão);
- 8.Ausência da paladar (Falta de sensibilidade gustativa)

X. DIFICULDADE NO CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

O controle dos esfíncteres pode existir, porém a sua utilização pode ser uma forma de manipular ou chamar a atenção do adulto.

1. Medo de sentar-se no vaso sanitário; 2.Utiliza os esfíncteres para manipular o adulto; 3.Utiliza os esfíncteres como estimulação corporal, para obtenção de prazer; 4.Tem controle diurno, porém o noturno é tardio ou ausente

XI. EXPLORAÇÃO DOS OBJETOS (APALPAR, CHUPAR)

Analisa os objetos sensorialmente, requisitando mais os outros órgãos dos sentidos em detrimento da visão, porém sem uma finalidade específica

1. Morde e engole objetos não alimentares; 2.Chupa e coloca as coisas na boca; 3.Cheira tudo; 4.Apalpa tudo. Examina as superfícies com os dedos de uma maneira minuciosa

XII. USO INAPROPRIADO DOS OBJETOS

Não utiliza os objetos de modo funcional, mas sim de uma forma bizarra.

1. Ignora os objetos ou mostra um interesse momentâneo; 2.Pega, golpeia ou simplesmente os atira no chão; 3.Conduta atípica com os objetos (segura indiferentemente nas mãos ou gira); 4.Carrega insistentemente consigo determinado objeto; 5.Se interessa somente por uma parte do objeto ou do brinquedo; 6.Coleciona objetos estranhos; 7.Utiliza os objetos de forma particular e inadequada

XIII. FALTA DE ATENÇÃO

Dificuldades na fixação e concentração. Às vezes, fixa a atenção em suas próprias produções sonoras ou motoras, dando a sensação de que se encontra ausente.

1. Quando realiza uma atividade, fixa a atenção por curto espaço de tempo ou é incapaz de fixá-la; 2.Age como se fosse surdo; 3.Tempo de latência de

resposta aumentado; 4.Entende as instruções com dificuldade (quando não lhe interessa, não as entende); 5.Resposta retardada; 6.Muitas vezes dá a sensação de ausência

XIV. AUSÊNCIA DE INTERESSE PELA APRENDIZAGEM

Não tem nenhum interesse por aprender, buscando solução nos demais. Aprender representa um esforço de atenção e de intercâmbio pessoal, é uma ruptura em sua rotina.

1. Não quer aprender; 2.Se cansa muito depressa, ainda que em atividade que goste; 3.Esquece rapidamente; 4.Insiste em ser ajudado, ainda que saiba fazer; 5.Insiste constantemente em mudar de atividade

XV. FALTA DE INICIATIVA

Busca constantemente a comodidade e espera que lhe deem tudo pronto. Não realiza nenhuma atividade funcional por iniciativa própria.

1. É incapaz de ter iniciativa própria; 2.Busca a comodidade; 3.Passividade, falta de interesse; 4.Lentidão; 5.Prefere que outro faça o trabalho para ele

XVI. ALTERAÇÃO DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

É uma característica fundamental do autismo, que pode variar desde um atraso de linguagem até formas mais severas, com uso exclusivo de fala particular e estranha.

1. Mutismo; 2.Estereotipias vocais; 3.Entonação incorreta; 4.Ecolalia imediata e/ou retardada; 5.Repetição de palavras ou frases que podem ou não ter valor comunicativo; 6.Emite sons estereotipados quando está agitado e em outras ocasiões, sem nenhuma razão aparente; 7.Não se comunica por gestos; 8.As interações com adulto não são nunca um diálogo

XVII. NÃO MANIFESTA HABILIDADES E CONHECIMENTOS

Nunca manifesta tudo aquilo que é capaz de fazer ou agir, no que faz referência a seus conhecimentos e habilidades, dificultando a avaliação dos profissionais.

1. Ainda que saiba fazer uma coisa, não a realiza, se não quiser; 2. Não demonstra o que sabe até que tenha uma necessidade primária ou um interesse iminente específico; 3. Aprende coisas, porém somente a demonstra em determinados lugares e com determinadas pessoas; 4. As vezes surpreende por suas habilidades inesperadas

XVIII. REAÇÕES INAPROPRIADAS ANTE A FRUSTRAÇÃO

Manifesta desde o aborrecimento à reação de cólera, ante a frustração.

1. Reações de desagrado caso seja esquecida alguma coisa; 2. Reações de desagrado caso seja interrompida alguma atividade que goste; 3. Desgostoso quando os desejos e as expectativas não se cumprem; 4. Reações de birra

XIX NÃO ASSUME RESPONSABILIDADES

Por princípio, é incapaz de fazer-se responsável, necessitando de ordens sucessivas para realizar algo.

1. Não assume nenhuma responsabilidade, por menor que seja; 2. Para chegar a fazer alguma coisa, há que se repetir muitas vezes ou elevar o tom de voz

XX. HIPERATIVIDADE/ HIPOATIVIDADE

A criança pode apresentar desde agitação, excitação desordenada e incontrolada, até grande passividade, com ausência total de resposta. Estes comportamentos não tem nenhuma finalidade.

1. A criança está constantemente em movimento; 2. Mesmo estimulada, não se move; 3. Barulhento. Dá a sensação de que é obrigado a fazer ruído/barulho; 4. Vai de um lugar a outro, sem parar; 5. Fica pulando (saltando) no mesmo lugar; 6. Não se move nunca do lugar onde está sentado

XXI. MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS E REPETITIVOS

Ocorrem em situações de repouso ou atividade, com início repentino.

1. Balanceia-se; 2. Olha e brinca com as mãos e os dedos; 3. Tapa os olhos e as orelhas; 4. Dá pontapés; 5. Faz caretas e movimentos estranhos com a face; 6. Roda objetos ou sobre si mesmo; 7. Caminha na ponta dos pés ou saltando, arrasta os pés, anda fazendo movimentos estranhos; 8. Torce o corpo, mantém uma postura desequilibrada, pernas dobradas, cabeça recolhida aos pés, extensões violentas do corpo

XXII. IGNORA O PERIGO

Expõe-se sem ter consciência do perigo

1. Não se dá conta do perigo; 2. Sobe em todos os lugares;
3. Parece insensível a dor

XXIII. APARECIMENTO ANTES DOS 36 MESES (DSM-IV)

ANEXO C – SNAP IV

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (ex: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a "mil por hora"				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (por exemplo: intromete-se nas conversas, jogos, etc.)				

ANEXO D - C-GAS: ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (04 A 16 ANOS) - (Shaffer et al., 1983)

PERÍODO DE TEMPO ESPECIFICADO: 1 MÊS

100 – 91 *Funcionamento superior* em todas as áreas (em casa, na escola e com colegas); envolvido em grande número de atividades e tem muitos interesses (por ex: tem “hobbies”, ou participa de atividades extracurriculares, ou pertence a um grupo organizado, como os Escoteiros); sociável (agradável), confiante; preocupações cotidianas nunca o tiram do sério; vai bem na escola; sem sintomas.

90 – 81 *Funcionamento bom em todas as áreas*; estável na família, na escola e com colegas; podem haver dificuldades transitórias e preocupações (cotidianas) que ocasionalmente saiam do controle (ex: leve ansiedade associada com uma prova importante; “explosões” ocasionais com irmãos, pais ou colegas).

80 –71 *Não mais que um leve prejuízo no funcionamento* em casa, na escola ou com colegas; alguns problemas de comportamento ou sobrecarga emocional podem estar presentes em resposta a estressores vitais (ex: separação dos pais; mortes; nascimento de um irmão), mas esses distúrbios são breves e a interferência com o funcionamento é transitória; tais crianças perturbam os outros minimamente e não são consideradas diferentes do normal para quem as conhece.

70 – 61 *Alguma dificuldade em uma única área, mas em geral funciona muito bem* (ex: atos antissociais isolados ou esporádicos, como ocasionalmente realizar pequenos furtos; pequenas dificuldades consistentes ou duradouras com o trabalho escolar, mudanças de humor de curta duração, medos e ansiedades que não levam a comportamentos de evitação evidentes, insegurança); tem algumas relações interpessoais significativas; a maioria das pessoas que não conhece bem a criança não a consideraria problemática, mas aquelas que a conhecem expressam preocupação.

60 – 51 *Funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias mas não em todas as áreas sociais;* distúrbios são perceptíveis para aqueles que encontram a criança numa hora ou ambiente disfuncionais, mas não para aqueles que a veem em outras horas ou ambientes.

50 – 41 *Grau moderado de interferência nos funcionamentos da maioria das áreas sociais ou disfunção grave em uma única área,* tais como as que possam resultar de, por exemplo, ideações suicidas ou rumações, recusa para ir à escola e outras formas de ansiedade, rituais obsessivos, sintomas conversivos maiores, ataques de ansiedade frequente, empobrecimento ou habilidades sociais inapropriadas, episódios frequentes de agressão ou outros comportamentos antissociais, com alguma preservação de relações sociais significativas.

40 – 31 *Disfunção importante em várias áreas e incapacidade funcional em uma dessas áreas:* isto é, desadaptado em casa, na escola, com colegas ou em sociedade, por ex: agressão persistente sem provocação, apatia e isolamento marcante devido ou ao humor ou a alterações do pensamento; tentativas suicidas com intenção letal clara; geralmente tais crianças necessitam de escolarização especial e/ou hospitalização ou dispensas da escola (mas essa não é um critério suficiente para inclusão nessa categoria).

30 – 21 *Incapacidade funcional em quase todas as áreas,* por ex: fica em casa, na enfermaria ou na cama o dia inteiro, sem fazer parte das atividades sociais ou graves prejuízos na realização de testes ou sérios prejuízos na comunicação (ex: algumas vezes incoerente ou inadequado).

20 – 11 *Necessita de supervisão considerável* para prevenir danos aos outros ou a si mesmo (ex: frequentemente violento, várias tentativas de suicídio) ou para manter a higiene pessoal ou grave prejuízo em todas as formas de comunicação, por

ex., graves anormalidades na comunicação verbal e gestual, grave inadequação social, estupor, etc.

10 – 1 *Necessita de supervisão constante* (cuidados por 24 horas) devido à intensa agressividade ou condutas autodestrutivas ou prejuízo grave na realização de testes, comunicação, cognição, afeto ou higiene pessoal.

ANEXO E - ESCALAS DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO DE VINELAND^R (Sparrow SS et al., 1984)

Iniciais: _____

RG-IP: _____ - _____

Data de nascimento: ____/____/____

Data: ____/____/____

DOMÍNIO COMUNICACIONAL

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, frequentemente.	R: Receptiva
1	Algumas vezes ou parcialmente.	E: Expressiva
0	Não, nunca.	W: Escrita
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		R	E	W
<1	1. Dirige o olhar e a cabeça em direção a um som.	()		
	2. Presta atenção ao menos momentaneamente quando o cuidador lhe fala.	()		
	3. Sorri à presença do cuidador.		()	
	4. Sorri à presença de outra pessoa familiar que não o cuidador.		()	
	5. Ergue os braços quando o cuidador lhe diz: "Venha cá" ou "De pé".	()		
	6. Demonstra entender o significado do "não".	()		
	7. Imita os sons dos adultos imediatamente após ouvi-los.		()	
	8. Demonstra entender o significado de ao menos 10 palavras.	()		
1	9. Consegue indicar apropriadamente com gestos "sim", "não" e "eu quero".		()	
	10. Ouve atentamente a comandos.	()		
	11. Demonstra entender o significado de "sim" e "tudo bem".	()		
	12. Segue ordens que requerem uma ação e um objeto.	()		
	13. Aponta corretamente para ao menos uma parte principal do corpo, quando interrogado.	()		
	14. Utiliza os nomes próprios ou apelidos de irmãos, amigos ou colegas, ou responde seus nomes quando interrogado.		()	

	15. Utiliza frases contendo um substantivo e um verbo, ou dois substantivos.		()	
	16. Nomeia ao menos 20 objetos familiares sem precisar ser interrogado. NÃO PONTUE 1.		()	
	17. Escuta uma história por pelo menos 5 minutos.	()		
	18. Indica preferência quando submetido a uma escolha.		()	
2	19. Diz ao menos 50 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	
	20. Relata espontaneamente experiências em linguagem simples.		()	
	21. Dá um recado simples.		()	
	22. Usa frases de 4 ou mais palavras.		()	
	23. Aponta corretamente para todas as partes do corpo quando interrogado. NÃO PONTUE 1.	()		
	24. Diz ao menos 100 palavras compreensíveis. NÃO PONTUE 1.		()	
	25. Utiliza frases completas.		()	
	26. Usa "um(a)" e "o(a)" em frases.		()	
	27. Segue ordens na forma "se/então".	()		
	28. Diz seu nome e sobrenome quando interrogado.		()	
	29. Faz perguntas usando "O que", "Aonde", "Quem", "Por que" e "Quando". NÃO PONTUE 1.		()	
3, 4	30. Diz qual de dois objetos é maior sem a presença dos mesmos.		()	
	31. Relata detalhadamente experiências quando interrogado.		()	
	32. Usa "atrás" ou "entre" como preposição numa frase.		()	
	33. Usa "ao redor de" como preposição numa frase.		()	
	34. Usa frases contendo "mas" e "ou".		()	
	35. Articula palavras claramente, sem trocas de fonemas.		()	
	36. Conta histórias populares, contos de fadas, piadas mais longas ou trechos de "shows" televisivos.		()	
5	37. Cita todas as letras do alfabeto de memória.			()
	38. Lê ao menos três sinais comuns.			()
	39. Diz o dia e mês de seu aniversário quando interrogado.		()	
	40. Usa plurais irregulares.		()	
6	41. Desenha ou escreve seu próprio nome e sobrenome.			()
	42. Diz seu número de telefone quando interrogado. N PODE SER PONTUADO.		()	
	43. Diz seu endereço completo, incluindo cidade e estado,		()	

	quando interrogado.			
	44. Lê ao menos 10 palavras em voz alta ou em silêncio.			()
	45. Desenha ou escreve ao menos 10 palavras de memória.			()
	46. Expressa suas idéias em mais de uma maneira, sem ajuda.		()	
	47. Lê em voz alta histórias simples.			()
7, 8	48. Desenha ou escreve sentenças simples de 3 ou 4 palavras.			()
	49. Assiste a uma aula por pelo menos 15 minutos.	()		
	50. Lê por iniciativa própria.			()
	51. Lê livros pelo menos da 2ª série.			()
	52. Ordena itens ou palavras alfabeticamente pela primeira letra.			()
	53. Desenha ou escreve pequenos recados ou mensagens.			()
9	54. Explica itinerários complexos aos outros.		()	
	55. Escreve cartas rudimentares. NÃO PONTUE 1.			()
	56. Lê livros pelo menos da 4ª série.			()
	57. Escreve em letra de mão a maior parte do tempo. NÃO PONTUE 1.			()
10 a 18+	58. Usa um dicionário.			()
	59. Usa a relação do conteúdo em material de leitura.			()
	60. Escreve relatórios ou redações. NÃO PONTUE 1.			()
	61. Endereça envelopes corretamente.			()
	62. Usa o índice em material de leitura.			()
	63. Lê histórias de jornais adultos. N PODE SER PONTUADO.			()
	64. Tem objetivos realísticos a longo-prazo e descreve com detalhes estratégias para atingí-los.		()	
	65. Escreve cartas elaboradas.			()
	66. Lê jornais adultos ou magazines semanais. N PODE SER PONTUADO.			()
	67. Escreve cartas comerciais. NÃO PONTUE 1.			()

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	R	E	W	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO ATIVIDADES DA VIDA COTIDIANA

PONTUAÇÃO DE ITENS:				
2	Sim, frequentemente.	P: Pessoal D: Doméstica C: Comunidade		
1	Algumas vezes ou parcialmente.			
0	Não, nunca.			
N	Não teve oportunidade.			
DK	Não sabe.			
		P	D	C
<1	1. Demonstra perceber a chegada de mamadeira, seio materno ou comida.	()		
	2. Abre a boca diante da colher com comida.	()		
	3. Remove a comida da colher com a boca.	()		
	4. Engole ou mastiga bolachas.	()		
	5. Ingera comida sólida.	()		
1	6. Bebe de xícara ou copo sem auxílio.	()		
	7. Alimenta-se com auxílio de colher.	()		
	8. Demonstra entender que coisas quentes são perigosas.			()
	9. Indica que está molhado apontando, falando ou puxando a fralda.	()		
	10. Bebe por um canudo.	()		
	11. Permite que o cuidador enxugue seu nariz.	()		
	12. Alimenta-se com auxílio de garfo.	()		
	13. Tira casaco com abertura frontal, suéter ou camiseta sem auxílio.	()		
2	14. Alimenta-se com colher sem derramar.	()		
	15. Demonstra interesse em se trocar quando muito molhado ou sujo.	()		
	16. Urina na privada ou no penico.	()		
	17. Toma banho sem auxílio.	()		
	18. Evacua na privada ou no penico.	()		
	19. Pede para usar o banheiro.	()		
	20. Coloca roupas removíveis com faixas de ajuste.	()		
	21. Demonstra entender a função do dinheiro.			()
	22. Livra-se de seus haveres quando solicitado.		()	
3	23. Não urina nas vestes à noite.	()		
	24. Bebe água da torneira sem auxílio.	()		

	25. Escova os dentes sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	26. Demonstra entender a função do relógio, convencional ou digital.			()
	27. Auxilia com mais tarefas se solicitado.		()	
	28. Lava e enxuga o rosto sem auxílio.	()		
	29. Põe os sapatos nos pés corretos sem auxílio.	()		
	30. Atende o telefone adequadamente. N PODE SER PONTUADO.			()
	31. Veste-se completamente, exceto amarrar sapatos.	()		
4	32. Chama ao telefone a pessoa solicitada, ou avisa que esta não se encontra. N PODE SER PONTUADO.			()
	33. Arruma a mesa das refeições sem auxílio.		()	
	34. Toma todas as providências quando vai ao banheiro, sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	35. Olha para ambos os lados antes de atravessar rua ou avenida.			()
	36. Tira roupas limpas sem auxílio quando solicitado.		()	
	37. limpa seu nariz sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	38. Limpa mesa com objetos frágeis.		()	
	39. enxuga-se com toalha sem auxílio.	()		
	40. Fecha todos os fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
5	41. Ajuda na preparação de alimentos que necessitam misturar e cozinhar		()	
	42. Demonstra entender que é perigoso aceitar carona, comida ou dinheiro de estranhos.			()
	43. Dá laço em cadarço de sapato sem auxílio.	()		
	44. Toma banho sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	45. Olha para ambos os lados e atravessa a rua ou avenida sozinho(a).			()
	46. Cobre a boca e o nariz quando tosse ou espirra.	()		
6	47. Usa colher, garfo e faca corretamente. NÃO PONTUE 1.	()		
	48. Inicia chamadas telefônicas para outrem. N PODE SER PONTUADO.			()
	49. Obedece placas de trânsito e sinais de "Pare" e "Ande". N PODE SER PONTUADO.			()
	50. Veste-se completamente, incluindo amarrar sapatos e fechar fechos. NÃO PONTUE 1.	()		
	51. Arruma sua cama quando solicitado.		()	
	52. Diz o dia da semana quando solicitado.			()

	53. Ajusta o cinto de segurança sem ajuda. N PODE SER PONTUADO.			()
7	54. Sabe o valor de cada moeda.			()
	55. Usa ferramentas básicas.		()	
	56. Identifica direita e esquerda nos outros.			()
	57. Arruma a mesa sem auxílio quando solicitado.		()	
8	58. Varre, esfrega ou passa o aspirador com cuidado, sem auxílio, quando solicitado.		()	
	59. Usa números de telefone de emergência em emergências. N PODE SER PONTUADO.			()
	60. Pede seu próprio prato num restaurante. N PODE SER PONTUADO.			()
	61. Diz a data de hoje se interrogado.			()
	62. Veste-se antecipando mudanças no tempo sem precisar ser advertido.	()		
	63. Evita pessoas com doenças contagiosas, sem precisar ser advertido.	()		
9, 10	64. Fala a hora com intervalos de 5 minutos.			()
	65. Cuida do cabelo sem precisar ser lembrado e sem auxílio. NÃO PONTUE 1.	()		
	66. Usa fogão ou forno de microondas para cozinhar.		()	
	67. Usa produtos de limpeza doméstica adequada e corretamente.		()	
11, 12	68. Confere corretamente o troco numa compra que custe mais de um real.			()
	69. Usa o telefone para todo tipo de chamadas, sem auxílio. N PODE SER PONTUADO.			()
	70. Cuida de suas unhas sem auxílio e sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.	()		
	71. Prepara alimentos que necessitam misturar e cozinhar, sem auxílio.		()	
13, 14, 15	72. Usa telefone público. N PODE SER PONTUADO.			()
	73. Arruma seu quarto sem precisar ser lembrado.		()	
	74. Economiza e já comprou ao menos um brinquedo.			()
	75. Zela por sua própria saúde.	()		
16	76. Ganha mesada regularmente.			()
	77. Arruma sua cama e troca os lençóis rotineiramente. NÃO PONTUE 1.		()	
	78. Limpa outros aposentos que não o seu regularmente, sem necessitar solicitação.		()	

	79. Realiza tarefas rotineiras de manutenção e reparos domésticos sem precisar de solicitação.		()	
17 a 18+	80. Costura botões, caseados e ganchos nas roupas quando solicitado.		()	
	81. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	82. Cuida de seu dinheiro sem auxílio.			()
	83. Planeja e prepara o prato principal do dia sem auxílio.		()	
	84. Chega ao serviço na hora.			()
	85. Toma conta de suas roupas sem precisar ser lembrado. NÃO PONTUE 1.		()	
	86. Notifica seu supervisor se vai se atrasar para chegar.			()
	87. Notifica seu supervisor se vai se ausentar por doença.			()
	88. Faz orçamentos para despesas mensais.			()
	89. Faz as próprias bainhas e outras alterações sem precisar ser advertido.		()	
	90. Obedece limites de tempo para café e almoço no trabalho.			()
	91. assume trabalho em tempo integral com responsabilidade. NÃO PONTUE 1.			()
	92. Tem conta bancária e a movimenta com responsabilidade.			()

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	P	D	C	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO SOCIALIZAÇÃO

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, frequentemente.	IR: Relações Interpessoais PLT: Brincar e Lazer CS: Habilidades Sociais
1	Algumas vezes ou parcialmente.	
0	Não, nunca.	
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		IR	PLT	CS
--	--	-----------	------------	-----------

<1	1. Olha para o rosto do cuidador.	()		
	2. Reage à voz do cuidador ou de outra pessoa.	()		
	3. Distingue o cuidador dos outros.	()		
	4. Demonstra interesse em objetos ou pessoas novas.		()	
	5. Expressa duas ou mais emoções compreensíveis como prazer, tristeza, medo ou aflição.	()		
	6. Antecipa-se ao sinal de que vai ser pego ao colo pelo cuidador.	()		
	7. Demonstra afeição para com pessoas familiares.	()		
	8. Demonstra interesse em outras crianças que não seus irmãos.		()	
	9. Dirige-se a pessoa conhecida.	()		
	10. Brinca com brinquedo ou outro objeto só ou acompanhado.		()	
	11. Participa de jogos simples de interação com outras crianças.		()	
	12. Utiliza objetos domésticos para brincar.		()	
	13. Demonstra interesse nas atividades dos outros.		()	
	14. Imita movimentos simples dos adultos, como bater palmas ou acenar um adeus, em resposta a um modelo.	()		
1, 2	15. Ri e sorri adequadamente em resposta a estímulos positivos.	()		
	16. Identifica ao menos duas pessoas familiares pelo nome.	()		
	17. demonstra desejo de agradar o cuidador.	()		
	18. Participa de ao menos uma atividade ou jogo em grupo.		()	
	19. Imita uma tarefa relativamente complexa várias horas após ter sido realizada por alguém.	()		
	20. Imita frases de adultos ouvidas em ocasiões prévias.	()		
3	21. Empenha-se em criar situações de "faz-de-conta", só ou acompanhado.		()	
	22. Demonstra preferência por alguns amigos em detrimento de outros.	()		
	23. Diz "Por favor" ao pedir algo.			()
	24. Qualifica felicidade, tristeza, medo e raiva em si mesmo.	()		
	25. Identifica pessoas por características outras que não o nome, quando solicitado.	()		
4	26. Compartilha brinquedos e objetos sem necessitar		()	

	solicitação.			
	27. Nomeia um ou mais programas favoritos de televisão quando solicitado, e diz em que dias e canais os programas são apresentados. N PODE SER PONTUADO.		()	
	28. Segue regras em jogos simples sem precisar ser lembrado.		()	
	29. Tem um amigo predileto de qualquer sexo.	()		
	30. Segue as regras e rotinas escolares.			()
5	31. reage verbalmente e positivamente ao bom resultado dos outros.	()		
	32. Pede perdão por erros involuntários.			()
	33. Tem um grupo de amigos.	()		
	34. Segue as regras da comunidade.			()
6	35. Joga mais de um jogo de mesa ou jogo de baralho que necessite habilidade e decisão.		()	
	36. Não fala com a boca cheia.			()
	37. Tem um amigo do peito do mesmo sexo.	()		
	38. Reage adequadamente quando apresentado a alguém.			()
7, 8	39. Faz ou compra pequenos presentes para o cuidador ou membro da família em datas festivas, por iniciativa própria.	()		
	40. Mantém segredos e confidências por mais de um dia.			()
	41. Devolve brinquedos, objetos ou dinheiro emprestado de um colega e devolve livros emprestados à biblioteca.			()
	42. Termina a conversa adequadamente.			()
9	43. Segue limites de tempo impostos pelo cuidador.			()
	44. Evita perguntas ou comentários que possam embaraçar ou magoar os outros.			()
	45. Controla raiva e mágoa quando lhe é negado.			()
	46. Mantém segredos e confidências tanto quanto for apropriado.			()
10, 11	47. Comporta-se adequadamente à mesa sem precisar ser advertido. NÃO PONTUE 1.			()
	48. Assiste TV ou ouve rádio em busca de informação sobre uma área de interesse em particular. N PODE SER PONTUADO.		()	
	49. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, quando acompanhado de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		()	

	50. Pesa as consequências das ações antes de tomar decisões com independência.			()
	51. Pede perdão por erros em seu julgamento.			()
12, 13, 14	52. Lembra datas de aniversário de membros próximos da família e amigos em particular.	()		
	53. Inicia conversas sobre tópicos de especial interesse para os outros.	()		
	54. Tem um "hobby".		()	
	55. Devolve dinheiro emprestado do cuidador.			()
15 a 18+	56. Reage a alusões e indiretas durante a conversação.	()		
	57. Participa de esportes extracurriculares. N PODE SER PONTUADO.		()	
	58. Assiste TV ou ouve rádio para informações práticas e cotidianas. N PODE SER PONTUADO.		()	
	59. Agenda e respeita agendamentos.			()
	60. Assiste TV ou ouve rádio buscando notícias independentemente. N PODE SER PONTUADO.		()	
	61. Vai à escola noturna ou eventos fechados com amigos, sem acompanhamento de um adulto. N PODE SER PONTUADO.		()	
	62. Sai à noite com amigos, sem supervisão de um adulto.		()	
	63. Pertence a uma organização social ou de serviços, grupo de interesses ou clube organizado de adolescentes mais velhos.	()		
	64. Vai com uma só pessoa do sexo oposto a festas ou eventos públicos onde muitas pessoas estarão presentes.	()		
	65. Sai em grupos de dois ou três casais.	()		
	66. Sai para encontros a sós.	()		

1.				SOMA:
2.				Nº N:
3.				Nº DK:
	IR	PLT	CS	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO HABILIDADES MOTORAS

PONTUAÇÃO DE ITENS:		
2	Sim, frequentemente.	G: Grosseira

1	Algumas vezes ou parcialmente.	F: Fina
0	Não, nunca.	
N	Não teve oportunidade.	
DK	Não sabe.	

		G	F
<1	1. Mantém a cabeça ereta pelo menos 15 segundos sem auxílio quando sustentado verticalmente pelos braços do examinador.	()	
	2. Senta com apoio por pelo menos 1 minuto.	()	
	3. Agarra pequenos objetos com as mãos, de qualquer jeito.		()
	4. Transfere objetos de uma mão para a outra.		()
	5. Agarra pequenos objetos com o polegar e os dedos.		()
	6. Soergue-se para a posição sentada e mantém a posição por pelo menos 1 minuto.	()	
	7. Engatinha pelo chão sobre as mãos e os joelhos, sem encostar a barriga no chão.	()	
	8. Abre portas que só necessitam ser empurradas ou puxadas.		()
1	9. Rola uma bola enquanto sentado.	()	
	10. Anda com o objetivo de explorar os arredores.	()	
	11. Sobe e desce da cama ou de uma cadeira grande.	()	
	12. Sobe em brinquedos baixos.	()	
	13. Rabisca com lápis, crayon ou giz em superfícies.		()
2	14. Sobe escadas, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	15. Desce escada de frente, apoiando os dois pés em cada degrau.	()	
	16. Corre graciosamente, com mudanças de velocidade e direção.	()	
	17. Abre portas, girando e empurrando maçanetas.		()
	18. Pula sobre objetos pequenos.	()	
	19. Atarraxa e desatarraxa a tampa de um pote..		()
	20. Pedala triciclo ou outro veículo de três rodas por pelo menos três pés. N PODE SER PONTUADO.	()	
	21. Mantém-se sobre um só pé, enquanto se segura em outra pessoa ou objeto estável, sem cair.	()	
	22. Constrói estruturas em três dimensões, com no mínimo 5 blocos.		()
	23. Abre e fecha tesoura com uma mão.		()
3, 4+	24. Desce escada sem auxílio, alternando os pés.	()	
	25. Sobe em brinquedos altos.	()	
	26. Recorta papel com tesoura.		()
	27. Salta em um pé só pelo menos três vezes sem perder o embalo.	()	

	NÃO PONTUE 1.		
	28. Completa quebra-cabeça de pelo menos 6 peças. NÃO PONTUE 1.		()
	29. Desenha mais de uma forma identificável com lápis ou crayons.		()
	30. Recorta papel seguindo uma linha com a tesoura.		()
	31. Usa a borracha sem rasgar o papel.		()
	32. Pula em um pé só com facilidade. NÃO PONTUE 1.	()	
	33. Destranca fechaduras.		()
	34. Recorta figuras complexas com tesoura.		()
	35. Apanha bola pequena arremessada de uma distância de 10 pés, mesmo que necessite se mover para isso.	()	
	36. Anda numa bicicleta sem rodinhas de segurança, sem cair. N PODE SER PONTUADO.	()	

1.			SOMA:
2.			Nº N:
3.			Nº DK:
	G	F	Pontuação geral subdomínio:

DOMÍNIO COMPORTAMENTO DISRUPTIVO

PONTUAÇÃO DE ITENS:	
2	Sim, frequentemente.
1	Algumas vezes ou parcialmente.
0	Não, nunca.
N	Não teve oportunidade.
DK	Não sabe.

PARTE 1

1. Suga polegar ou dedos.	()
2. É dependente demais.	()
3. Esconde-se.	()
4. Urina na cama.	()
5. Apresenta distúrbio alimentar.	()
6. Apresenta distúrbio do sono.	()
7. Rói unhas.	()
8. Evita a escola ou o trabalho.	()
9. Demonstra acentuada ansiedade.	()

10. Apresenta tiques.	()
11. Chora ou ri muito facilmente.	()
12. Tem pouco contato com o olhar.	()
13. Apresenta infelicidade excessiva.	()
14. Range dentes durante o dia ou a noite.	()
15. É muito impulsivo.	()
16. Pouca capacidade de prestar atenção e concentração.	()
17. É demasiadamente ativo.	()
18. Tem crises de birra.	()
19. É negativista ou desafiador.	()
20. Atormenta ou ameaça.	()
21. Demonstra falta de consideração.	()
22. Mente, trapaceia ou rouba.	()
23. É fisicamente muito agressivo.	()
24. Sua em situações inapropriadas.	()
25. Foge.	()
26. É teimoso ou mal-humorado.	()
27. É gazeteiro na escola ou trabalho.	()

PARTE 2

INTENSIDADE CIRCUNDE UMA DELAS

		GRAVE	MODERADO
28. Envolva-se em comportamento sexual inadequado.	()	S	M
29. Tem preocupações excessivas ou peculiares com objetos ou atividades.	()	S	M
30. Expressa pensamentos que não são sensatos.	()	S	M
31. Demonstra maneirismos ou hábitos extremamente peculiares.	()	S	M
32. Apresenta comportamentos lesivos contra si mesmo.	()	S	M
33. Destrói intencionalmente propriedade própria ou alheia.	()	S	M
34. Apresenta discurso bizarro.	()	S	M
35. Alheia-se do que se passa ao seu redor.	()	S	M
36. Balança o ronco para frente e para trás quando	()	S	M

sentado ou parado.			
--------------------	--	--	--

SOMA (PARTE 1 e 2):

ANEXO F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA LABORATÓRIO DISTÚRBIOS DO
DESENVOLVIMENTO

Av. Professor Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27
CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP

Tel (11) 3091-4182

Resolução CNS nº 466/2012, segundo Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Disponível em

http://www.ip.usp.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=312&Itemid=283&lang=pt

Caro responsável de _____

(nome da criança)

O projeto “ESTUDO DAS COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NA PARALISIA CEREBRAL” é realizado pela neuropediatra Alessandra Freitas Russo, do Laboratório Distúrbios do Desenvolvimento da USP e da AACD – Osasco, situada à Av. Getúlio Vargas 1150, Osasco, CEP 06233-20.

Informações mais detalhadas sobre o projeto podem ser obtidas através do telefone (11) 3604-5203 (Pesquisadora) ou do e-mail arusso@usp.br

Objetivo: Avaliar a presença de transtornos psiquiátricos em crianças com paralisia cerebral

Procedimento: Serão aplicadas escalas de rastreio (investigação) de doenças psiquiátricas durante consulta de avaliação clínica.

Benefícios: Os resultados possibilitarão uma melhor abordagem no tratamento da paralisia cerebral.

Risco: Não haverá nenhum risco à integridade física (saúde) e moral das crianças. Esta avaliação não causa desconforto.

Privacidade: Os dados serão confidenciais. Os resultados serão agrupados e tratados coletivamente. Poderão ser divulgados em congressos e publicações científicas sem o nome da criança.

A sua participação é voluntária, caso não concorde em participar da pesquisa não haverá nenhum impedimento ou alterações nas relações entre você, seu filho e a AACD, podendo retirar seu consentimento e impedi-lo de participar da pesquisa em qualquer momento, inclusive antes do seu término.

Assinatura do responsável legal

Assinatura da pesquisadora

Eu,.....(nome do responsável),
 responsável por
 (nome da criança), fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “ESTUDO DAS COMORBIDADES PSQUIÁTRICAS NA PARALISIA CEREBRAL” acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos procedimentos e esclareci quaisquer dúvidas que tivesse. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de permitir minha participação se assim eu desejar, sem nenhum tipo de penalização. Certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em qualquer momento da mesma.

Nome da Criança:.....
 Doc. de Identidade:..... Data de Nascimento: Sexo: M() F ()
 Nome do Responsável:.....
 Natureza (grau de parentesco, tutor, cuidador, etc.):.....
 Doc. de Identidade:.....Data de Nascimento:
 Endereço:.....No°:..... Apt.:.....CEP:.....
 Cidade:.....UF:.....Telefone: (.....)..... Data:

Assinatura do responsável legal

Assinatura da pesquisadora

ANEXO G – COMITÊ DE ÉTICA

HOSPITAL E CENTRO DE
REABILITAÇÃO DA AACD

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NA PARALISIA CEREBRAL

Pesquisador: ALESSANDRA FREITAS RUSSO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31130714.4.3001.0085

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.007.076

Data da Relatoria: 26/01/2015

Apresentação do Projeto:

COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS NA PARALISIA CEREBRAL- somos instituição co participantes, pois este projeto já foi aprovado em primeira instância no CEP da instituição proponente

Objetivo da Pesquisa:

Pesquisar a prevalência de comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes com paralisia cerebral atendidos em um centro de reabilitação terciário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

foi incluído o termo risco mínimo conforme orientação anterior, pois o sujeito da pesquisa são crianças e adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

pesquisa interessante que pode de fato abrir um leque maior para diagnósticos psiquiátricos diferencial. para crianças e adolescentes com paralisia cerebral

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

sem considerações a serem feitas

HOSPITAL E CENTRO DE REABILITAÇÃO DA AACD

Continuação do Parecer: 1.007.076

*Rever a idade ou o testes que se propõe a utilizar pois a idade de 17a e 11 meses, nenhum dos testes psicológicos sugeridos atinge essa população

*Não encontrado um co autor da instituição participante

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

rever às recomendações acima sugeridas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP, reunido em plenária no dia 31 de março de 2015, reitera as observações da Relatoria:

1. Como o projeto está sendo realizado na Associação de Assistência à Criança Deficiente (na qualidade de co-participante), há uma normativa institucional da necessidade de um membro da AACD na qualidade de Colaborador do projeto e que deve, por extensão, constar na lista de autores por ocasião da publicação e; 2. Sugerimos ao autor que verifique a adequabilidade das escalas utilizadas em função das idades dos pacientes avaliados. O CEP encontra-se à disposição para dirimir eventuais dúvidas. Orientamos que nos seja enviado o(s) artigo(s) publicado(s) da tese já com a participação do membro da AACD. Além disso, gostaríamos de receber um exemplar da tese para que constasse em nossos bancos de dados.

SAO PAULO, 31 de Março de 2015

Assinado por:
Luis Garcia Alonso
(Coordenador)