

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

CARLOS GUILHERME FREITAS ALBUQUERQUE DE RESENDE

GIANCARLOS COSTA RODRIGUES

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FUNCIONAL DE CRIANÇAS
SUBMETIDAS A HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA

Aracaju

2023

CARLOS GUILHERME FREITAS ALBUQUERQUE DE RESENDE

GIANCARLOS COSTA RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FUNCIONAL DE CRIANÇAS
SUBMETIDAS A HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade
Tiradentes como um dos pré-
requisitos para obtenção do grau de
Bacharel em Fisioterapia.

ORIENTADORA: AIDA CARLA
SANTANA DE MELO COSTA

Aracaju

2023

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FUNCIONAL DE CRIANÇAS SUBMETIDAS A HOSPITALIZAÇÃO PROLONGADA

Carlos Guilherme Freitas Albuquerque de Resende¹; Giancarlos Costa Rodrigues¹; Aida Carla Santana de Melo Costa².

RESUMO

A hospitalização infantil prolongada, especialmente em seus primeiros anos de vida, pode impactar de forma significativa o desenvolvimento neuropsicomotor, trazendo efeitos indesejados em seu desempenho funcional, em virtude das diversas consequências que a internação pode proporcionar. Desse modo, o objetivo da pesquisa foi avaliar o desempenho funcional de crianças com hospitalização prolongada. Trata-se de um estudo observacional, de caráter transversal e de campo, com abordagem quantitativa, sendo a amostra composta por pacientes típicos e atípicos, com período de internação igual ou superior a dez dias, admitidos no Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE). A amostra selecionada foi avaliada por meio do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade - PEDI, obedecendo a critérios pré-estabelecidos. O presente estudo incluiu 21 crianças, sendo 61,90% atípicas e 38,10% típicas. Observou-se que 57,14% eram do sexo masculino, com média de 43,62 dias de internação. Quanto à funcionalidade, houve escore inferior em crianças atípicas quando comparado às típicas. Tornou-se notório também que a função social correspondeu ao domínio com maiores prejuízos na amostra estudada. Ao correlacionar autocuidado e mobilidade, mobilidade e função social, bem como autocuidado e função social entre as crianças do estudo, evidenciou-se correlação forte entre essas variáveis. Nesse contexto, constatou-se que a restrição ao leito impactou de forma desfavorável a funcionalidade em ambos os grupos estudados, embora as crianças atípicas tenham manifestado prejuízos funcionais preponderantes, determinando que a doença de base neurológica cursa com maiores impactos negativos para a criança do que propriamente a hospitalização prolongada.

Descritores: Desempenho funcional; Desenvolvimento motor; Hospitalização; Saúde da criança.

EVALUATION OF THE FUNCTIONAL PERFORMANCE OF CHILDREN SUBMITTED TO PROLONGED HOSPITALIZATION

Carlos Guilherme Freitas Albuquerque de Resende¹; Giancarlos Costa Rodrigues¹; Aida Carla Santana de Melo Costa².

ABSTRACT

Children's prolonged hospitalization, especially in their beginning years of life, can significantly impact in their neuropsychomotor development, bringing unwanted effects on their functional performance, due to the various consequences that hospitalization can provide. Thus, the objective of the research was to evaluate the functional performance of children with prolonged hospitalization. This is an observational, cross-sectional and field study, with quantitative approach, the sample being composed of typical and atypical patients, with a hospitalization period higher than ten days, admitted to Urgência de Sergipe Hospital. The selected sample was assessed using the Pediatric Evaluation of Disability Inventory - PEDI, following previously established criteria. The present study included 21 children, 61.90% atypical and 38.10% typical. It is observed that 57.14% were male, with an average of 43.62 hospitalization days. As for functionality, there was a lower score in atypical children when compared to typical children. It also became clear that the social function corresponded to the domain with the greatest losses in the studied sample. By correlating self-care and mobility, mobility and social function, as well as self-care and social function among children in the study, a strong correlation among these variables is evidenced. In this context, it is found that bed restriction had an unfavorable impact on functionality in both groups studied, although atypical children showed greater functional impairment, determining that the disease with neurological basis has greater negative impacts for the child than proper prolonged hospitalization.

Descriptors: Functional performance; Motor development; Hospitalization; Child health.

1 INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento humano é mediado pelas experiências vivenciadas no dia a dia e por influência de estimulações cotidianas do meio, em que adquirimos capacidade e bom desempenho físico para executar as mais diversas funções que contribuem para a evolução e funcionalidade do ser humano por toda a sua vida. O nosso cérebro é responsável por armazenar e executar essas informações, as quais serão aperfeiçoadas na medida em que vão sendo impostas ao indivíduo, através da criação de um engrama, e esse processo acontece constantemente, desde o seu nascimento, para permitir a evolução natural do ser humano (DA SILVA CABRAL et al., 2020; HADDERS-ALGRA, 2018).

Tendo em vista que ser funcional é ter independência e executar de forma ativa as diversas atividades de vida diária, é de extrema importância avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças, principalmente nos primeiros meses de vida. Nesse período, há maior atividade neural e podem ser identificados atrasos, que necessitam de intervenção a fim de haja melhor desempenho funcional ao longo do tempo (DE BARROS et al, 2020; ADOLPH; HOCH, 2020; IVERSON, 2021).

Crianças com desenvolvimento típico são capazes de manter comunicação com seus pais e demonstrar pequenas ações no dia a dia ao longo do tempo e em períodos determinados. Ganhos respectivos de controle cervical, tronco, pelve e equilíbrio em ortostase são manifestações fundamentais dentro do primeiro ano de vida e deverão ser observadas a fim de identificar possíveis atrasos (FERREIRA et al., 2021; MISIRLIYAN; HUYNH, 2020).

A criança, em seu primeiro ano de vida, é cercada por reflexos primitivos, os quais representam ações involuntárias desempenhadas como respostas aos estímulos, sendo estes, posteriormente, inibidos, evoluindo para atividades funcionais que vão se intensificando e tornando-se mais complexas, seguindo uma ordem cronológica natural a cada mês em seu desenvolvimento, sendo que cada pequeno ganho é fundamental para o desenvolvimento neuropsicomotor típico. Esses primeiros meses apresentam importância para o crescimento infantil, visto que os marcos dessa fase influenciarão diretamente a aquisição de sua capacidade funcional durante os anos seguintes,

permitindo que a criança possa desenvolver com destreza as suas atividades. No entanto, há fatores que impactam de forma negativa nesse processo e podem acabar repercutindo em disfunções neuropsicomotoras ao longo da vida (MODREL; TADI, 2021; KOLB et al., 2017; PEREIRA et al., 2017; FERREIRA et al., 2021; KHAN; LEVENTHAL, 2020; SIMONATO; MITRE; GALHEIGO, 2019).

Para muitas crianças com alterações neurológicas ou que sofreram alguma adversidade durante o crescimento, o início da vida é conturbado, rodeado de cuidados à beira leito de um hospital. Tal condição demonstra-se favorável para uma série de déficits em seu desempenho funcional. Diante desse cenário, os profissionais de saúde buscam minimizar as graves consequências de um prolongado tempo de hospitalização desses pacientes crônicos (SIMONATO; MITRE; GALHEIGO, 2019; DA SILVA; SILVA, 2021).

O processo de recuperação dessas crianças é gradativo, requer esforço multidisciplinar, bem como apoio incondicional da família dentro do ambiente hospitalar. Muitas crianças necessitam do suporte psicológico para enfrentar as adversidades do tratamento, como sequelas desenvolvidas pelas disfunções decorrentes da patologia, elevando o grau de dependência desse indivíduo, ao passo que o ambiente hospitalar, quando não gerido de forma humanizada, torna-se aliado das dificuldades dos pacientes e turbina sentimentos dolorosos que interferem no prognóstico dessa criança (SIMONATO; MITRE; GALHEIGO, 2019; NONOSE, 2021).

Além disso, ressalta-se a importância do apoio familiar, bem como de uma comunicação leve e clara dos profissionais da saúde para com as crianças e seus respectivos familiares. Ademais, a hospitalização é uma experiência penosa que impacta negativamente na função emocional e física desses pacientes. Além disso, a tecnologia associada ao lúdico pode ser uma estratégia para o profissional aproximar-se sutilmente do paciente, mantendo boa comunicação e gerando relação de confiança, contribuindo, dessa forma, para o bom prognóstico desses menores que permeiam o ambiente hospitalar (NONOSE, 2021; SANDERS; DE ALMEIDA, 2022).

Sabe-se que a hospitalização por longo período de tempo contribui para possíveis agravos ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança, posto que, na maior parte do tempo, há restrição ao leito, contato com pessoas desconhecidas e submissão a

procedimentos invasivos e dolorosos. Tais fatores trazem vulnerabilidade e podem interferir no desempenho funcional da criança. Por vários momentos, esses pacientes são sujeitos a estímulos sonoros e visuais, ameaçadores e desconhecidos, elevando a probabilidade de possíveis traumas. Diante disso, surge a necessidade de uma avaliação fisioterapêutica mais criteriosa da funcionalidade dessas crianças, a fim de que sejam traçadas abordagens de tratamento.

O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar o desempenho funcional de crianças submetidas a hospitalização prolongada. Os objetivos específicos foram: 1) Estabelecer um perfil geral das crianças avaliadas no estudo; 2) Comparar o autocuidado, a mobilidade e a função social de crianças típicas e atípicas; e 3) Correlacionar autocuidado e mobilidade, mobilidade e função social, bem como autocuidado e função social entre as crianças avaliadas.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional, de caráter transversal e de campo, utilizando uma abordagem quantitativa a partir da liberação do responsável legal pela criança após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.2 LOCAL DA PESQUISA E CARACTERIZAÇÃO

A pesquisa foi realizada no Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), especialmente no Internamento Pediátrico, o qual é distribuído em cinco enfermarias, a saber: Carinho, Esperança, Paz, Alegria e Felicidade. A escolha desse local foi devido ao fato de que esta unidade hospitalar é referência no Estado e em cidades circunvizinhas no atendimento de alta complexidade, além de possuir elevada demanda de crianças admitidas.

2.3 CASUÍSTICA

A amostra foi por conveniência, ou seja, de livre demanda, sendo recrutadas crianças a partir de critérios pré-estabelecidos. Foram incluídos pacientes internados por um período igual ou superior há 10 dias, considerados em hospitalização prolongada, com idade entre seis meses e sete anos e meio, de ambos os sexos, estratificados em dois grupos: típicos e atípicos. O estudo não envolveu crianças que apresentavam instabilidade clínica e hemodinâmica no momento da avaliação, que estivessem ventiladas mecanicamente ou desacompanhadas de seu responsável legal durante a abordagem.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP) da Universidade Tiradentes, via plataforma Brasil. Os voluntários foram inseridos no estudo por meio da concessão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo seu representante legal (APÊNDICE 1). O estudo seguiu as normas e resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de nº466/2012 do Ministério da Saúde.

2.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento de avaliação o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) (ANEXO 1) que consiste em um questionário avaliativo com objetivo de analisar o desempenho funcional infantil, de acordo com as informações coletadas. É composta por três etapas, que avaliam respectivamente: Parte I - Capacidade funcional no ambiente doméstico em uma pontuação que varia de 01 para execução e 0 para não execução referente a autocuidado (73 itens), mobilidade (59 itens) e função social (65 itens); Parte II - O quanto essa criança necessita de auxílios nas suas atividades referentes ao autocuidado, mobilidade e função social em 20 itens, com escores que variam de 05, quando este executa atividade sem nenhum auxílio e 0 quando necessita de assistência total; Parte III - Modificações

no ambiente que afetam a execução da atividade de forma a facilitá-la, não havendo nesta uma escala quantitativa. O inventário teve sua validação no Brasil, por Mancini, no ano de 2005. Para a coleta de dados, foi aplicada pelos pesquisadores apenas a Parte II deste instrumento, tendo em vista o enfoque principal deste estudo e considerando a necessidade de uma abordagem mais concisa, por se tratar de avaliação à beira leito em uma unidade hospitalar.

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Microsoft Excel for Windows 10, em que foi realizada a estatística descritiva e analítica, com as medidas de frequência absoluta (N) e frequência relativa (%). Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6. Todas as variáveis foram testadas quanto à normalidade através do teste de Shapiro-Wilk. Para comparação entre as variáveis, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para amostras não-paramétricas. Para correlação entre as variáveis, foi utilizado o teste de Spearman para amostras não-paramétricas. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

O presente estudo incluiu 21 crianças admitidas no Hospital de Urgências de Sergipe Governador João Alves Filho (HUSE), com média de idade de $37,10 \pm 23,32$ meses, sendo 9 (42,86%) delas do sexo feminino e 12 (57,14%) do sexo masculino. As crianças foram classificadas em típicas (38,10%) e atípicas (61,90%), com média de internação $43,62 \pm 46,23$ dias, conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Dados gerais das crianças avaliadas. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e relativa (%), média \pm desvio padrão.

Dados gerais	Média \pm DP ou n (%)
Idade (meses)	37,10 \pm 23,32
Sexo	
Feminino	9 (42,86%)
Masculino	12 (57,14%)
Desenvolvimento motor	
Atípico	13 (61,90%)
Típico	8 (38,10%)
Tempo de internação (dias)	43,62 \pm 46,23

De acordo com a Figura 1, no que se refere aos fatores que levaram à hospitalização, pode-se destacar que 61,90% das crianças foram internadas por causas neurológicas, seguido de 33,33% por acometimento respiratório e apenas 4,66% decorrentes de intervenção cirúrgica.



Figura 1. Causas de internação das crianças avaliadas. Valores apresentados em frequência absoluta (n) e frequência relativa (%).

Conforme aponta a Tabela 2, em relação aos domínios avaliados no Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade - PEDI, notou-se que a média referente ao autocuidado das crianças atípicas foi de $5,77 \pm 10,31$, enquanto das típicas foi de $10,5 \pm 11,93$, não apresentando significância estatística ($p=0,143$). No domínio mobilidade ($p=0,211$), as crianças atípicas apresentaram média de $5,92 \pm 8,76$, ao passo que as típicas foram de $11,88 \pm 12,41$. Quanto à variável função social, notou-se média de $11,38 \pm 9,34$ para as crianças atípicas e $20,62 \pm 5,63$ para as típicas, indicando significância estatística ($p=0,026$).

Tabela 2. Resultado dos escores da escala PEDI total e por domínios de acordo com o desenvolvimento motor das crianças avaliadas. Valores apresentados em média \pm desvio padrão. Teste de Mann-Whitney, * $p < 0,05$.

Domínios	Escala PEDI		p
	Atípica	Típica	
Autocuidado	$5,77 \pm 10,31$	$10,5 \pm 11,93$	0,143
Mobilidade	$5,92 \pm 8,76$	$11,88 \pm 12,41$	0,211
Função Social	$11,38 \pm 9,34$	$20,62 \pm 5,63$	0,026*
Total	$23,15 \pm 24,85$	$43,00 \pm 27,88$	0,1000

Na Figura 2, ao correlacionar Autocuidado e Mobilidade, foi possível observar uma correlação forte ($r=0,788$) e significância estatística ($p<0,0001$) entre esses domínios, havendo proporcionalidade, visto que quanto maior o prejuízo da mobilidade, maior a repercussão no autocuidado.

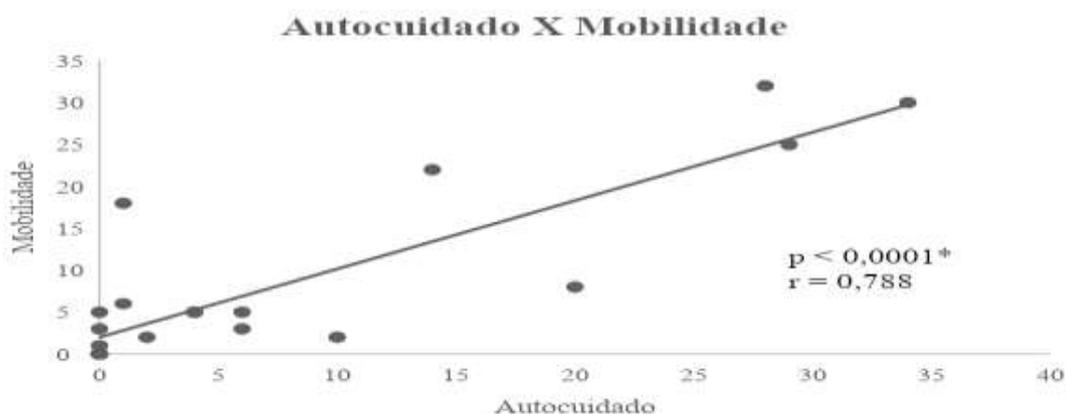


Figura 2. Correlação entre os domínios Autocuidado e Mobilidade avaliados através da escala PEDI das crianças participantes do estudo. Teste de correlação de Spearman, * $p < 0,05$.

Ao correlacionar Mobilidade e Função Social, observou-se correlação forte ($r=0,667$), em que a maioria dos pacientes apresentaram prejuízo da mobilidade e comprometimento da função social, ocasionando significância estatística ($p=0,001$) entre esses domínios como consta na Figura 3.

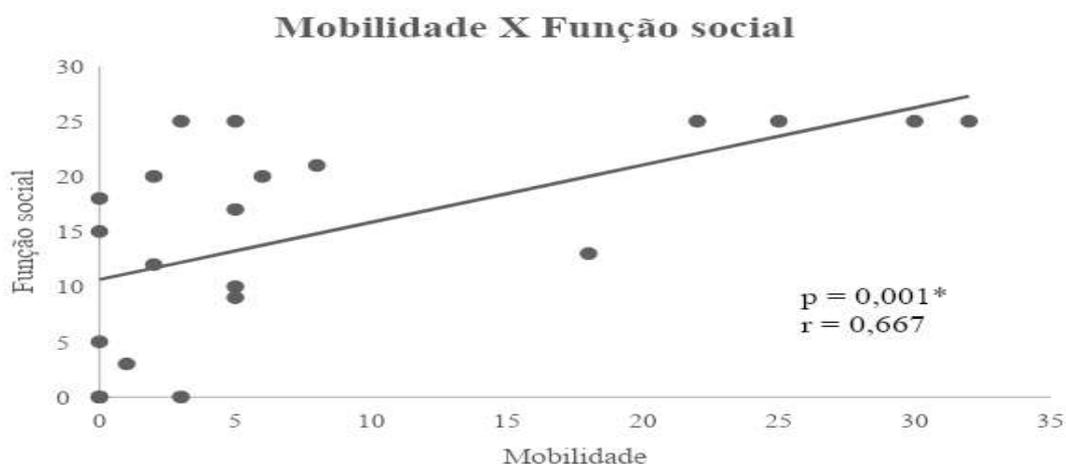


Figura 3. Correlação entre os domínios Mobilidade e Função social avaliados através da escala PEDI das crianças participantes do estudo. Teste de correlação de Spearman, * $p < 0,05$.

Analisando Autocuidado e Função Social, percebe-se uma correlação forte ($r=0,723$) e significância estatística ($p<0,0002$) entre domínios, evidenciando uma tendência a pior função social quanto mais comprometido for o autocuidado.

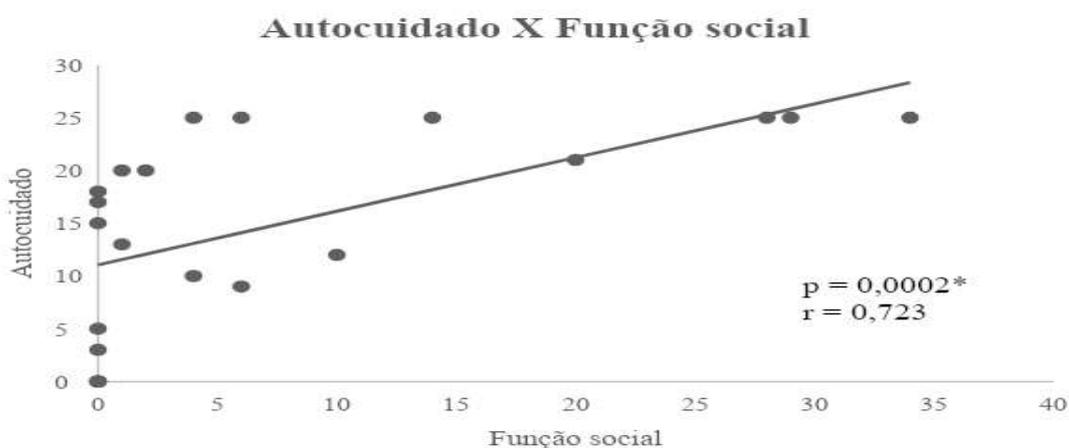


Figura 4. Correlação entre os domínios Autocuidado e Função social avaliados através da escala PEDI das crianças participantes do estudo. Teste de correlação de Spearman, * $p < 0,05$.

4 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos com este estudo, nota-se que a média de idade dos pacientes avaliados foi de $37,10 \pm 23,32$ meses, o que corresponde a, aproximadamente, três anos de vida, caracterizando a primeira infância como a fase que predispõem a maior vulnerabilidade, com predisposição a internações. Tais resultados corroboram o estudo de Santos et al. (2021) que analisaram o perfil clínico de crianças admitidas em um hospital nacional, destacando um significativo número de crianças hospitalizadas na primeira infância em relação às demais faixas etárias.

Ronan et al. (2021) citaram que a primeira infância corresponde ao período em que o corpo está suscetível a grandes mudanças e amadurecimento orgânico, ressaltando o sistema imunológico como parcialmente imaturo, tornando a criança mais predisposta a quadros infecciosos e consequente hospitalização. Adicionalmente, Alderman et al. (2017) citaram em seu estudo fatores como baixo peso ao nascer, sobrepeso, amamentação inadequada e desnutrição que estão atrelados de forma direta ao declínio imunológico de crianças na primeira infância, promovendo altas taxas de mortalidade precoce.

De acordo com os resultados apresentados por Santos et al. (2021), em um hospital de referência de João Pessoa-PB, encontrou-se predomínio de 54,5% do sexo masculino. Além disso, estudos internacionais também reforçaram essa predominância, como apontados por Heys et al. (2017), com 56,4% de meninos em sua análise de coorte retrospectiva, e por Huang et al. (2020), com 61,14% do sexo masculino. A literatura ainda não é clara no que se refere aos fatores relacionados a essa prevalência, alguns autores ressaltam que condições biológicas, culturais e socioeconômicas podem estar ligadas a esse percentual. De forma análoga, a presente pesquisa elucida um maior percentual de internações do sexo masculino (57,14%).

A priori, de acordo com Sousa et al. (2022), crianças neuropatas necessitam de cuidados sucessivos, em sua maioria, complexos em virtude das disfunções decorrentes de sua causa de base, o que ratifica períodos prolongados de internação e/ou reinternação. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vale salientar o crescente índice de crianças que apresentam algum tipo de deficiência, contribuindo assim para elevadas taxas de crianças que necessitam de maiores cuidados, o que confirma uma atenção qualificada à saúde no país.

No presente estudo, houve predomínio de crianças atípicas, perfazendo 61,90% da amostra, em detrimento de crianças típicas, com 38,10%, evidenciando a maior predisposição de crianças com disfunções neurológicas para internações recorrentes. Em se tratando das causas de hospitalização das crianças típicas, desses 38,10%, 33,33% foram por afecções respiratórias e 4,76% decorrentes de intervenção cirúrgica.

Atualmente, há grande problemática em nível nosocomial decorrente do predomínio de internações pediátricas por condições respiratórias, como exposto no estudo de Jbari et al. (2022), que traçou o perfil epidemiológico de crianças em um serviço de emergência pediátrica, com 28% referente a causas respiratórias, dentre quinze diagnósticos considerados, denotando uma das maiores causas do aumento nos índices de morbimortalidade infantil. Souza et al. (2022) confirmaram em seu estudo que as doenças respiratórias contribuem para a maior causa de hospitalização. Dentre as principais doenças de cunho respiratório que acometem crianças hospitalizadas, Olímpio et al. (2018) destacaram a pneumonia, de forma coincidente com esta pesquisa, sendo 33,33% de internações decorrentes de comprometimento respiratório.

Segundo Gold et al. (2016), os longos períodos de internação variam desde a condição crônica da criança até a permanência em unidade de terapia intensiva (UTI). Tal condição impacta consideravelmente o funcionamento cognitivo e físico do assistido, mantendo-se por um tempo igual ou superior a 10 dias. De forma complementar, Viglianti et al. (2019) consideram o tempo prolongado acima dos 08 dias. Tais pesquisas corroboram o estudo atual, o qual encontrou média de 43,62 dias de hospitalização, visto que este prolongamento é dispendioso e exige decisões complexas da equipe médica e dos familiares.

De acordo com Souza; Pinto (2019), no que se refere ao desempenho funcional das crianças avaliadas de acordo com o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), e tendo como base os domínios distribuídos na Parte II da escala, valores mais altos indicam menor nível de assistência ofertada pelo cuidador na realização das atividades de vida diária, traduzindo assim maior funcionalidade.

No presente estudo, as crianças atípicas apresentaram escores médios totais inferiores quando comparadas às típicas, as quais mantiveram escores satisfatórios em seu desempenho funcional. Logo, evidencia-se que a hospitalização prolongada em crianças típicas não impacta de forma expressiva em sua funcionalidade, embora tenha sido notório o prejuízo funcional das crianças atípicas. Observação semelhante foi

relatada por Teles et al. (2016), afirmando que as disfunções neurológicas, quando associadas à hospitalização prolongada, trazem mais repercussões negativas para as crianças, interferindo sobremaneira em seu desempenho funcional.

Para Pinto et al. (2016), a mobilidade, uma vez que prejudicada, tende a promover maior dependência para a criança, ocasionando impacto significativo no autocuidado, tendo em vista que a redução da mobilidade restringe o desempenho de suas funções básicas de vida, uma vez que necessita de capacidades funcionais globais, como mobilidade, coordenação, equilíbrio, força, dentre outras que são adquiridas ao longo da vida de acordo com o desenvolvimento neuropsicomotor. Tais afirmações são coincidentes com dados encontrados na atual pesquisa, em que os domínios mobilidade e autocuidado apresentaram correlação forte, embora sem significância estatística.

Segundo Mendoza et al. (2022), o domínio cognitivo, raciocínio, memória, interpretação, habilidades para planejar e solucionar problemas são capacidades baseadas em experiências individuais, sendo esses fatores afetados pelo declínio da mobilidade, visto que restringe a criança ao leito e a impede de se relacionar com os demais. Corroborando essa afirmação, a pesquisa atual elucidou correlação forte entre mobilidade e função social, inferindo-se que a redução da mobilidade impacta negativamente nas formas de a criança se expressar e interagir socialmente.

Com base no estudo de Teles et al. (2016), o domínio função social foi o que mais exigiu suporte do cuidador diante da compreensão funcional, conhecimento das solicitações e instruções, além de ser a variável de maior comprometimento em sua análise. Similarmente, no presente estudo, os domínios Autocuidado e Função Social também evidenciaram forte correlação, decorrentes das repercussões negativas entre eles no que se refere ao desempenho funcional da criança, aumentando, dessa forma, a demanda de assistência do cuidador.

De modo complementar, Mota et al. (2022), em seu estudo, ressalta que, dentre os domínios classificados pela escala PEDI, a função social foi o que apresentou maiores prejuízos nas crianças de primeira infância acometidas neurologicamente, sendo os pacientes de maior comprometimento e com história de hospitalização prolongada os que manifestaram maior prejuízo em relação à função social, sendo tais informações também verificadas na pesquisa vigente.

5 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados deste estudo, tornou-se notório que a hospitalização prolongada traz malefícios para o desempenho funcional da criança, repercutindo no autocuidado, mobilidade e função social, sendo esta última a mais comprometida na amostra avaliada. Além disso, constatou-se que a restrição ao leito impactou de forma desfavorável a funcionalidade em ambos os grupos estudados, embora as crianças atípicas tenham manifestado prejuízos funcionais preponderantes, determinando que a doença de base neurológica cursa com maiores impactos negativos para a criança do que propriamente a hospitalização prolongada.

Sendo assim, sugere-se que sejam realizadas novas pesquisas no que tange aos efeitos da hospitalização infantil prolongada quanto aos seus impactos na funcionalidade, tendo em vista a importância da continuidade de estudos com amostras mais representativas e outras variáveis de análise.

SOBRE OS AUTORES

1. Graduando em Fisioterapia pela Universidade Tiradentes, Aracaju, SE, Brasil;
2. Professora Titular, fisioterapeuta do Serviço Pediátrico do Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela Universidade Gama Filho (RJ), mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADOLPH, K. E.; HOCH, J. E. The importance of motor skills for development. **Building future health and well-being of thriving toddlers and young children**, v. 95, p. 136-144, 2020.

ALDERMAN, H. et al. Evidence of impact of interventions on growth and development during early and middle childhood. **Child and adolescent health and development**, v. 8, p. 1790, 2017.

CHEN, J. et al. Epidemiology and clinical characteristics of acute respiratory tract infections among hospitalized infants and young children in Chengdu, West China, 2009–2014. **BMC pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2018.

DA SILVA CABRAL, T. et al. Estimulação precoce na primeira infância: incentivando a cultura de paz em pré-escolares. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 6, p. 19924-19932, 2020.

DA SILVA, M. M.; SILVA, B. C. F. A saúde mental da criança hospitalizada. **Experiências Diante da Saúde Mental na Infância**, 2021.

DE BARROS, R. S. et al. Principais instrumentos para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças no Brasil. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 60393-60406, 2020.

FERREIRA, T. et al. Oportunidades domiciliares no desenvolvimento motor infantil: produção científica da área da saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 31, n. 1, p. 125-144, 2021.

HADDERS-ALGRA, M. Early human motor development: From variation to the ability to vary and adapt. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 90, p. 411-427, 2018.

HEYS, M.; RAJAN, M.; BLAIR, M. Duração da internação pediátrica, situação socioeconômica e configuração hospitalar: um estudo de coorte retrospectivo. **Pesquisa de serviços de saúde BMC**, v. 17, p. 1-12, 2017.

HUANG, H. et al. Detection and clinical characteristics analysis of respiratory viruses in hospitalized children with acute respiratory tract infections by a GeXP-based multiplex-PCR assay. **Journal of Clinical Laboratory Analysis**, v. 34, n. 4, p. e23127, 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: Características da População e dos Domicílios. 2011. [acesso em 2023 mai 18]. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf.

IVERSON, J. M. Developmental variability and developmental cascades: Lessons from motor and language development in infancy. **Current directions in psychological science**, v. 30, n. 3, p. 228-235, 2021.

JBARI, S. et al. The characterization of a hospitalized population at the pediatric emergency service of Mother and Child Hospital, Marrakech, Morocco. **Pan Afr. med. j**, p. NA-NA, 2022.

KHAN, I.; LEVENTHAL, B. L. **Developmental Delay**. [Updated 2023 Jan 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.

KOLB, B.; HARKER, A.; GIBB, R. Principles of plasticity in the developing brain. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 59, n. 12, p. 1218-1223, 2017.

MENDOZA FERNÁNDEZ, G.; AGUILAR GARCÍA, I.; GUERRA, K. M. Alteraciones psicosociales y dimensiones de la calidad de vida en pacientes con Daño Cerebral Adquirido. **Humanidades Médicas**, v. 22, n. 3, p. 650-672, 2022.

MISIRLIYAN, S. S.; BOEHNING, A. P.; SHAH, M. **Development Milestones**. In: *State Pearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 16, 2023.

MODREL, A. K.; TADI, P. **Reflexos primitivos**. StatPearls, 2021.

MOTA, L. A. T.; SILVA, D. R. B.; PFEIFER, L. I. Evolução funcional de crianças em autocuidado, mobilidade e função social após acidente vascular cerebral na primeira infância: um estudo coorte. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 80, n. 1, p. 13-22, 2022.

NONOSE, E. R. S. et al. Perfil de recém-nascidos e fatores associados ao período de internação em unidade de cuidados intermediários. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 1005-1010, 2021.

OLÍMPIO, A. C. S. et al. Perfil clínico-epidemiológico de internamentos na unidade pediátrica de um hospital público cearense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-8, 2018.

PEREIRA, J. F. et al. Influência dos fatores biológicos e socioeconômicos no desenvolvimento neuropsicomotor de pré-escolares. **Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 135-144, 2017.

PINTO, A. H. et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3545-3555, 2016.

RONAN, V.; YEASIN, R.; CLAUD, E. C. Childhood development and the microbiome - the intestinal microbiota in maintenance of health and development of disease during childhood development. **Gastroenterology**, v. 160, n. 2, p. 495-506, 2021.

SANDERS, L. P.; DE ALMEIDA, M. I. **Atividades lúdicas realizadas em um Hospital Infantil de Fortaleza: visão dos funcionários**. Coletânea de Monografias do curso de medicina da UECE, p. 13, 2022.

SANTOS, R. G. et al. Perfil clínico-epidemiológico de crianças hospitalizadas: um recorte do período pandêmico e não pandêmico. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

SILVA, R. M. et al. Fatores relacionados ao tempo de hospitalização e óbitos de recém-nascidos modernizações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

SIMONATO, M. P.; MITRE, R. M.; GALHEIGO, S. M. O cotidiano hospitalar de crianças com hospitalizações prolongadas: entre tramas dos cuidados com o corpo e as mediações possíveis. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e180383, 2019.

SOUSA, B. V. et al. Vulnerabilidade de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 91-103, 2023.

SOUZA, A. C. et al. Morbidade hospitalar de crianças menores de cinco anos em um município brasileiro de fronteira. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, p. 1-8, 2022.

SOUZA, M. S.; BRAGA, P. P. O inventário de avaliação pediátrica de incapacidade e suas contribuições para estudos brasileiros. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 1368-1375, 2019.

TELES, F. M.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Necessidades de assistência à criança com deficiência- Uso do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, p. 447-453, 2016.

VIGLIANTI, E. M.; KRUSER, J. M.; IWASHYNA, T. A heterogeneidade das internações prolongadas na UTI. **Thorax**, v. 74, n. 11, pág. 1015-1017, 2019.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre “Avaliação do desempenho funcional de crianças submetidas a hospitalização prolongada” e está sendo desenvolvida pelos pesquisadores Carlos Guilherme Freitas Albuquerque de Resende e Giancarlos Costa Rodrigues, do Curso de Fisioterapia da *Universidade Tiradentes - UNIT*, sob a responsabilidade da Professora Aida Carla Santana de Melo Costa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante da pesquisa, portanto, serão providenciadas duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você como participante de pesquisa ou responsável legal, sendo que uma via deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção este documento, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este documento para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

O objetivo do estudo é avaliar o desempenho funcional de crianças submetidas a hospitalização prolongada.. A finalidade deste trabalho é contribuir para ***uma avaliação fisioterapêutica mais criteriosa da funcionalidade da criança, a fim de que sejam traçadas novas abordagens de tratamento futuro para uma reabilitação mais efetiva.***

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa, a qual constará de uma avaliação por meio do Inventário de Avaliação Pediátrica - PEDI que será aplicado individualmente a cada criança do estudo estando a mesma no leito acompanhada de seu responsável legal, o qual irá responder aos questionamentos dos pesquisadores durante um tempo médio de 15 a 20 minutos, com sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e publicações científicas. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá acarretar risco remoto de constrangimento aos envolvidos. Por fim, espera-se que este estudo traga informações relevantes sobre o desempenho funcional das crianças avaliadas.

Esclarecemos que a participação de seu filho no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades

solicitadas pelos Pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano ou penalidade, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso). Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Aida Carla Santana de Melo Costa; CEP: 49027-010 – Telefone: 79 9 99886580 e e-mail: aida-fisio@hotmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unit SE, de segunda a sexta-feira das 08:00h às 12:00h e das 14:00h às 17:00h na Av. Murilo Dantas, 300, bloco F, térreo – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE. Telefone: (79) 32182206 – e-mail: cep@unit.br.

O CEP é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Tem como finalidade avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Assinatura do pesquisador 1

Assinatura do pesquisador 2

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Aracaju, ____ de ____ de 20__

Assinatura do participante ou responsável legal



ANEXO 1

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Versão 1.0 – Brasileira

Nome: _____ Data do teste: _____
 Idade: _____
 Identificação: _____ Entrevistador: _____

Sumário dos Escores

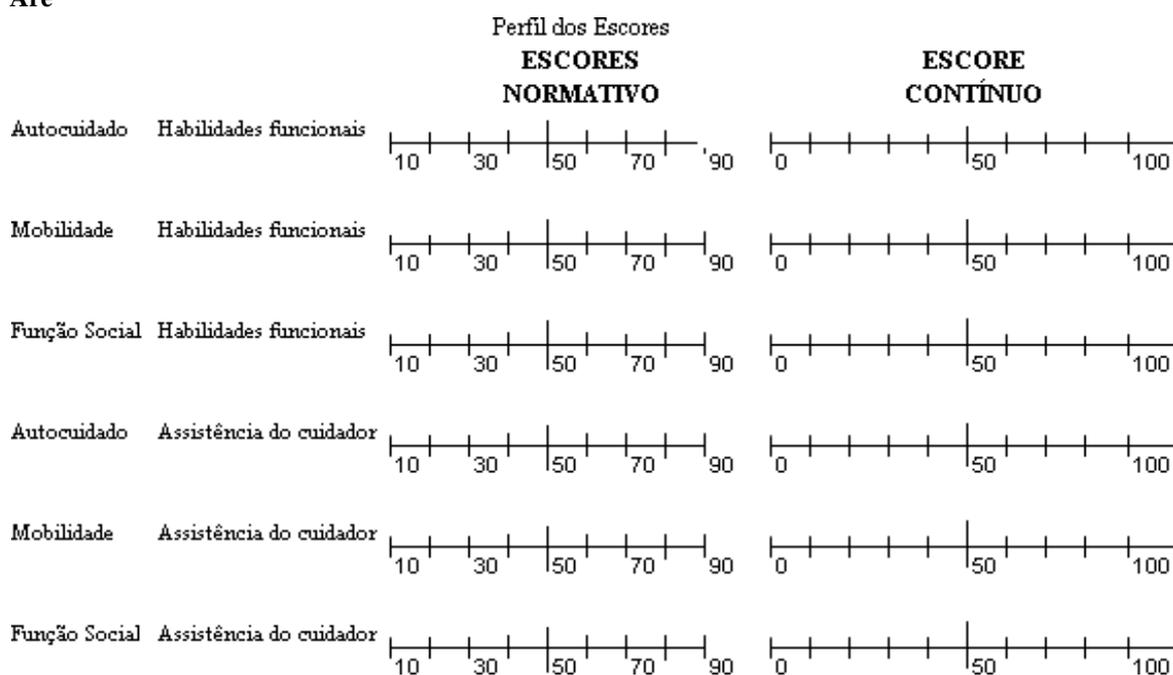
Escores Compostos

Área

		Escore Bruto	Escore Normativo	Erro Padrão	Escore Contínuo	Erro Padrão
Autocuidado	Habilidades funcionais					
Mobilidade	Habilidades funcionais					
Função Social	Habilidades funcionais					
Autocuidado	Assistência do cuidador					
Mobilidade	Assistência do cuidador					
Função Social	Assistência do cuidador					

Modificação (frequências)											
Autocuidado (8 itens)				Mobilidade (7 itens)				Função Social (5 itens)			
Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva

Áre



**PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY –
PEDI**

Inventário de Avaliação Pediátrica de incapacidade
Tradução e adaptação cultural: Marisa C. Mancini, Sc.D., T.O.

Versão 1.0 Brasileira

**Stephen M.Haley, Ph., PT.; Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/L; Larry H. Ludlow, Ph.D.; Jane T.
Haltiwanger, M.A., Ed.M., Peter J. Andrellos, Ph.D.**

1992, New England Medical Center and PEDI Research Group.

Formulário de Pontuação

Sobre a Criança

Nome: _____

Sexo: M F

Idade: Ano Mês Dia

Entrevista _____ _____ _____

Nascimento _____ _____ _____

Id. Cronológica _____ _____ _____

Diagnóstico (se houver): _____

_____ _____
primário adicional

Sobre o entrevistado (pais ou responsável)

Nome: _____

Sexo: M F

Parentesco com a criança: _____

Profissão (especificar): _____

Escola

Situação Atual da Criança

Hospitalizada Cuidado intensivo Reabilitação

Outros (especificar): _____

Escola ou outras instalações: _____

Série escolar: _____

Sobre o examinador

mora em casa Nome: _____

Instituição: _____

Sobre a avaliação Recomendada por: _____ Razões da
avaliação: _____

Notas: _____

Direções Gerais: Abaixo estão as orientações gerais para a pontuação. Todos os itens têm descrições específicas. Consulte o manual para critério de pontuação individual.

Parte I – Habilidades Funcionais: 197 itens

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

0 = incapaz ou limitado na capacidade de
Executar o item na maioria das situações.

1 = capaz de executar o item na maioria das situações,
ou o item já foi previamente conquistado, e habilidades.
funcionais progrediram além deste nível

Parte II – Assistência do adulto de referência:

20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação

5 = independente

2 = Assistência moderada

4 = Supervisão

3 = Assistência mínima

1 = Assistência máxima

0 = Assistência total

Parte III – Modificações: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

N = Nenhuma modificação

C = Modificação centrada na criança
(não especializada)

R = Equipamento de reabilitação

E = Modificações extensivas

Parte I: Habilidades funcionais			
(Marque cada item correspondente: escores dos itens:0 = incapaz; 1 = capaz)			
Area de Autocuidado			
A: TEXTURA DOS ALIMENTOS			
		0	1
1- Come alimento batido/amassado/coado			
2- Come alimento moído/granulado			
3- Come alimento picado/em pedaços			
4- Come comidas de texturas variadas			
B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS			
		0	1
5- Alimenta-se com os dedos			
6- Pega comida com colher e leva até a boca			
7- Usa bem a colher			
8- Usa bem o garfo			
9- Usa faca para passar manteiga no pão, corta alimentos macios			
C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER			
		0	1
10- Segura a mamadeira ou copo com bico ou canudo			
11- Levanta copo para beber, mas pode derramar			
12- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa, usando as 2 mãos			
13- Levanta, c/firmeza, copo sem tampa, usando 1 das mãos			
14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem			
D: HIGIENE ORAL			
		0	1
15- Abre a boca para a limpeza dos dentes			
16- Segure escova de dentes			
17- Escova os dentes, porém sem escovação completa			
18- Escova os dentes completamente			
19- coloca creme dental nas escova			
E: CUIDADOS COM OS CABELOS			
		0	1
20- mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado			
21- leva pente ou escova até o cabelo			
22- Escova ou penteia o cabelo			
23- É capaz de desembaraçar e partir o cabelo			
F: CUIDADOS COM O NARIZ			
		0	1
24- Permite que o nariz seja limpo			
25- Assoa o nariz com o lenço			
26- Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado			
27- Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado			
28- Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado			
G: LAVAR AS MAOS			
		0	1
29- Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas			
30- Esfrega as mãos um na outra para limpá-las			
31- Abre e fecha torneira e utiliza sabão			
32- Lava as mãos completamente			
33- Seca as mãos completamente			
H: LAVAR O CORPO E A FACE			
		0	1
34- Tenta lavar partes do corpo			
35- lava o corpo completamente, não incluindo a face			
36- Utiliza sabonete (e esponja, se for costume)			
37- Seca o corpo completamente			

38- Lava e seca completamente		
39- Auxilia empurrando os braços p/ vestir a manga da camisa		
I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE		
40- Retira camisetas, vestido ou agasalho sem fecho		
41- Coloca a camiseta, vestido o agasalho sem fecho		
42- Coloca e retira camisas abertas na frente, porém s/ fechar		
43- Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as		
J: FECHOS		
	0	1
44- Tenta participar no fechamento de vestimentas		
45- Abre e fecha fecho de correr, sem separá-lo ou fechar o botão		
46- Abre e fecha colchete de pressão		
47- Abotoa e desabotoa		
48- Abre e fecha o fecho de correr (zíper), separando e fechando colchete/botão		
K: CALÇAS		
	0	1
49- Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir		
50- Retira calças com elásticos na cintura		
51- Veste calças com elástico na cintura		
52- Retira calças, incluindo abrir fechos		
53- Veste calças, incluindo fechar fechos		
L: SAPATOS / MEIAS		
	0	1
54- Retira meias e abre os sapatos		
55- Calça sapatos/sandálias		
56- Calça meias		
57- Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro		
58- Amarra sapatos (prepara cadarço)		
M: TAREFAS DE TOALETES (roupas, uso do banheiro e limpeza)		
	0	1
59- Auxilia no manejo de roupas		
60- Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro		
61- Utiliza vaso sanitário, papel higiênico e dá descarga		
62- Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro		
63- Limpa-se completamente depois de evacuar		
N: CONTROLE URINÁRIO (escore = 1 se a criança é capaz)		
	0	1
64- Indica quando molhou roupa ou calça		
65- Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)		
66- Indica, consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)		
67- Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)		
68- Mantém-se constantemente seco durante o dia e a noite		
O: CONTROLE INTESTINAL (escore = 1 se a criança já é capaz)		
	0	1
69- Indica necessidade de ser trocado		
70- Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro (durante o dia)		
71- Indica, constantemente, necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)		
72- Faz distinção entre urinar e evacuar		
73- Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais		

Somatório da Área de Autocuidado:		
Por favor, certifique-se de ter respondido todos os itens		
Comentários:		

Área de Mobilidade		
(Marque o correspondente para cada item; scores dos itens: 0=incapaz; 1=capaz)		
A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO		
	0	1
1- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto		
2- Fica sentado na privada ou no troninho		
3- Senta e levanta de privada baixa ou troninho		
4- Senta e levanta de privada própria para adulto		
5- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços		
B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS / CADEIRAS DE RODAS		
	0	1
6- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto		
7- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio		
8- Senta e levanta de cadeira, móvel baixa/infantis		
9- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto		
10- senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços		
C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO		
	0	1
11a- Movimenta-se no carro; mexe e sobe/desce da cadeirinha do carro		
12a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução		
13a- Entra e sai do carro sem a assistência ou instrução		
14a- Maneja sinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro		
15a- Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo		
C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS		
	0	1
11b- Sobe e desce do banco do ônibus		
12b- Move-se com ônibus em movimento		
13b- Desce a escada do ônibus		
14b- Passa na roleta		
15b- Sobe a escada do ônibus		
D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS		
	0	1
16- Passa de deitado para sentado na cama ou berço		
17- Passa para sentado na beirada da cama; deita a partir de sentado na beirada da cama		
18- Sobe e desce de sua própria cama		
19- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços		
E: TRANSFERÊNCIA NO CHUVEIRO		
	0	1
20- Entra no chuveiro		
21- Sai do chuveiro		
22- Agacha e pega o sabonete ou shampoo no chão		
23- Abre e fecha box/cortinado		
24- Abre e fecha torneira		
F: METODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza)		
	0	1
25- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão		

26- Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio		
27- Anda sem auxílio		
G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO:		
DISTANCIA / VELOCIDADE (escore 1 se já realiza)		
	0	1
28- Move-se pelo ambiente, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para idade)		
29- Move-se pelo ambiente sem dificuldade		
30- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para idade)		
31- Move-se entre ambiente sem dificuldade		
32- move-se em ambientes internos por 15 m; abre e fecha portas internas e externas		
H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO:		
ARRASTA / CARREGA OBJETOS		
	0	1
33- Muda de lugar intencionalmente		
34- Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão		
35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos		
36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos		
37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos		
I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO:		
MÉTODOS		
	0	1
38- Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio		
39- Anda sem apoio		
J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO:		
DISTANCIA / VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz)		
	0	1
40- Move-se por 3-15m (comprimento de 1-5carros)		
41- Move-se por 15-30m (comprimento de 5-10carros)		
42- Move-se por 30-45m		
43- Move-se por 45m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para idade)		
44- Move-se por 45m ou mais sem dificuldade		
K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO:		
SUPERFÍCIES	0	1
45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)		
46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)		
47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)		
48- Sobe e desce rampas ou inclinações		
49- Sobe e desce meio-fio		
L: SUBIR ESCADAS		
(escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		
	0	1
50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escadas (1-11 degraus)		
51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)		
52- Sobe partes de um lance de escada (ereto)		
53- Sobe um lance completo, mas com dificuldades		

(lento para idade)		
54- Sobe um conjunto de lances de escada sem dificuldade		
M: DESCER ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		
	0	1
55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)		
56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada		
57- Desce, ereto, um lance de escada completo (12-15 degraus)		
58- Desce um lance completo, mas com dificuldades (lento para idade)		
59- Desce um conjunto de lances de escada sem dificuldade		
Somatória da Area de Mobilidade:		
Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens		
Comentários:		

Area de Função Social		
(marque o correspondente para cada item;		
escores dos itens: 0=incapaz; 1=capaz)		
A: COMPREENSAO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA		
	0	1
1- Orienta-se pelo som		
2- Reage ao "não"; reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar		
3- Reconhece 10 palavras		
4- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis		
5- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos		
B: COMPREENSAO DE SENTENÇAS COMPLEXAS		
	0	1
6- Compreende sentenças curtas sobre objetivos e pessoas familiares		
7- Compreende comando simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas		
8- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa esta		
9- Compreende comando de dois passos, utilizando se/então, antes/depois, primeiro/segundo etc.		
10- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito, mas de uma forma diferente.		
C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO		
	0	1
11- Nomeia objetos		
12- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas		
13- Procura informação fazendo perguntas		
14- Descreve ações ou objetos		
15- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios		
D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA		
	0	1
16- Usa gestos que tem propósito adequado		
17- usa uma única palavra com significado adequado		
18- Combina duas palavras com significado adequado		
19- Usa sentenças de 4-5 palavras		
20- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história		

simples		
E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS		
	0	1
21- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudá-lo a resolvê-lo		
22- Se transtornado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou o seu comportamento é prejudicado		
23- se transtornado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver de pouco tempo		
24- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)		
25- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução e conjunto		
F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS)		
	0	1
26- Mostra interesse em relação a outros		
27- Inicia uma brincadeira familiar		
28- aguarda a sua vez em um jogo simples, quando é dada dica de que é sua vez		
29- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira		
30- Durante a brincadeira, a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia		
G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADES SEMELHANTES)		
	0	1
31- Percebe a presença de outras crianças e pode vocalizar ou gesticular para os companheiros		
32- Interage com outras crianças em situações breves e simples		
33- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança		
34- Planeja e executa atividade cooperativa com outras crianças; brincadeira é complexa e mantida		
35- Brinca de jogos de regras		
H: BRINCADEIRA COM OBJETOS		
	0	1
36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção		
37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüências simples de faz-de-conta		
38- Agrupa materiais para formar alguma coisa		
39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta, envolvendo coisa que a criança já entende ou conhece		
40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação		
I: AUTO-INFORMAÇÃO		
	0	1
41- Diz o primeiro nome		
42- Diz o primeiro e último nome		
43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família		
44- Dá o endereço completo de casa; se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto		

45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para a casa ou voltar ao quarto do hospital		
	0	1
46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia		
47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana		
48- Tem conceitos simples de tempo		
49- Associa um horário específico com atividades/eventos		
50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações		
K: TAREFAS DOMESTICAS		
	0	1
51- Começa a ajudar cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes		
52- Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes		
53- Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar dos seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las		
54- Ocasionalmente inicia tarefas domésticas simples; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las		
55- Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica que envolve vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física		
L: AUTOPROTEÇÃO		
	0	1
56- Mostra cuidado apropriado quando esta perto de escadas		
57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes		
58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança		
59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranho		
60- Atravessa rua movimentada, com segurança, na ausência de um adulto		
M: FUNÇÃO COMUNITARIA		
	0	1
61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente		
62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente		
63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários		
64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão		
65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência		
Somatória da Area de Função Social:		
Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens		
Comentários:		

Partes II e III: Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente							<i>Independente</i>	<i>Supervisão</i>	<i>Mínima</i>	<i>Moderada</i>	<i>Máxima</i>	<i>Total</i>	<i>Nenhuma</i>	<i>Criança</i>	<i>Reabilitação</i>	<i>Extensiva</i>		
Circule o escore apropriado para avaliar cada item das escalas de Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente																		
Área de Autocuidado																		
A. Alimentação: Come e bebe nas refeições regulares; não inclui cortar carne, abrir recipientes ou servir comida das travessas							5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
B. Higiene Pessoal: Escova dentes, escova ou penteia o cabelo e limpa o nariz.							5	4		2		0	Ⓜ	C	R	E		
C. Banho: Lava e seca o rosto e as mãos, toma banho; não inclui entrar e sair do chuveiro ou banheira, preparar a água e lavar as costas ou cabelos.							5	4	3	2		0	Ⓜ	C	R	E		
D. Vestir - parte superior do corpo: Roupas de uso diário, inclui ajudar a colocar e retirar splint ou prótese; não inclui tirar roupas do armário ou gavetas, lidar com fechos nas costas.							5	4	3	2		0	Ⓜ	C	R	E		
E. Vestir - parte inferior do corpo: Roupas de uso diário, incluindo colocar e tirar órtese ou prótese; não inclui tirar as roupas do armário ou gavetas.							5	4	3	2		0	Ⓜ	C	R	E		
F. Banheiro: Lidar com roupas, manejo do vaso ou uso de instalações externas, e limpar-se; não inclui transferência para o sanitário, controle dos horários ou limpar-se após acidentes.							5	4	3		1	0	N	Ⓞ	R	E		
G. Controle Urinário: Controle urinário dia e noite, limpe-se após acidente e controle dos horários.							5	4		2	1	0	N	Ⓞ	R	E		
H. Controle Intestinal: Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.							5	4	3	2		0	N	Ⓞ	R	E		
Soma da Área de Autocuidado:																		
Área de Mobilidade																		
A. Transferências no banheiro/cadeiras: Cadeiras de rodas infantil, cadeira de tamanho adulto, sanitário de tamanho adulto.							5	4		2	1	0	Ⓜ	C	R	E		
B. Transferências no carro/ônibus: Mobilidade dentro do carro ou no ônibus, uso do cinto de segurança, transferências/abrir e fechar as portas do carro ou entrar e sair do ônibus.							5	4	3	2	1		Ⓜ	C	R	E		
C. Mobilidade na cama/transferências: Subir e descer da cama sozinho e mudar de posição na própria cama.							5	4	3		1	0		Ⓞ	R	E		
D. Transferências no chuveiro: Entrar e sair do chuveiro, abrir chuveiro, pegar sabonete e shampoo. Não inclui preparar para o banho.							5	4			1	0	Ⓜ	C	R	E		
E. Locomoção em ambiente interno: 15m; não inclui abrir portas ou carregar objetos.							5	4		2	1	0	N	C	R	E		
F. Locomoção em ambiente externo: 45m em superfícies niveladas; focalizar na habilidade física para mover-se em ambiente externo (não considerar comportamento ou questões de segurança como atravessar ruas).							5	4	3	2	1	0	Ⓜ	C	R	E		
G. Escadas: Subir e descer um lance de escadas (12-12 graus)							5	4	3		1		Ⓜ	C	R	E		
Soma da Área de Mobilidade:																		
Área de Função Social																		
A. Compreensão funcional: Entendimento das solicitações e instruções							5	4		2	1	0	N	Ⓞ	R	E		
B. Expressão funcional: Habilidade para fornecer informações sobre suas próprias atividades e tornar conhecidas as suas necessidades; inclui clareza na articulação.							5	4	3		1	0	N	Ⓞ	R	E		
C. Resolução de problemas em parceria: Inclui comunicação do problema eo empenho com o adulto de referência ou um outro adulto em que encontrar solução; inclui apenas problemas cotidianos que ocorrem durante as atividades diárias (por exemplo, perda de um brinquedo e conflitos na escolha das roupas).							5	4	3		1	0	Ⓜ	C	R	E		
D. Brincar com companheiro: Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido.							5		3	2	1	0	Ⓜ	C	R	E		
E. Segurança: Cuidado quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e deslocamentos.							5	4		2	1	0	N	Ⓞ	R	E		
Soma da Área de Função Social:																		