

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONFIABILIDADE DA VERSÃO
BRASILEIRA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA CRIANÇAS
(*Wee FIM*)

VIVIANE PORANGABA SARMENTO

MACEIÓ

2014

VIVIANE PORANGABA SARMENTO

TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E CONFIABILIDADE DA VERSÃO
BRASILEIRA DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL PARA CRIANÇAS
(*Wee FIM*)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da saúde do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Ximenes da Silva

MACEIÓ

2014

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Maria Auxiliadora G. da Cunha

S246t Sarmiento, Viviane Porangaba.
Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão brasileira da medida de independência funcional para crianças (Wee FIM) / Viviane Porangaba Sarmiento. – 2014.
94 f ; il.

Orientadora: Adriana Ximenes da Silva.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2014.

Inclui bibliografia.

1. Avaliação de deficiência. 2. Paralisia cerebral. 3. Reprodutibilidade dos testes. 4. Crianças. 5. Questionários. I. Título.

CDU: 616.8-009.1

Folha de Aprovação

Viviane Porangaba Sarmento

Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional para crianças (Wee FIM)

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 30 de abril de 2014.

Adriana Ximenes

Prof.ª Dr.ª Adriana Ximenes da Silva (Orientador)

Banca Examinadora

Marcelo Riberto
Prof. Dr. Marcelo Riberto – (USP)

Claudio Torres de Miranda
Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda – (UFAL)

Francisco Carlos Pereira
Prof. Dr. Francisco Carlos Pereira - (UFAL)

AGRADECIMENTOS

Às crianças com paralisia cerebral atendidas no Programa de Medicina Física e Reabilitação do Posto de Atendimento Médico Salgadinho, em Maceió, Alagoas, que juntamente com seus cuidadores, contribuíram com este estudo, ampliando o crescimento científico dos estudos relacionados às crianças com paralisia cerebral.

Aos profissionais da equipe de reabilitação, em particular a colega Michele Trevisan, pela ajuda na coleta de dados, muito obrigada!

À meus pais Enaldo Sarmiento e Vera Lúcia Porangaba pelo apoio necessário na minha educação e processo do conhecimento científico.

Ao meu esposo Ítalo Meira e aos meus filhos Icla e Artur pela paciência e por entenderem meus momentos de ausência na convivência da família durante a elaboração deste trabalho. Amo vocês!

Ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da UFAL, através dos professores que tiveram uma influência direta na minha formação através das disciplinas. Em especial a minha orientadora Prof. Adriana Ximenes pela dedicação e prontidão na execução deste trabalho.

Um agradecimento especial à amiga Lorella Chiappetta que me ajudou e apoiou durante todo este processo e na elaboração da dissertação.

À todos que contribuíram, direto ou indiretamente, para a realização deste trabalho.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar a tradução em português do Brasil, da versão original da Medida de Independência Funcional para Crianças (*Wee FIM*), com sua adaptação cultural e verificar sua medida de propriedade (reprodutibilidade) para que o mesmo possa ser utilizado como um instrumento de avaliação de independência funcional em crianças brasileiras portadoras de Paralisia Cerebral. O questionário foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacionalmente aceita. O *Wee FIM* foi administrado por meio de entrevista aos cuidadores dos pacientes com Paralisia Cerebral. Para avaliação da reprodutibilidade, os cuidadores dos pacientes foram entrevistados duas vezes, na primeira avaliação por dois entrevistadores separadamente e novamente dentro de um período de sete dias por um dos entrevistadores. O Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de Correlação Intraclasse, foram usados para avaliação da reprodutibilidade. Na fase de tradução e adaptação cultural foram avaliados 42 pacientes e somente uma questão foi modificada. Na fase de reprodutibilidade foram avaliados 21 pacientes. A média de idade foi de 4,57 anos. Prevaleceu o sexo masculino, tetraparesia, nível V do *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS). A reprodutibilidade intra e interobservador foram estatisticamente significantes (Intraclasse 1,000 e Pearson 0,999 respectivamente). As correlações entre o *Wee FIM* e GMFCS foram estatisticamente significativas (Spearman -0,716 e -0,507). Esses resultados mostram que a versão brasileira do *Wee FIM* tem boa equivalência cultural e boa reprodutibilidade.

Palavras - Chave: Avaliação de Deficiência, Paralisia Cerebral, Reprodutibilidade dos Testes, Questionário e Crianças.

ABSTRACT

The aim of this study was to translate into Portuguese of Brazil, the original version of the Functional Independence Measure for Children (*Wee FIM*) with cultural adjustment and verify its extent of ownership (reproducibility) so that it can be used as a instrument to assess functional independence in Brazilian children with Cerebral Palsy. The questionnaire was translated and culturally adapted for the Brazilian population according to the internationally accepted methodology. The *Wee FIM* was administered by interview to caregivers of patients with cerebral palsy. To evaluate reproducibility, caregivers of patients were interviewed twice, the first assessment by two interviewers separately and again within a period of seven days by one of the interviewers. The Pearson correlation coefficient and intraclass correlation coefficient were used to evaluate reproducibility. At the stage of translation and cultural adaptation were evaluated 42 patients and only one question was modified. During the phase of reproductibility 8 patients were evaluated. The mean age was 4.57 years. Prevalled male, tetraparesia, level V of the *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS). The intra and interobserver reproducibility were statistically significant (Pearson 1,000 and intraclass 0,999 respectively). The correlations between the *Wee FIM* and GMFCS were statistically significant (Spearman -0,716 and -0.507). These results show that the Brazilian version of the *Wee FIM* has good cultural equivalence and good reproducibility.

Key – words: Evaluation of Disability, Cerebral Palsy, Reproducibility of Results, Survey and Children.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Valores referentes à frequência dos sexos da amostra.....	26
Tabela 02 - Valores referentes à frequência dos padrões clínicos da amostra.....	26
Tabela 03 - Valores referentes à frequência do GMFCS.....	27
Tabela 04 - Média para cada item do questionário <i>Wee FIM</i>	27
Tabela 05 - Coeficiente de Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para cada item da Medida de Independência Funcional para Crianças intra e interobservador.....	28
Tabela 06 - Coeficiente de Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para a pontuação total da Medida de Independência Funcional para Crianças.....	28
Tabela 07 - Correlações de Spearman entre GMFCS e <i>Wee FIM</i> para cada avaliador.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
GMFCS	<i>Gross Motor Function Classification System</i>
MACS	Sistema de Classificação Manual
MIF	Medida de Independência Funcional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PC	Paralisia Cerebral
PEDI	<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i>
PMFR	Programa de Medicina Física e Reabilitação
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
<i>Wee FIM</i>	<i>Wee Functional Independence Measure</i>

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	VII
Lista de Abreviaturas.....	VIII
Resumo.....	V
Abstract.....	VI
1 Introdução.....	11
1.1 Paralisia Cerebral.....	11
1.1.1 Etiologia e Etiopatogenia.....	11
1.1.2 Diagnóstico.....	13
1.1.3 Quadro clínico.....	13
1.1.4 Prognóstico.....	15
1.2 Avaliação de Funcionalidade.....	15
1.3 Instrumento de Avaliação Funcional.....	17
1.3.1 <i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i>	17
1.3.2 Sistema de Classificação Manual.....	17
1.3.3 <i>Gross Motor Function Classification System</i>	17
1.3.4 Medida de Independência Funcional.....	18
1.3.5 <i>Wee Functional Independence Measure</i>	19
1.4 Objetivo.....	20
1.5 Justificativa.....	21
2 Material e Método.....	22
2.1 Tipo de estudo.....	22
2.2 Local.....	22
2.3 Amostra.....	22
2.3.1 Critérios de inclusão.....	22
2.3.2 Critérios de exclusão.....	22
2.3.3 Amostragem.....	22
2.3.4 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	23
2.4 Variáveis.....	23
2.4.1 Primária: confiabilidade.....	23
2.4.2 Secundária: tradução para língua portuguesa e avaliação das propriedades de medida da versão brasileira de Wee FIM.....	23
2.5 Método estatístico.....	25
2.5.1 Cálculo do tamanho da amostra.....	25

2.5.2 Análise estatística.....	25
3 Resultados.....	26
4 Discussão.....	30
5 Conclusão.....	33
6 Anexos.....	34
Anexo 01: Questionário <i>Wee FIM</i> Original.....	34
Anexo 02: Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa.....	35
Anexo 03: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	37
Anexo 04: Versão Brasileira do <i>Wee FIM</i>	42
Anexo 05: Sistema de Classificação da Função Motora Grossa – Expandido e Revisado.....	79
Anexo 06: Acordo para Licença de Uso em Pesquisa Internacional.....	88
7 Referencias bibliográficas.....	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 Paralisia Cerebral

O termo Paralisia Cerebral (PC) descreve um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitação de atividades, que são atribuídos a lesões não progressivas que ocorreram no cérebro em desenvolvimento. As alterações motoras são frequentemente acompanhadas por comprometimento da sensibilidade, percepção, cognição, comunicação, comportamento, crises convulsivas e problemas músculo esqueléticos secundários (BAX et al, 2005).

A PC é a deficiência física mais comum na infância (GORTER et al, 2004). A incidência de PC em países subdesenvolvidos é maior do que nos países desenvolvidos, provavelmente pela falta de acesso ao sistema de saúde pela população mais carente, chegando a índices de 7:1000 nascimentos nos países subdesenvolvidos contra 1,5 – 2,5:1000 nascimentos em países desenvolvidos. No Brasil os dados estimam cerca de 30.000 – 40.000 casos novos por ano (MANCINI et al, 2002).

1.1.1 Etiologia e Etiopatogenia

O desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) ocorre em 5 etapas: neurogênese, migração celular, diferenciação celular, sinaptogênese e mielinização (BAYER et al, 1993). Durante essas etapas, lesões que acometam o denominado período crítico de desenvolvimento do sistema nervoso - período de intensa mielinização e diferenciação neuronal que compreende o 3º trimestre de gestação até os 24-36 meses de vida - podem repercutir em sequelas motoras e cognitivas (DOBBING, 1977).

A PC, caracterizada por um conjunto de distúrbios motores e cognitivos resultante de lesão do SNC, tem múltiplas causas e fatores de risco, incluindo desde fatores relacionados a características familiares, até os fatores que ocorrem durante o nascimento e nos 2 primeiros anos de vida (BALADI; CASTRO; MORAIS FILHO, 2007).

Os fatores causais da PC podem ser agrupados em materno e congênito (pré-natal, perinatal e pós-natal) (MORRIS, 2007).

Segundo Baladi, Castro e Morais Filho (2007), são fatores de risco para PC:

Maternos pré-natais: doenças crônicas; uso de drogas, álcool, tabaco; aborto prévio/natimorto; intervalo menor que 3 meses ou maior que 3 anos da gestação anterior; genéticas (maior frequência em gêmeos monozigóticos) e/ou hereditárias; desnutrição e/ou anemia grave; ciclos menstruais longos e irregulares.

Gestacionais: malformações congênitas; gemelaridade; reposição de hormônio tireoideano ou estrógeno; hemorragias com ameaça de aborto; circulatórias (fenômenos hipóxico-isquêmicos, hipotensão); desnutrição e/ou anemia grave; tóxicas (medicamentos, drogas, álcool, tabaco); físicas (radiações, raios-x); infecção intra-uterina (corioamnionite) e infecções pré-natais (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simples, Vírus da Imunodeficiência Humana, Vírus da Hepatite B, Sífilis); eclampsia e toxemia gravídica.

Perinatais: complicações obstétricas (deslocamento prematuro da placenta, incompetência istmo-cervical) e mecânicas (ruptura de veias em virtude de compressão da cabeça no canal de parto, ruptura da tenda do cerebelo, desproporção pélvico-podálica); prematuridade (menor que 37 semanas)/pós-maturidade; peso baixo (menos de 2500 gramas); apresentação fetal anômala; hemorragia intracraniana (peri e intraventricular); distúrbio metabólico (diabetes mellitus, subnutrição e/ou desnutrição, toxemia gravídica) e ácido-básico; infecção pelo canal do parto; crises epiléticas; circulatórias (fenômeno hipóxico-isquêmico, hipotensão); parto prolongado e difícil.

Neonatais: eventos neurológicos; septicemia; icterícia grave (encefalopatia bilirrubínica, por incompatibilidade sanguínea materno-fetal, ABO ou RH. Ocorrendo impregnação principalmente nos núcleos da base pela bilirrubina); meningoencefalites bacterianas e virais; distúrbio metabólico e ácido-básico; circulatórios (fenômeno hipóxico-isquêmico, hipotensão).

Pós-natais: síndromes epiléticas / estado de mal epilético, desnutrição, traumatismo cranioencefálico, meningoencefalites virais e bacterianas; processos vasculares e tumorais do SNC; anóxia / hipóxia; encefalopatias desmielinizantes (pós-vacinais ou pós-infecciosas); intoxicações (produtos químicos e drogas).

Entre os mecanismos de lesão do SNC que podem resultar em PC se pode incluir: hemorragia, hipóxia, isquemia transitória ou irreversível resultando em necrose celular secundária à formação de radicais livres ou hipóxia relacionada a alterações metabólicas da morte celular (BALADI; CASTRO; MORAIS FILHO, 2007).

Em momentos diferentes do período gestacional áreas do cérebro são mais susceptíveis a lesões do que outras. Por exemplo, variações no suprimento sanguíneo e exigências metabólicas específicas em algumas áreas do cérebro aumentam a sensibilidade à hipóxia na presença de infecção viral ou bacteriana do feto ou infecção materna ou corioamnionite. Uma vulnerabilidade seletiva da substância branca periventricular ocorre entre 26 e 34 semanas de gestação, sendo que um insulto fetal ocorrendo durante esse período pode produzir leucomalácia periventricular. A específica exigência metabólica dos núcleos da base do feto com 38 a 40 semanas de idade gestacional cria uma vulnerabilidade seletiva que pode resultar em distonia ou distúrbios do movimento. A produção fetal de citocinas pode causar dano neuronal, preoligodendrócitos e células do endotélio vascular que pode contribuir para hemorragia intraventricular (BALADI; CASTRO; MORAIS FILHO, 2007).

A relação entre a lesão no SNC e déficit funcional pode mudar com o tempo. Permanecem muitas questões na conceituação da PC, como qual o limite de idade que seria considerado para que uma lesão do SNC levasse a um quadro clínico compatível com a PC. Este limite é variável, indo desde o período pré-natal até 2 anos de idade, embora alguns investigadores tenham elevado este limite para 5 anos (BAX et al, 2005).

1.1.2 Diagnóstico

O diagnóstico da PC é essencialmente clínico e baseia-se na história e na avaliação física e neurológica do paciente. Usualmente é baseado em: retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, persistência de reflexos primitivos, presença de reflexos patológicos, anormalidade tônico-posturais, não desenvolvimento dos reflexos de proteção.

É importante estabelecer o diagnóstico etiológico e determinar o tipo específico da PC para que se possa esclarecer sobre o prognóstico e planejar o programa de tratamento.

1.1.3 Quadro Clínico

As manifestações clínicas dependem da extensão e tipo de lesão do SNC, da localização do insulto irreversível e da habilidade do SNC se adaptar ou se reorganizar após a lesão.

Segundo Baladi, Castro e Morais Filho (2007), a classificação pode ser pelo:

→Tipo Clínico:

- Espástica ou Piramidal (75%): é o tipo mais comum. É caracterizada por uma síndrome deficitária e de liberação piramidal com exacerbação dos reflexos tendinosos profundos, clônus e sinal de Babinski. Pode ser precedida de hipotonia. Predomina nos grupos musculares extensores e adutores dos membros inferiores e grupos flexores dos membros superiores.
- Extrapiramidal ou discinética (9 – 22%): há lesão dos núcleos da base e caracteriza-se pela presença de movimentos involuntários, sendo precedido por uma hipotonia axial importante. Pode estar ligada a icterícia grave ou associada à asfixia. A fala é disártrica. O tono muscular é variável. Os movimentos anormais sempre aumentam durante a movimentação voluntária, com estímulos sensoriais e emocionais e desaparecem durante o sono. Todos os tipos de hipercinesias podem ser encontrados isolados ou associados, entre os quais se podem citar:
 - Atetóide*: movimentos presentes nas extremidades distais, lentos, serpentiformes, prejudicando o movimento voluntário.
 - Coreico*: movimentos presentes nas extremidades proximais, rápidos, prejudicando o movimento voluntário.
 - Distônico*: movimentos que levam a distúrbios na postura.
- Atáxico (2%): acomete o cerebelo e suas vias. Apresentam, após um período de hipotonia, sinais cerebelares que dificultam a movimentação voluntária e a marcha. Há incoordenação estática e cinética, dismetria, marcha atáxica e fala disártrica. O tono muscular é reduzido, mas pode variar.
- Misto (9-22%): representa a combinação das formas anteriores.
- Flácido: pouco frequente e é a forma mais grave, com comprometimento motor intenso, hipotonia severa e inteligência bastante rebaixada.

→Tipo Anatômico:

- Tetraparesia (9 – 43%): comprometimento dos quatro membros. É a forma mais grave.

- Diparesia (10 – 35%): comprometimento dos membros inferiores.
- Hemiparesia (25 – 40%): apenas um hemicorpo é comprometido. Geralmente afeta mais o membro superior, dificultando a manipulação de objetos. O pé é geralmente equinovaro. É comum a tendência à negligência com esse hemicorpo piorando o desempenho motor.

1.1.4 Prognóstico

O prognóstico pode ser avaliado pelo grau de capacidade de independência adquirida nas atividades da vida diária. Dependerá de alguns indicadores como: comprometimento motor, idade de aquisição da postura sentada, idade de aquisição do controle cervical, função dos membros superiores, capacidade intelectual, deficiência auditiva e/ou visual, presença de intercorrências clínicas repetidas, dificuldades socioeconômicas.

1.2 Avaliação de Funcionalidade

Estudos sobre a reabilitação de crianças com PC se concentraram em aumentar a funcionalidade em suas atividades de vida diária (MAYSTON, 2001a). Portanto, os níveis funcionais e habilidades dessas crianças ganharam mais importância nos últimos anos (MAYSTON, 2001b). Além disso, a diferença na funcionalidade de acordo aos diferentes tipos de padrão de PC deve ser levada em consideração.

A avaliação funcional dos pacientes com PC deve ser individualizada e realizada por uma equipe multidisciplinar, de modo a documentar o máximo de atividade funcional, e assim facilitar a determinação dos objetivos do tratamento (TILTON, 2003).

Segundo o Consenso Europeu de 2006 para o tratamento de PC, a avaliação e documentação devem usar métodos validados seguindo os conceitos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em PC da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesse consenso, as avaliações são divididas em dois grupos: avaliação da estrutura corporal e função; e avaliação das atividades e participação. Algumas escalas são sistematicamente utilizadas e reconhecidas como úteis na quantificação, qualificação e na avaliação comparativa dos resultados do tratamento. Entre elas se pode citar as escalas de frequência de espasmos, de reflexos osteotendinosos, de força muscular, do tônus dos adutores

de quadril, da função motora de Palisano, de videoanálise da marcha por observação, da avaliação global após o tratamento, Medida de Independência Funcional (MIF adulto), índice de Barthel, quantificação da marcha, velocidade de marcha, *Timed Get Up and Go* modificada e *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) (BECKUNG et al, 2002; ROSENBAUN; STEWART, 2004; SPOSITO; RIBERTO, 2010).

A CIF retrata uma importante mudança nas prioridades da OMS que, antes focalizando no controle de infecções e redução da mortalidade, passou a reconhecer a incapacidade como um problema de saúde pública mundial e um importante indicador da sobrecarga associada às condições crônicas de saúde. Qualquer ser humano, em algum momento da sua vida, pode sofrer declínio da saúde e, por conseguinte, experimentar algum tipo de incapacidade (SOUZA; VIANA; SAMPAIO, 2011).

A CIF constitui um sistema de classificação baseado em um modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade. A funcionalidade é tratada como uma experiência humana universal, na qual corpo, indivíduo e ambiente estão intimamente interligados. A incapacidade faz parte da condição humana e não deve ser entendida apenas como consequência de uma doença, e sim como uma experiência que ocorre em ambientes opressores e depende de recursos pessoais. Assim, evitando o reducionismo sociológico e biomédico, a CIF representa tanto o ponto de partida para um entendimento amplo e integral da funcionalidade e da incapacidade quanto um deslocamento do eixo da doença para o eixo da saúde (SOUZA; VIANA; SAMPAIO, 2011).

A incapacidade nas crianças apresenta características peculiares por causa das mudanças relacionadas com o desenvolvimento, que interagem entre si influenciando as condições crônicas de saúde e sendo influenciadas por elas. Essa interação complexa tem importantes implicações para a reabilitação, pois, uma vez que apresenta o potencial de modificar as necessidades da criança, altera, conseqüentemente, os objetivos e as estratégias de tratamento (SOUZA; VIANA; SAMPAIO, 2011).

A crescente ênfase na prática em saúde baseada em evidências é acompanhada pela necessidade de medidas de avaliação funcional úteis na descrição e documentação das mudanças funcionais ao longo do tempo, que sejam clinicamente viáveis e capazes de captar os resultados ou efeitos da intervenção.

É um interesse crescente em áreas de pesquisa desenvolver e usar ferramentas confiáveis, válidas e padronizadas e suas relações com outros instrumentos, para pesquisas baseada em evidência (OEFFINGE et al, 2004).

1.3 Instrumentos de Avaliação Funcional

Há poucas ferramentas disponíveis aos profissionais que trabalham na área de reabilitação infantil para o acompanhamento e monitorização da funcionalidade de crianças com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.

No Brasil, atualmente ainda existe poucos estudos com instrumentos validados para avaliação funcional (VASCONCELOS, 2008). Entre elas se pode citar:

1.3.1 *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*

É um instrumento que utiliza as informações fornecidas pelos pais ou cuidadores da criança, na forma de entrevista, para avaliar as habilidades funcionais em crianças. Seus itens são agrupados em três domínios: autocuidado, mobilidade e função social. Para cada domínio são calculados três escores independentes: 1- nível de habilidade funcional; 2 – ajuda de um cuidador; 3 – modificações. As pontuações totais são calculadas para cada escala em cada domínio.

Pode ser aplicado em crianças entre 6 meses e 7 anos de idade. Pontuações mais altas para o nível de habilidades funcionais e ajuda do cuidador indicam desempenho e independência melhores. Maiores escores de modificações denotam que mais adaptações são necessárias para a realização de atividades (MANCINI, 2005).

1.3.2 *Manual Ability Classification System (MACS)*

Método sistemático para classificar as crianças com PC em relação a como usam suas mãos quando manipulam objetos nas atividades diárias. Tem como base as habilidades manuais que são iniciadas voluntariamente, com ênfase particular na manipulação de objetos do espaço pessoal do indivíduo (ELIASSON et al, 2006).

1.3.3 *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)*

Foi desenvolvido por Palisano et al. (1997), um sistema de classificação da função motora grossa para PC. Está baseado no movimento iniciado por conta própria, com ênfase no sentar, transferências e mobilidade. É uma ferramenta de

classificação, de escala ordinal. As distinções entre os níveis de função motora são baseados nas limitações funcionais à necessidade de tecnologia assistiva, incluindo aparelhos auxiliares de locomoção (andadores, muletas e bengalas) e locomoção sobre cadeira de rodas, e em bem menor extensão na qualidade do movimento. Na avaliação são consideradas as idades das crianças em grupos: menores de 2 anos, entre 2 e 4 anos, entre 4 e 6 anos, entre 6 e 12 anos e entre 12 e 18 anos. Analisando a criança em cinco níveis de desempenho locomotor:

Nível I: Possui marcha independente sem limitações (domicílio e comunidade), pula e corre, apresenta velocidade, coordenação e equilíbrio prejudicados.

Nível II: Anda no domicílio e na comunidade com limitações mesmo em superfícies planas, engatinha em casa, possui dificuldade para pular e correr.

Nível III: Anda no domicílio e na comunidade com auxílio de muleta e andadores, sobe escadas segurando em corrimão, depende da função dos membros superiores para tocar a cadeira de rodas para longas distâncias.

Nível IV: Senta-se em cadeira adaptada, faz transferências com ajuda de um adulto, anda com andador para curtas distâncias com dificuldades em superfícies irregulares, pode adquirir autonomia em cadeira de rodas motorizada.

Nível V: Necessita de adaptações para sentar-se, é totalmente dependente em atividades de vida diária e em locomoção, pode tocar cadeira de rodas motorizada com adaptações.

Seu propósito é classificar o funcionamento motor total presente na criança, e não julgar a qualidade do movimento ou seu potencial de melhora.

As distinções entre os níveis são significativos na vida diária (ROSENBAUM et al, 2002).

O GMFCS enfatiza os conceitos inerentes à CIF da OMS e foi rapidamente aceito na prática clínica e em pesquisas, e tem se mostrado estar diretamente relacionado às restrições em atividades e participação.

1.3.4 Medida de Independência Funcional (MIF)

É um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada. Seu objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária, entre as quais estão os autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social,

que inclui memória, interação social e resolução de problemas. É a avaliação mais utilizada em reabilitação e se aplica para uma variada gama de condições incapacitantes. Esta escala já está traduzida e validada para o português do Brasil desde 2000. Todavia ela foi desenvolvida para adultos, o que impede o seu uso clínico por menores de 18 anos (RIBERTO et al, 2004; RIBERTO et al, 2001).

1.3.5 Wee Functional Independence Measure (Wee FIM)

Foi desenvolvido por Granger, Hamilton e Kayton (1989), em Nova Iorque, a partir da Medida de Independência Funcional (MIF), modificando os itens para acomodar os aspectos do desenvolvimento da criança, levando em consideração que diferentes graus de dependência são normais até a idade aproximada de 7 anos de idade. Quantifica a necessidade de assistência e a gravidade da deficiência em crianças entre as idades de seis meses e sete anos. Pode ser usado em crianças com idade acima de sete anos, desde que suas capacidades funcionais, medidas pelo instrumento, sejam inferiores ao esperado em crianças dessa idade que não apresentem nenhum tipo de deficiência. Baseia-se na definição de deficiência pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980). Em janeiro de 2004 foi lançado o *Wee FIM II*, embora os 18 itens do instrumento continuem a ser os mesmos, apresenta melhorias e esclarecimentos para quase todas as definições e descritores de cada um dos itens (*UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION*, 2006). Estudos têm demonstrado a confiabilidade e validade do *Wee FIM* tanto para crianças com deficiência e saudáveis, enfatizando que é um excelente método de avaliação (OTTENBACHER et al, 1997).

O *Wee FIM* consiste em um conjunto de 18 itens, que envolvem seis domínios: autocuidado (seis itens), controle esfinteriano (dois itens), transferência (três itens), locomoção (dois itens), comunicação (dois itens) e cognição (três itens). Cada uma dessas atividades é avaliada e recebe uma pontuação que varia de 1 a 7:

7 pontos (independência completa): indica independência completa para realizar uma tarefa com sucesso;

6 pontos (independência modificada): reflete a necessidade que a criança tem de algum dispositivo de ajuda, tempo maior para realizar uma tarefa ou riscos de segurança para completar a tarefa;

5 pontos (supervisão ou preparação): indica que a criança necessita apenas da presença física de um cuidador para incentivar ou sugerir, sem contato físico, ou ajuda na preparação de itens necessários ou na aplicação de órteses;

4 pontos (assistência com contato mínimo): quando é preciso apenas tocar a criança como auxílio para a realização das tarefas, ou quando a criança faz 75% ou mais do trabalho;

3 pontos (assistência moderada): quando é preciso mais do que apenas tocar ou quando a criança faz de 50 a 74% do trabalho;

2 pontos (assistência máxima): quando é preciso tocar a criança realizando grande esforço de auxílio e a criança colabora com menos de 50% do esforço, mas faz pelo menos 25%;

1 ponto (dependência completa): quando a criança faz menos de 25% do esforço para realizar a tarefa.

A pontuação mínima total é de 18 (total dependência em todas as atividades) e a pontuação máxima é de 126 (total independência em todas as atividades).

A aplicação do *Wee FIM* pode ser realizada por observação direta ou como um instrumento de entrevista aos pais, cuidador ou ao próprio paciente dependendo de sua idade e grau de comprometimento cognitivo. É um instrumento confiável, que pode ser aplicado em ambiente ambulatorial e hospitalar. É uma poderosa ferramenta que permite aos profissionais da reabilitação infantil avaliar o impacto das sequelas neurológicas ao longo do tempo, facilitando a definição de objetivos para promover independência completa em casa e na comunidade, interferindo de forma significativa em promoção de acessibilidade no meio ambiente, oportunidades sociais e educacionais (MASCARENHAS, 2008; MSALL et al, 1994).

1.4 Objetivo

Este trabalho tem por objetivo realizar a tradução, para o português do Brasil, da versão original da Medida de Independência Funcional para Crianças (*Wee FIM*) e verificar a reprodutibilidade da versão em português, para que o mesmo possa ser utilizado como um instrumento de avaliação de independência funcional em crianças brasileiras portadoras de paralisia cerebral pelas equipes multiprofissionais de reabilitação infantil no Brasil.

1.5 Justificativa

A escolha do *Wee FIM* fundamentou-se na necessidade de se ter traduzido, para a língua portuguesa, um questionário de avaliação de Medida de Independência Funcional para crianças, bem desenhado, cujas propriedades de medida, bem como reprodutibilidade e aplicabilidade, possam ser utilizadas em outros trabalhos.

Em virtude da abrangência desse instrumento, sua utilidade é ampla em quadros clínicos de naturezas diversas, avaliando o componente motor e cognitivo.

Conhecendo os pontos fortes de uma criança, profissionais da saúde e educação, podem trabalhar juntos para otimizar seu desenvolvimento, com suporte direto da família, na perspectiva do alcance de uma vida adulta independente.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo de Estudo

Estudo de tradução e adaptação de um instrumento de avaliação funcional e seu teste de confiabilidade. (Anexo 01).

2.2 Local

Ambulatório de fisioterapia do Programa de Medicina Física e Reabilitação (PMFR) do Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho, na cidade de Maceió, estado de Alagoas, Brasil.

O programa é o centro de referência em reabilitação da Secretária Municipal de Saúde de Maceió, qualificado como serviço de média complexidade pela rede de assistência à pessoa portadora de deficiência do estado de Alagoas. Realiza atendimento numa estrutura hierarquizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), contando com equipe multiprofissional.

2.3 Amostra

2.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídas na amostra as crianças com diagnóstico clínico de PC, que tinham entre seis meses e sete anos de idade.

2.3.2 Critérios de Exclusão

- Pós-operatório recente ortopédico ou de outras condições.
- Internações recentes com alteração da funcionalidade.
- Condições clínicas não controladas.

2.3.3 Amostragem

Foi utilizada técnica de amostragem não aleatória, intencional, por conveniência. Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (Protocolo nº 1566/12, Anexo 02) foi realizado o recrutamento dos sujeitos por chamada telefônica, momento em que os responsáveis legais dos menores foram convidados para uma entrevista com a pesquisadora responsável, no ambulatório de fisiatra do PMFR do PAM Salgadinho, em dia e horário definida.

2.3.4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Os responsáveis legais dos pacientes receberam o termo de consentimento livre e esclarecido, com todas as explicações necessárias sobre o desenvolvimento e objetivo desse estudo, e após esclarecimento dos objetivos do trabalho de pesquisa, foram convidados a assinar a autorização da participação do menor (Anexo 03).

2.4 Variáveis

2.4.1 Primária: Confiabilidade

- Aplicação da versão final em português do *Wee FIM* a 21 crianças com PC (Anexo 04).
- Realização de três avaliações: duas interobservadores e uma intraobservador.
- Coleta de dados pessoais:
 - Sexo: masculino e feminino,
 - Idade: em anos,
 - Padrão Clínico: tetraparesia, diparesia e hemiparesia,
 - GMFCS (Anexo 05): nível I, nível II, nível III, nível IV, nível V.

2.4.2 Secundária: Tradução para Língua Portuguesa e Avaliação das Propriedades de Medida da Versão Brasileira do *Wee FIM*

A autorização para utilização desse instrumento na presente pesquisa foi obtida junto ao *Uniform Data System for Medical Rehabilitation*, New York – USA, através de acordo para licença de uso em pesquisa internacional (Anexo 06).

Foi desenvolvido um protocolo de tradução, adaptação cultural e confiabilidade do *Wee FIM* de acordo com alguns trabalhos da literatura que abordam a metodologia de tradução de questionários para outros idiomas (CICONELLI et al, 1999; MIYAMOTO et al, 2004).

A. Tradução Inicial: Os itens da versão em inglês do *Wee FIM* foram inicialmente traduzidos para a língua portuguesa por dois professores

de língua inglesa, independentes, brasileiros, cientes do objetivo dessa pesquisa. As duas traduções foram comparadas pelos tradutores e, nos casos de divergências, foram feitas modificações até obter um consenso quanto à tradução inicial.

B. Retrotradução: a tradução foi vertida para o inglês por dois professores de língua inglesa, cuja língua materna é o inglês, que desconhecem a versão original e conhecem o objetivo do estudo. Posteriormente, a tradução para o inglês foi comparada com a versão original em inglês. As diferenças foram analisadas, e os itens foram reescritos quando necessário e foram documentados e analisados pelo autor da versão original.

C. Avaliação da Equivalência Cultural: o questionário foi aplicado aos cuidadores de 21 pacientes com PC selecionados aleatoriamente. A cada um dos 18 itens da versão em português, foi acrescentada a opção “não compreendo”, com a finalidade de identificar itens que não fossem compreendidos ou não fossem executados regularmente por nossa população, sendo assim considerada culturalmente inapropriada. As questões que apresentaram mais de 15% de resposta “não compreendo” foram selecionadas. Após seleção das mesmas, um grupo composto por dois fisiatras, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional e um psicólogo se reuniu para avaliar esses itens e substituí-los por outro de mesmo conceito, para que não fosse alterada de modo significativo a estrutura e propriedade de avaliação desses itens. Depois de modificada essa versão foi novamente aplicada aos cuidadores de outro grupo de 21 pacientes com PC, sendo sua equivalência cultural testada novamente, até que nenhum item fosse considerado “não compreendo” por mais de 15% dos pacientes.

D. Avaliação da Confiabilidade: A reprodutibilidade da versão brasileira do *Wee FIM* foi avaliada em um grupo de 21 pacientes com PC, selecionados do ambulatório de fisioterapia, através de três entrevistas. As duas primeiras entrevistas foram realizadas consecutivamente no mesmo dia por dois entrevistadores (confiabilidade interobservadores), em um intervalo de aproximadamente 15 minutos, evitando assim um viés comum em termos das tarefas realizadas pelos pacientes. A terceira entrevista foi aplicada após sete dias, por um dos entrevistadores (confiabilidade intraobservador), desde que

nenhuma modificação funcional grosseira tenha sido observada nesse período.

2.5 Método Estatístico

2.5.1 Cálculo do Tamanho da Amostra

O tamanho da amostra foi definido em 63 sujeitos:

- 21 pacientes para a primeira fase do processo de adaptação cultural.
- 21 pacientes para a segunda fase do processo de adaptação cultural.
- 21 pacientes para avaliação de confiabilidade, levando-se em consideração um coeficiente de correlação esperado (r^*) de 0,80, com alfa de 0,05 e poder do teste de 60% (HULLEY et al, 2003).

2.5.2 Análise estatística

Os dados foram tabulados e analisados através do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22. A análise estatística descritiva foi utilizada para a caracterização clínico-demográfica dos pacientes incluídos na fase de avaliação da confiabilidade inter e intraobservador da versão final brasileira da Medida de Independência Funcional para crianças, que foi determinada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de Correlação Intraclass. A principal variável de interesse foi a pontuação total da Medida de Independência Funcional para Crianças (18 - 126).

3 RESULTADOS

Após sua tradução, o questionário foi aplicado para avaliar a adaptação cultural a um primeiro grupo de 21 cuidadores das crianças atendidas no PMFR do PAM Salgadinho, em Maceió - AL. Apenas uma questão apresentou índice de “não compreensão” superior a 15% (item memória, música de exemplo da facilitação moderada). Esta questão foi modificada e novamente administrada a um segundo grupo de 21 cuidadores das crianças, a fim de determinar sua compreensão e equivalência cultural, sendo considerada apropriada por 100% dos cuidadores dos pacientes.

O tempo médio de administração do questionário foi de 10 minutos para os processos de adaptação cultural e avaliação da confiabilidade.

Na fase de avaliação da reprodutibilidade da versão em português do *Wee FIM*, foram obtidos os dados aqui apresentados e analisados, a partir da coleta de informações pessoais (sexo, idade, padrão clínico e GMFCS) e aplicação desse questionário junto a um terceiro grupo de 21 cuidadores dos pacientes com PC. Desses foram 20 mães e apenas 01 babá.

A distribuição da amostra foi feita na frequência do sexo, padrão clínico e GMFCS.

Houve um leve predomínio do sexo masculino, como mostra a tabela 01.

Tabela 01: valores referentes à frequência do sexo da amostra.

Sexo	Frequência	Porcentagem (%)
Masculino	11	52,40
Feminino	10	47,60
Total	21	100,00

De acordo com a tabela abaixo, o padrão clínico foi distribuído da seguinte forma:

Tabela 02: valores referentes à frequência dos padrões clínicos da amostra

Padrão Clínico	Frequência	Porcentagem (%)
Tetraparesia	17	81,00
Diparesia	03	14,30
Hemiparesia	01	04,80
Total	21	100,00

O GMFCS foi distribuído da seguinte forma: nível I, nível II, nível III, nível IV e nível V. Prevaleceu o nível V com 11 pacientes (52,40%), (tabela 03):

Tabela 03: valores referentes à frequência do GMFCS, da amostra.

GMFCS	Frequência	Porcentagem (%)
Nível I	00	00,00
Nível II	01	04,80
Nível III	04	19,00
Nível IV	05	23,80
Nível V	11	52,40
Total	21	100,00

A idade mínima foi de 1 ano e máxima de 7 anos, com uma média de 4,57 anos e desvio padrão de 2,03.

A tabela 04 apresenta as médias para os escores obtidos pelo avaliador 1, pelo avaliador 2 e pelo avaliador 2 após uma semana, na amostra de 21 pacientes, para cada um dos itens do questionário. Em geral, as estatísticas descritivas mostram valores baixos de independência funcional.

Tabela 04: Média para cada item do questionário *Wee FIM*.

Itens	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 2 após 1 semana
Autocuidados			
Alimentação	1,95	1,95	1,95
Higiene	1,81	1,71	1,71
Banho	1,62	1,52	1,52
Vestuário Metade Superior	1,57	1,67	1,67
Vestuário Metade Inferior	1,62	1,76	1,76
Uso do Vaso Sanitário	1,86	1,67	1,67
Controle de Esfincter			
Controle da Urina	2,05	2,29	2,29
Controle das fezes	2,00	2,29	2,29
Transferência			
Leito, cadeira, cadeira de roda	1,95	2,14	2,14
Vaso Sanitário	1,90	1,86	1,86
Chuveiro ou Banheira	1,86	2,00	2,00
Locomoção			
Locomoção	1,90	1,86	1,86
Escada	1,71	1,76	1,76
Comunicação			
Compreensão	2,62	2,71	2,71
Expressão	2,14	1,95	1,95
Cognição Social			
Interação Social	2,10	2,19	2,19
Resolução de Problemas	1,71	1,86	1,86
Memória	2,33	2,57	2,57
Total	34,81	35,76	35,76

A tabela 05 mostra os resultados do Coeficiente de Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para cada item da Medida de Independência Funcional, intraobservador e interobservador, indicando significância estatística em todos os itens que puderam ser avaliados e excelente correlação para o intraobservador.

Tabela 05: Coeficiente de Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para cada item da Medida de Independência Funcional para criança, intra e interobservador.

	Intraclasse		Pearson	
	r	p	r	p
Alimentação	1,000	0,000	0,990	0,000
Higiene Pessoal	1,000	0,000	0,976	0,000
Banho	1,000	0,000	0,977	0,000
Vestuário Metade Superior	1,000	0,000	0,984	0,000
Vestuário Metade Inferior	1,000	0,000	0,970	0,000
Utilização do Vaso Sanitário	1,000	0,000	0,948	0,000
Controle de Urina	1,000	0,000	0,972	0,000
Controle de Fezes	1,000	0,000	0,962	0,000
Leito, cadeira, cadeira de rodas	1,000	0,000	0,982	0,000
Vaso Sanitário	1,000	0,000	0,995	0,000
Banheira, chuveiro	1,000	0,000	0,964	0,000
Marcha/cadeira de rodas	1,000	0,000	0,994	0,000
Escada	1,000	0,000	0,995	0,000
Compreensão	1,000	0,000	0,971	0,000
Expressão	1,000	0,000	0,938	0,000
Interação Social	1,000	0,000	0,989	0,000
Resolução de Problemas	1,000	0,000	0,990	0,000
Memória	1,000	0,000	0,975	0,000

A tabela 06 mostra o Coeficiente de Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para as medidas de independência funcional obtida por um avaliador em dois momentos diferentes e pelos dois avaliadores respectivamente. Para dois avaliadores, o Coeficiente de Correlação de Pearson assumiu valores altos (0,999), indicando uma forte associação linear entre as duas variáveis.

Tabela 06: Coeficiente de Correlação Intraclasse e Correlação de Pearson para a pontuação total da Medida de Independência Funcional para Crianças.

	Intraclasse		Pearson	
	r	p	r	p
Wee FIM Total	1,000	0,000	0,999	0,000

A tabela 07 mostra que a relação de independência funcional entre o GMFCS e a pontuação total do *Wee FIM* de cada avaliador foi significativa e inversamente proporcional, ou seja, quanto mais alta a pontuação do GMFCS (maior dependência), menor é a pontuação do *Wee FIM* (maior dependência funcional).

Tabela 07: Correlações de Spearman entre GMFCS e *Wee FIM* para cada avaliador

	Avaliador 1		Avaliador 2	
	r	p	r	p
GMFCS x <i>Wee FIM</i>	-0,716	0,000	-0,507	0,019

4 DISCUSSÃO

A metodologia utilizada para a tradução do *Wee FIM* permitiu a obtenção de uma versão em língua portuguesa do Brasil de fácil compreensão, mas é importante ressaltar que o *Wee FIM* não é um instrumento autoaplicado e que exige treinamento dos profissionais da reabilitação infantil para sua utilização de forma confiável. O treinamento deve ser realizado através de aulas teóricas e completado com a aplicação prática, para avaliar a competência do profissional no uso do instrumento.

As médias dos escores observados na tabela 04 foram menores que 2, na maioria dos itens, indicando que assistência total era necessária para a maior parte das atividades de vida diária dessas crianças. Tais dados refletem uma peculiaridade importante da amostra de pacientes estudada, a maioria apresenta pouquíssimo desempenho para a maior parte das atividades questionadas, necessitando de muitos cuidados por parte de seus cuidadores, sugerindo que mesmo fazendo tratamento reabilitacional multiprofissional em centro especializado, essas crianças apresentam um grande comprometimento funcional e cognitivo.

Avaliando a concordância dos 2 avaliadores (tabela 05), para cada um dos 18 itens do *Wee FIM*, observou-se que o coeficiente de Correlação de Pearson assumiu valores acima de 0,90, indicando uma concordância alta. A concordância dos escores medidos pelo mesmo avaliador nos dois instantes foi maior, como seria de se esperar. Os valores são todos 1,00, indicando concordância total, considerando-se que os escores tenham sido determinados pelo mesmo avaliador, teoricamente nas mesmas condições.

Para esclarecimento, a concordância refere-se à medida de igualdade nos resultados das observações feitas em um mesmo momento por pessoas diferentes. Por outro lado, a correlação está relacionada ao aparecimento de relações entre as medidas verificadas em momento ou por pessoas diferentes. Assim poderíamos ter um observador que sistematicamente confere valores maiores que outro, estabelecendo fortes medidas de correlação, porém com pouca concordância. Neste estudo, verificou-se que as medidas do *Wee FIM* para os escores descritos foram de boa correlação e concordância (RIBERTO et al, 2001).

O Coeficiente de Correlação Intraclasse também assumiu valores altos (1,000), indicando excelente confiabilidade. Para a situação de teste/reteste, vemos que o Coeficiente de Correlação de Pearson e o Coeficiente de Correlação Intraclasse para as medidas de independência funcional foram maiores que 0,90 nos dois casos, indicando uma forte associação linear entre as duas variáveis, e excelente confiabilidade. Como era de se esperar, as estimativas de concordância foram maiores nas medidas realizadas pelo mesmo avaliador que por dois avaliadores.

Uma vez que o *Wee FIM* tem como objeto de valoração a quantidade de cuidados exigidos pela pessoa com limitações e identifica o nível de independência, torna-se única na sua forma de avaliação, sendo impossível a sua comparação a um padrão ouro da independência funcional. Quando não existe um instrumento considerado como padrão ouro para uma determinada grandeza avaliada por um instrumento clínico de avaliação, é necessário recorrer a outros instrumentos de avaliação que se aproximem do resultado esperado pelo instrumento em teste, permitindo demonstrar uma concordância de resultados. Apesar de incapacidade e deficiência não significarem a mesma coisa, espera-se que os pacientes com maior deficiência acabem desenvolvendo uma incapacidade proporcional, pelo menos no período anterior a reabilitação. Entre os pacientes com maior comprometimento motor foi possível observar valores mais baixos de independência funcional. As relações entre funções motoras grossas e atividades da vida diária demonstram o quanto a mobilidade é determinante para avaliar o desempenho funcional e orientar a prática terapêutica, no sentido de desenvolver as potencialidades das crianças, bem como orientar o cuidador na estimulação. Segundo MANCINI et al. (2004), aspectos intrínsecos e extrínsecos limitam as possibilidades funcionais das crianças, o que dificulta o desempenho nas atividades do cotidiano. Quanto mais dependentes as crianças são do auxílio do cuidador para execução de atividades rotineiras, menor interação com o ambiente elas terão e a maioria das restrições da tarefa e do ambiente podem ser negativas, o que dificulta, ainda mais, seu desenvolvimento motor.

A avaliação cognitiva do *Wee FIM* é um dos maiores diferenciais deste instrumento de avaliação funcional frente a outros, pois as atividades nele incluídas só costumam ser avaliadas em testes neuropsicológicos separados. A ideia de testar a independência funcional para as atividades cognitivas apresenta uma forma

inovadora de abordar esses aspectos das funções cerebrais superiores, pois além de verificar a capacidade que a criança tem na sua realização, ainda permite verificar a que ponto essa capacidade é reconhecida pelos familiares e cuidadores. Deve-se ressaltar ainda que, embora a mobilidade esteja intrinsecamente ligada à independência funcional e esta independência seja um dos principais objetivos da intervenção fisioterapêutica, não se deve subestimar as influências das comorbidades associadas à PC. Isto destaca a necessidade de se ter uma abordagem interdisciplinar que contemple todos os aspectos do desenvolvimento dessas crianças, fazendo com que os resultados das terapias sejam mais satisfatórios. Essa informação pode auxiliar profissionais envolvidos no processo de reabilitação dessas crianças, indicando o tipo de atividade que devem ser avaliadas e abordadas terapeuticamente, no sentido de não subestimar a capacidade dessas crianças. Deve-se observar, com cuidado, as variações de funcionalidade, de modo que se explore adequadamente o potencial funcional de cada uma.

Msall et al. (1994), demonstrou que o uso piloto do instrumento *Wee FIM* em crianças com amputações, Síndrome de Down, Mielomeningocele, Paralisia Cerebral e prematuridade o torna uma ferramenta válida, medindo o impacto das dificuldades sobre a independência em casa, na escola e comunidade, permitindo que o fisiatra priorize as intervenções necessárias, para melhorar os resultados funcionais e apoio às famílias.

É importante enfatizar que os atuais instrumentos de avaliação funcional para crianças com PC, atualmente utilizados, não são completos, apresentam determinadas lacunas, ou até mesmo são utilizados questionários destinados à população adulta, ressaltando a importância desse estudo.

Os bons valores de concordância e correlação nas subescalas da versão brasileira do *Wee FIM*, demonstrado pelo nosso estudo, permitem seu uso em nosso ambiente, para a classificação de pacientes de acordo com a sua necessidade de cuidados por terceiros.

5 CONCLUSÃO

A versão brasileira da Medida de Independência Funcional para crianças tem boa equivalência cultural, suas propriedades de reprodutibilidade são boas e permitem seu uso em nosso meio, porém exigem um treinamento formal antes da sua utilização para fins de pesquisa ou acompanhamento clínico.

A criação de um banco de dados permitirá reconhecer as características da evolução funcional de doenças e lesões incapacitantes. À semelhança do que ocorre em outros países, o esforço em mensurar a incapacidade padronizando o sistema de avaliação deverá ter um forte impacto na definição de políticas públicas para a reabilitação de crianças portadoras de deficiência.

Espera-se que, uma vez disponibilizado no Brasil mais um instrumento de medida de independência funcional, outros pesquisadores dessa área sejam estimulados à realização de novos estudos que venham contribuir com uma maior eficácia dos tratamentos e reabilitação das crianças com PC.

6 ANEXOS

Anexo 01: Questionário Wee FIM Versão Original

WeeFIM II™ Assessment Coding Form																																																																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: black; color: white;"> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Case Identification</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">1. Facility Code _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2. Patient Code _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3. Admission Date _____ MM / DD / YYYY</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: black; color: white;"> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Assessment Information</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">4. Assessment Type _____ <small>(0) Pre-admission (1) Admission (2) Interim (3) Discharge (4) Follow-up</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5. Assessment Date _____ MM / DD / YYYY</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6. Information Source _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) Staff (2) Parent (3) Caregiver (4) Patient (5) Other</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7. Assessment Method _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) In person (2) Telephone (3) Mailed questionnaire (4) Unable to reach</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">8. Living Setting _____ <small>(1) Home (2) Acute care unit of own facility (3) Acute care unit of another facility (4) Rehabilitation facility (5) Residential facility (6) Transitional living center (7) Skilled nursing facility (8) Shelter (9) Other (10) Died</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">9. Living With _____ <small>Record one item from the list below <u>only</u> if Living Setting (item 8) was recorded (1) Home. (1) Two parents (2) One parent (3) Relatives (4) Foster care (5) Other</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">10. Educational Category _____ <small>(1) Not a student (2) Early intervention program (3) Pre-school (4) Kindergarten-12 (5) Other</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">11. Educational Setting _____ <small>(1) Regular class (2) Regular class with accommodation (3) Special class (4) Home based or home schooled (5) Daycare, nursery school, center based, or community</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">12. Health Maintenance _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) Own care (2) Unpaid person or family (3) Paid attendant or aide (4) Paid skilled professional</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">13. Therapy _____ <small>Record one item from the list below for admission, follow-up, and outpatient only. (1) None (2) Outpatient (3) Home-based paid professional therapy (4) Both 2 & 3 (5) Inpatient hospital (6) Day treatment (7) School-based (8) Other</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">14. Therapy Services _____ <small>Record one item from the list below for admission, follow-up, and outpatient only. (1) None (2) Physical therapy (3) Occupational therapy (4) Speech therapy (5) Physical & occupational therapy (6) Physical, occupational, and speech therapy (7) Other combination</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">15. Gait Training Equipment _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">16. Communication Devices _____</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: black; color: white;"> <th style="text-align: center; padding: 2px;">Custom Information</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">Custom Field #1 _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Custom Field #2 _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Custom Field #3 _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Custom Field #4 _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Custom Field #5 _____</td> </tr> </tbody> </table>	Case Identification	1. Facility Code _____	2. Patient Code _____	3. Admission Date _____ MM / DD / YYYY	Assessment Information	4. Assessment Type _____ <small>(0) Pre-admission (1) Admission (2) Interim (3) Discharge (4) Follow-up</small>	5. Assessment Date _____ MM / DD / YYYY	6. Information Source _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) Staff (2) Parent (3) Caregiver (4) Patient (5) Other</small>	7. Assessment Method _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) In person (2) Telephone (3) Mailed questionnaire (4) Unable to reach</small>	8. Living Setting _____ <small>(1) Home (2) Acute care unit of own facility (3) Acute care unit of another facility (4) Rehabilitation facility (5) Residential facility (6) Transitional living center (7) Skilled nursing facility (8) Shelter (9) Other (10) Died</small>	9. Living With _____ <small>Record one item from the list below <u>only</u> if Living Setting (item 8) was recorded (1) Home. (1) Two parents (2) One parent (3) Relatives (4) Foster care (5) Other</small>	10. Educational Category _____ <small>(1) Not a student (2) Early intervention program (3) Pre-school (4) Kindergarten-12 (5) Other</small>	11. Educational Setting _____ <small>(1) Regular class (2) Regular class with accommodation (3) Special class (4) Home based or home schooled (5) Daycare, nursery school, center based, or community</small>	12. Health Maintenance _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) Own care (2) Unpaid person or family (3) Paid attendant or aide (4) Paid skilled professional</small>	13. Therapy _____ <small>Record one item from the list below for admission, follow-up, and outpatient only. (1) None (2) Outpatient (3) Home-based paid professional therapy (4) Both 2 & 3 (5) Inpatient hospital (6) Day treatment (7) School-based (8) Other</small>	14. Therapy Services _____ <small>Record one item from the list below for admission, follow-up, and outpatient only. (1) None (2) Physical therapy (3) Occupational therapy (4) Speech therapy (5) Physical & occupational therapy (6) Physical, occupational, and speech therapy (7) Other combination</small>	15. Gait Training Equipment _____	16. Communication Devices _____	Custom Information	Custom Field #1 _____	Custom Field #2 _____	Custom Field #3 _____	Custom Field #4 _____	Custom Field #5 _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: black; color: white;"> <th style="text-align: center; padding: 2px;">WeeFIM® Instrument</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">17. WeeFIM® Instrument <small>Rate the child for each of the items below.</small></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><u>Self-Care</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Eating</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>b. Grooming</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>c. Bathing</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>d. Dressing—Upper Body</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>e. Dressing—Lower Body</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>f. Toileting</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>g. Bladder Management</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>h. Bowel Management</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Self-Care Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><u>Mobility</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>i. Chair, Wheelchair</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>j. Toilet</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>k. Tub, Shower</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>l. Walk, Wheelchair, Crawl</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>m. Stairs</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Mobility Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Motor Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><u>Cognition</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>n. Comprehension</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>o. Expression</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>p. Social Interaction</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>q. Problem Solving</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>r. Memory</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cognition Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">WeeFIM® Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px; font-size: small;">* Leave no blanks for this column. If an item is not testable due to risk, enter 1.</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">WeeFIM® Rating Levels</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>No Helper</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">Complete Independence (no device, timely, safely)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">Modified Independence (device, not timely, or not safely)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>Helper - Modified Dependence</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">Supervision (subject performs 100% of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">Minimal Assistance (subject performs 75% or more of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">Moderate Assistance (subject performs 50% to 74% of the effort)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>Helper - Complete Dependence</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">Maximal Assistance (subject performs 25% to 49% of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">Total Assistance or Not Testable (subject performs less than 25% of the effort)</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	WeeFIM® Instrument	17. WeeFIM® Instrument <small>Rate the child for each of the items below.</small>	<u>Self-Care</u>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Eating</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>b. Grooming</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>c. Bathing</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>d. Dressing—Upper Body</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>e. Dressing—Lower Body</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>f. Toileting</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>g. Bladder Management</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>h. Bowel Management</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Self-Care Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table>		Assessment*	Goal	a. Eating	___	___	b. Grooming	___	___	c. Bathing	___	___	d. Dressing—Upper Body	___	___	e. Dressing—Lower Body	___	___	f. Toileting	___	___	g. Bladder Management	___	___	h. Bowel Management	___	___	Self-Care Total	___	___	<u>Mobility</u>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>i. Chair, Wheelchair</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>j. Toilet</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>k. Tub, Shower</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>l. Walk, Wheelchair, Crawl</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>m. Stairs</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Mobility Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table>		Assessment*	Goal	i. Chair, Wheelchair	___	___	j. Toilet	___	___	k. Tub, Shower	___	___	l. Walk, Wheelchair, Crawl	___	___	m. Stairs	___	___	Mobility Total	___	___	Motor Total	___	___	<u>Cognition</u>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>n. Comprehension</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>o. Expression</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>p. Social Interaction</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>q. Problem Solving</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>r. Memory</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cognition Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table>		Assessment*	Goal	n. Comprehension	___	___	o. Expression	___	___	p. Social Interaction	___	___	q. Problem Solving	___	___	r. Memory	___	___	Cognition Total	___	___	WeeFIM® Total	___	___	* Leave no blanks for this column. If an item is not testable due to risk, enter 1.			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">WeeFIM® Rating Levels</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>No Helper</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">Complete Independence (no device, timely, safely)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">Modified Independence (device, not timely, or not safely)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>Helper - Modified Dependence</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">Supervision (subject performs 100% of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">Minimal Assistance (subject performs 75% or more of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">Moderate Assistance (subject performs 50% to 74% of the effort)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>Helper - Complete Dependence</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">Maximal Assistance (subject performs 25% to 49% of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">Total Assistance or Not Testable (subject performs less than 25% of the effort)</td> </tr> </tbody> </table>			WeeFIM® Rating Levels		<u>No Helper</u>		7	Complete Independence (no device, timely, safely)	6	Modified Independence (device, not timely, or not safely)	<u>Helper - Modified Dependence</u>		5	Supervision (subject performs 100% of the effort)	4	Minimal Assistance (subject performs 75% or more of the effort)	3	Moderate Assistance (subject performs 50% to 74% of the effort)	<u>Helper - Complete Dependence</u>		2	Maximal Assistance (subject performs 25% to 49% of the effort)	1	Total Assistance or Not Testable (subject performs less than 25% of the effort)
Case Identification																																																																																																																																											
1. Facility Code _____																																																																																																																																											
2. Patient Code _____																																																																																																																																											
3. Admission Date _____ MM / DD / YYYY																																																																																																																																											
Assessment Information																																																																																																																																											
4. Assessment Type _____ <small>(0) Pre-admission (1) Admission (2) Interim (3) Discharge (4) Follow-up</small>																																																																																																																																											
5. Assessment Date _____ MM / DD / YYYY																																																																																																																																											
6. Information Source _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) Staff (2) Parent (3) Caregiver (4) Patient (5) Other</small>																																																																																																																																											
7. Assessment Method _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) In person (2) Telephone (3) Mailed questionnaire (4) Unable to reach</small>																																																																																																																																											
8. Living Setting _____ <small>(1) Home (2) Acute care unit of own facility (3) Acute care unit of another facility (4) Rehabilitation facility (5) Residential facility (6) Transitional living center (7) Skilled nursing facility (8) Shelter (9) Other (10) Died</small>																																																																																																																																											
9. Living With _____ <small>Record one item from the list below <u>only</u> if Living Setting (item 8) was recorded (1) Home. (1) Two parents (2) One parent (3) Relatives (4) Foster care (5) Other</small>																																																																																																																																											
10. Educational Category _____ <small>(1) Not a student (2) Early intervention program (3) Pre-school (4) Kindergarten-12 (5) Other</small>																																																																																																																																											
11. Educational Setting _____ <small>(1) Regular class (2) Regular class with accommodation (3) Special class (4) Home based or home schooled (5) Daycare, nursery school, center based, or community</small>																																																																																																																																											
12. Health Maintenance _____ <small>Record one item from the list below for follow-up and outpatient only. (1) Own care (2) Unpaid person or family (3) Paid attendant or aide (4) Paid skilled professional</small>																																																																																																																																											
13. Therapy _____ <small>Record one item from the list below for admission, follow-up, and outpatient only. (1) None (2) Outpatient (3) Home-based paid professional therapy (4) Both 2 & 3 (5) Inpatient hospital (6) Day treatment (7) School-based (8) Other</small>																																																																																																																																											
14. Therapy Services _____ <small>Record one item from the list below for admission, follow-up, and outpatient only. (1) None (2) Physical therapy (3) Occupational therapy (4) Speech therapy (5) Physical & occupational therapy (6) Physical, occupational, and speech therapy (7) Other combination</small>																																																																																																																																											
15. Gait Training Equipment _____																																																																																																																																											
16. Communication Devices _____																																																																																																																																											
Custom Information																																																																																																																																											
Custom Field #1 _____																																																																																																																																											
Custom Field #2 _____																																																																																																																																											
Custom Field #3 _____																																																																																																																																											
Custom Field #4 _____																																																																																																																																											
Custom Field #5 _____																																																																																																																																											
WeeFIM® Instrument																																																																																																																																											
17. WeeFIM® Instrument <small>Rate the child for each of the items below.</small>																																																																																																																																											
<u>Self-Care</u>																																																																																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Eating</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>b. Grooming</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>c. Bathing</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>d. Dressing—Upper Body</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>e. Dressing—Lower Body</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>f. Toileting</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>g. Bladder Management</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>h. Bowel Management</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Self-Care Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table>		Assessment*	Goal	a. Eating	___	___	b. Grooming	___	___	c. Bathing	___	___	d. Dressing—Upper Body	___	___	e. Dressing—Lower Body	___	___	f. Toileting	___	___	g. Bladder Management	___	___	h. Bowel Management	___	___	Self-Care Total	___	___																																																																																																													
	Assessment*	Goal																																																																																																																																									
a. Eating	___	___																																																																																																																																									
b. Grooming	___	___																																																																																																																																									
c. Bathing	___	___																																																																																																																																									
d. Dressing—Upper Body	___	___																																																																																																																																									
e. Dressing—Lower Body	___	___																																																																																																																																									
f. Toileting	___	___																																																																																																																																									
g. Bladder Management	___	___																																																																																																																																									
h. Bowel Management	___	___																																																																																																																																									
Self-Care Total	___	___																																																																																																																																									
<u>Mobility</u>																																																																																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>i. Chair, Wheelchair</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>j. Toilet</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>k. Tub, Shower</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>l. Walk, Wheelchair, Crawl</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>m. Stairs</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Mobility Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table>		Assessment*	Goal	i. Chair, Wheelchair	___	___	j. Toilet	___	___	k. Tub, Shower	___	___	l. Walk, Wheelchair, Crawl	___	___	m. Stairs	___	___	Mobility Total	___	___																																																																																																																						
	Assessment*	Goal																																																																																																																																									
i. Chair, Wheelchair	___	___																																																																																																																																									
j. Toilet	___	___																																																																																																																																									
k. Tub, Shower	___	___																																																																																																																																									
l. Walk, Wheelchair, Crawl	___	___																																																																																																																																									
m. Stairs	___	___																																																																																																																																									
Mobility Total	___	___																																																																																																																																									
Motor Total	___	___																																																																																																																																									
<u>Cognition</u>																																																																																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Assessment*</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Goal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>n. Comprehension</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>o. Expression</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>p. Social Interaction</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>q. Problem Solving</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr><td>r. Memory</td><td style="text-align: center;">___</td><td style="text-align: center;">___</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">Cognition Total</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> <td style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">___</td> </tr> </tbody> </table>		Assessment*	Goal	n. Comprehension	___	___	o. Expression	___	___	p. Social Interaction	___	___	q. Problem Solving	___	___	r. Memory	___	___	Cognition Total	___	___																																																																																																																						
	Assessment*	Goal																																																																																																																																									
n. Comprehension	___	___																																																																																																																																									
o. Expression	___	___																																																																																																																																									
p. Social Interaction	___	___																																																																																																																																									
q. Problem Solving	___	___																																																																																																																																									
r. Memory	___	___																																																																																																																																									
Cognition Total	___	___																																																																																																																																									
WeeFIM® Total	___	___																																																																																																																																									
* Leave no blanks for this column. If an item is not testable due to risk, enter 1.																																																																																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">WeeFIM® Rating Levels</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>No Helper</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">7</td> <td style="padding: 2px;">Complete Independence (no device, timely, safely)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">6</td> <td style="padding: 2px;">Modified Independence (device, not timely, or not safely)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>Helper - Modified Dependence</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">Supervision (subject performs 100% of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">4</td> <td style="padding: 2px;">Minimal Assistance (subject performs 75% or more of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">3</td> <td style="padding: 2px;">Moderate Assistance (subject performs 50% to 74% of the effort)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><u>Helper - Complete Dependence</u></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2</td> <td style="padding: 2px;">Maximal Assistance (subject performs 25% to 49% of the effort)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">1</td> <td style="padding: 2px;">Total Assistance or Not Testable (subject performs less than 25% of the effort)</td> </tr> </tbody> </table>			WeeFIM® Rating Levels		<u>No Helper</u>		7	Complete Independence (no device, timely, safely)	6	Modified Independence (device, not timely, or not safely)	<u>Helper - Modified Dependence</u>		5	Supervision (subject performs 100% of the effort)	4	Minimal Assistance (subject performs 75% or more of the effort)	3	Moderate Assistance (subject performs 50% to 74% of the effort)	<u>Helper - Complete Dependence</u>		2	Maximal Assistance (subject performs 25% to 49% of the effort)	1	Total Assistance or Not Testable (subject performs less than 25% of the effort)																																																																																																																			
WeeFIM® Rating Levels																																																																																																																																											
<u>No Helper</u>																																																																																																																																											
7	Complete Independence (no device, timely, safely)																																																																																																																																										
6	Modified Independence (device, not timely, or not safely)																																																																																																																																										
<u>Helper - Modified Dependence</u>																																																																																																																																											
5	Supervision (subject performs 100% of the effort)																																																																																																																																										
4	Minimal Assistance (subject performs 75% or more of the effort)																																																																																																																																										
3	Moderate Assistance (subject performs 50% to 74% of the effort)																																																																																																																																										
<u>Helper - Complete Dependence</u>																																																																																																																																											
2	Maximal Assistance (subject performs 25% to 49% of the effort)																																																																																																																																										
1	Total Assistance or Not Testable (subject performs less than 25% of the effort)																																																																																																																																										

Anexo 02: Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa



Comitê de Ética em Pesquisa e Ensino do Centro Universitário Cesmac (COEPE)

Registro nº 25000.196371/2011-70 – CONEP/CNS/SIPAR/MS – 10/11/2011.

Maceió, 20 de março de 2013.

PARECER CONSUBSTANCIADO

I) IDENTIFICAÇÃO:

Protocolo nº: 1566/12 **Título:** "Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional para Crianças (Wee FIM)"

Grupo III Área de conhecimento: Ciências da Saúde **Código:** 4.01

Pesquisador Responsável: Viviane Porangaba Sarmento

Instituição Responsável: Universidade Federal de Alagoas

Data de Entrada: 02/07/2012

Analisado na 142ª Reunião Ordinária

Data da Reunião: 05/12/2012

II) SUMÁRIO GERAL DO PROTOCOLO:

O termo Paralisia Cerebral descreve um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitação de atividades, que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no cérebro em desenvolvimento. A avaliação funcional dos pacientes com paralisia cerebral deve ser individualizada e realizada por uma equipe multidisciplinar, de modo a documentar o máximo de atividade funcional, e assim facilitar a determinação dos objetivos do tratamento. O *Wee Functional Independence Measure (Wee FIM)* foi desenvolvido para medir a necessidade de assistência e a gravidade da deficiência em crianças entre as idades de seis meses e sete anos. É uma importante ferramenta que permite aos profissionais da reabilitação infantil avaliar o impacto das sequelas neurológicas ao longo do tempo e facilita a definição de objetivos para o tratamento. Há um interesse crescente em áreas de pesquisa para desenvolver e usar ferramentas confiáveis, válidas e padronizadas e suas relações com outros instrumentos. Este trabalho tem por objetivo realizar a tradução, para o português do Brasil, da versão original da Medida de Independência Funcional para Crianças (*Wee FIM*) e verificar a reprodutibilidade para que o mesmo possa ser utilizado como um instrumento de avaliação de independência funcional em crianças brasileiras portadoras de paralisia cerebral. O produto final a ser obtido é o próprio questionário que, a partir de então, poderá ser aplicado pelas equipes multiprofissionais de reabilitação infantil no Brasil. Trata-se de um estudo de tradução e adaptação de um instrumento de avaliação funcional e seu teste de confiabilidade. Será realizado no Programa de Medicina Física e Reabilitação (PMFR) de um Posto de Atendimento Médico da cidade de Maceió-AL. A amostra será composta por 50 pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral. O Recrutamento dos sujeitos será realizado por chamada telefônica (após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa), onde os responsáveis legais dos membros serão convidados para uma conversa com a pesquisadora responsável, no ambulatório de fisioterapia do PMFR do PAM Salgadinho, em dia e horário a ser definido, momento em que será explicado o objetivo desse estudo e se declararem concordantes com a participação do menor no estudo, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será explicado e entregue aos responsáveis legais dos pacientes que se declararem concordantes em participar do estudo. Serão incluídos nesta pesquisa todos os pacientes com diagnóstico de paralisia cerebral, que tenham entre seis meses e sete anos de idade, durante o período de realização da pesquisa, que frequentam o ambulatório de fisioterapia do PMFR do Posto de Atendimento médico onde a pesquisa será realizada e excluídas as crianças que apresentem crises convulsivas não controladas, mesmo com o uso de anticonvulsivantes no último ano, disfagia grave e uso de gastrostomia. Procedimento: Será desenvolvido um protocolo de tradução, adaptação cultural e confiabilidade do *Wee FIM* de acordo com alguns trabalhos da literatura que aborda a metodologia de tradução de questionários para outros idiomas, com tradução inicial, avaliação da tradução inicial, avaliação da equivalência cultural e avaliação da confiabilidade (duas inter-observadores e uma intra-observador). Além da coleta de dados pessoais (gênero, idade, padrão clínico e *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)*). A análise estatística descritiva será utilizada para a caracterização clínico-demográfica dos pacientes incluídos na fase de avaliação da confiabilidade inter e intra-observador da versão final brasileira da Medida de Independência Funcional para crianças, que será determinada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de Correlação Intra-Classe. A principal variável de interesse será a pontuação total da medida de independência funcional para crianças. Riscos: Constrangimento para responder o questionário; Incômodo devido à ocupação do seu tempo para participar da entrevista. Para atenuar estes desconfortos e riscos, a pesquisadora lhe esclarecerá a respeito de cada questão do questionário e o ajudará todo o tempo nas dificuldades que venham a surgir; e ainda será otimizado seu tempo com programação de sua entrevista adequando à sua disponibilidade, em ambiente favorável. A decisão em participar ou não do estudo não impede a continuação do sujeito da pesquisa no programa de reabilitação. Benefícios: A partir dos resultados da pesquisa pode o estudo identificar os principais fatores relacionados à incapacidade, direcionando as condutas

Protocolo nº: 1566/12 **Título:** "Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional para Crianças (Wee FIM)"

clínicas e assistenciais em saúde de forma mais adequada, favorecendo melhoria para a sua qualidade de vida; Poderá ser beneficiado ao pensar sobre os fatores que estão relacionados à sua doença; Poderá servir de fundamento para analisar suas expectativas em relação à qualidade de sua vida e sua evolução nos programas de reabilitação. Critério para interromper a pesquisa: a não aceitação dos responsáveis legais dos pacientes, em concordância com a participação no estudo de um número igual ou superior a 20% dos responsáveis legais dos menores avaliados no projeto.

III) TCLE (linguagem adequada, descrição dos procedimentos, identificação dos riscos e desconfortos esperados, endereço do responsável, ressarcimento, sigilo, liberdade de recusar ou retirar o consentimento, entre outros):

Apresentado com identificação das diretrizes definidas na Resolução 196/96 CNS/MS.

IV) CONCLUSÃO DO PARECER

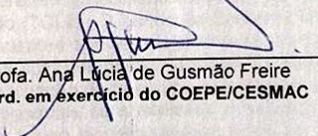
APROVADO

V) CONSIDERAÇÕES

Ilma. Profa. **Viviane Porangaba Sarmiento**, lembre-se que, segundo a res. CNS 196/96:

- Sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado, a não ser em estudo com autorização de declínio;
- V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;
- O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador, assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP;
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas;
- Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente em 14/05/2013 e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria

Atenciosamente,


 Profa. Ana Lúcia de Gusmão Freire
 Coord. em exercício do COEPE/CESMAC

Anexo 03: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

1 – Título do estudo

Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional para Crianças (*Wee FIM*)

2 – Objetivo do estudo

Este trabalho tem por objetivo realizar a tradução em português da versão original da Medida de Independência Funcional para Crianças (*Wee FIM*) e verificar a reprodutibilidade para que o mesmo possa ser utilizado como um instrumento de avaliação de independência funcional em crianças brasileiras portadoras de Paralisia Cerebral.

3 – Descrições dos procedimentos

O questionário será traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com procedimentos internacionalmente aceitos. O *Wee Fim* será administrado por meio de entrevista aos cuidadores de XX pacientes com paralisia cerebral. Para avaliação da reprodutibilidade, os cuidadores de XX pacientes serão entrevistados duas vezes, na primeira avaliação por dois entrevistadores separadamente e novamente dentro de um período de sete dias por um dos entrevistadores. O Coeficiente de Correlação de Pearson e Coeficiente de Correlação Intraclasse, serão usados para avaliação da reprodutibilidade.

4 – Descrições dos desconfortos e riscos

Riscos:

Constrangimento para responder o questionário;

Incômodo devido à ocupação do seu tempo para participar da entrevista;

Para atenuar estes desconfortos e riscos, a pesquisadora lhe esclarecerá a respeito de cada questão do questionário e o ajudará todo o tempo nas dificuldades que venham a surgir; e ainda será otimizado seu tempo com programação de sua entrevista adequando à sua disponibilidade, em ambiente favorável.

A decisão em participar ou não do estudo não impede a continuação de seu filho (a) no programa de reabilitação.

5 – Descrição dos benefícios

Benefícios para o participante:

A partir dos resultados da pesquisa, pode o estudo identificar os principais fatores relacionados à incapacidade, direcionando as condutas clínicas e assistenciais em saúde de forma mais adequada, favorecendo melhoria para a qualidade de vida de seu filho (a);

Seu filho (a) pode ser beneficiado ao pensar sobre os fatores que estão relacionados à sua doença;

Poderá servir de fundamento para analisar suas expectativas em relação à qualidade de vida e a evolução de seu filho (a) nos programas de reabilitação.

6 – Garantia de acesso

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é a Dra. VIVIANE PORANGABA SARMENTO (CRM-AL 5126) que pode ser encontrada no endereço: Rua Mizael Domingues, nº 241, Bloco O, Centro, Maceió, AL; telefone (82) 3315 5311.

7 – Retirada do consentimento

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem quaisquer tipos de prejuízo ao indivíduo.

[Use este quadro apenas se necessário]

Revogo o consentimento prestado no dia _____ e afirmo que não desejo prosseguir no estudo que me foi proposto, que dou como finalizado nesta data.

CIDADE: _____

DATA: _____

Assinatura _____ do pesquisador:

Assinatura _____ do participante:

Testemunha: _____

Testemunha: _____

8 – Direito de confidencialidade

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros indivíduos, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

9 – Garantia de acesso aos dados

O senhor (a) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

10 – Despesas e compensações

Sua participação nessa pesquisa não lhe trará despesas, gastos ou danos. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pela pesquisadora.

11 – Direito de indenização

Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo (nexo causal comprovado), o participante tem direito a tratamento médico na Instituição, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

12 – Propriedades da informação e divulgação da pesquisa

A propriedade dos resultados gerados por esta pesquisa é de seu autor. Os resultados encontrados ao final da pesquisa serão devidamente publicados em um periódico indexado.

13 – Princípio de especificidade

A pesquisadora tem o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Eu discuti com a **DRA. VIVIANE PORANGABA SARMENTO (CRM-AL 5126)** sobre a minha decisão da participação de meu filho (a) nesse estudo. Entendi todas as explicações que me foram fornecidas de forma clara e simples, inclusive permitindo que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinente para entender o que ocorrerá com meu filho (a) neste estudo, não me ficando dúvidas sobre os procedimentos a que será submetido. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação de meu filho (a) é isenta de despesas e que terá garantia de acesso a tratamento ambulatorial quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que meu filho (a) possa ter adquirido.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **Tradução, adaptação cultural e confiabilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional para Crianças (Wee FIM)**

Assinatura do representante legal

Data / /

(Somente para o responsável do estudo)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o
Consentimento Livre e Esclarecido deste representante
legal para a participação neste estudo.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

Anexo 04: Versão Brasileira do Wee FIM

QUESTIONÁRIO

NOME COMPLETO: _____

SEXO: _____

IDADE: _____

ACOMPANHANTE: _____

PADRÃO CLÍNICO: _____

GMFCS: _____

WEE FIM:

AUTOCUIDADOS	NOTA
A – ALIMENTAÇÃO	
B – HIGIENE PESSOAL	
C – BANHO	
D – VESTUÁRIO METADE SUPERIOR	
E – VESTUÁRIO METADE INFERIOR	
F- UTILIZAÇÃO DO VASO SANITÁRIO	
CONTROLE DE ESFÍNCTERES	
G – CONTROLE DE URINA	
H – CONTROLE DE FEZES	
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS	
I – LEITO, CADEIRA, CADEIRA DE RODA	
J – VASO SANITÁRIO	
K – BANHEIRA, CHUVEIRO	
LOCOMOÇÃO	
L – MARCHA / CADEIRA DE RODA	
M – ESCADAS	
COMUNICAÇÃO	
N – COMPREENSÃO	
O – EXPRESSÃO	
COGNIÇÃO PESSOAL	
P – INTERAÇÃO SOCIAL	
Q – RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
R – MEMÓRIA	
TOTAL	

GUIA DE APLICAÇÃO:

ALIMENTAÇÃO

Inclui o uso de utensílios adequados para levar a comida e líquido à boca, mastigação e deglutição, uma vez que a refeição seja apresentada na forma habitual sobre uma mesa ou bandeja.

Nota: Apresentar uma refeição da maneira habitual inclui a abertura de recipientes, cortar carne, passar manteiga no pão ou despejar líquidos. Ao avaliar este item, não considerar o uso de faca pela criança.

Se as atividades das crianças apresentarem níveis diferentes durante o dia (por exemplo, nível 5 de manhã e nível 4 de tarde), registre o menor nível.

Se a criança tem um tubo de alimentação que não é usado para a hidratação ou nutrição, e um auxiliar libera o tubo para manter a permeabilidade, não considerar o tubo de alimentação e a linha parenteral quando avaliar este item.

SEM AJUDA:

7 - Independência Completa: A criança executa com segurança todas as tarefas para se alimentar, sem auxílio, come de um prato, gerencia uma variedade de consistências, bebe de um copo de vidro e com a refeição apresentada na forma habitual, sobre uma mesa ou bandeja. A criança usa uma colher ou garfo para levar a comida à boca, onde é mastigada e engolida.

6 - Independência Modificada: A criança realiza todas as tarefas para se alimentar sem a ajuda de um auxiliar, e quando um ou mais dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança requer um dispositivo de apoio ou adaptação (por exemplo: canudinho longo, garfo adaptado, suporte de sustentação de prato) para comer.
- A criança depende de um tempo acima do razoável para comer.
- A criança requer modificar a consistência dos alimentos ou liquefazê-la.
- A criança é capaz de fazer por conta própria outras formas de alimentação (parental ou gastrostomia).
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela come.

COM AJUDA:

5 – Supervisão ou Preparação: A criança realiza todas as tarefas alimentares e quando um ou mais dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança necessita de supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) para comer.
- A criança necessita de preparação (incluindo a aplicação de órtese ou dispositivos de adaptação) para comer.
- Um auxiliar deve preparar outros meios de alimentação (como alimentação parental ou gastrostomia) para que a criança se alimente, mas o auxiliar não precisa permanecer durante a alimentação. Exemplo: Um auxiliar aplica uma braçadeira universal, após o que a criança come sem assistência.

4 – Assistência Mínima: a criança realiza 75% ou mais das tarefas para se alimentar. Exemplo: A criança come a maior parte da alimentação por si própria e necessita apenas de um auxílio para alimentar-se nas últimas 3-4 garfadas.

3 – Assistência Moderada: A criança realiza 50% a 74% das tarefas para se alimentar. Exemplo: Um auxiliar coloca a comida em um garfo ou colher, e a criança leva o alimento à boca, mastiga e engole.

2 – Assistência Máxima: A criança realiza 25% a 49% das tarefas alimentares, come alimentos sólidos, alimenta-se com ajuda dos dedos, ou segura uma garrafa, mas a criança necessita de assistência máxima para fazê-lo. Exemplo: Um auxiliar coloca cada porção de alimento na colher e fornece ajuda segurando a mão da criança. A criança usa os dedos para se alimentar com bolachas, biscoitos e pequenos pedaços de frutas, e necessita de ajuda com outros alimentos.

1 – Assistência Total: Quando um ou mais dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança executa menos de 25% ou nenhuma das tarefas de alimentação, por meio de mamadeira ou amamentação, durante um período de tempo razoável, mas necessita de assistência total para fazê-lo.
- A criança não come ou bebe refeições completas por via oral, contando apenas com alimentação por outros meios (por exemplo: alimentação parenteral ou gastrostomia) que são totalmente administrados por um auxiliar, que permanece presente durante toda alimentação.

- A criança precisa de ajuda de dois auxiliares para comer. Exemplo: A criança come 3-4 colheres de cada refeição, e um auxiliar executa o restante. Um auxiliar executa 100% do trabalho necessário para alimentar a criança.

HIGIENE PESSOAL

Inclui escovar os dentes; arranjo dos cabelos, lavar e secar as mãos e o rosto.

Nota: Não inclui uso de fio dental, lavar o cabelo, ou pentear o cabelo em tranças, rabos de cavalo, ou outros penteados. Consiste em quatro tarefas. Cada tarefa representa 25% do total. Se a criança não tem cabelo, não avaliar pentear os cabelos. Não avaliar a saúde bucal. Higiene inclui a obtenção de artigos necessários para a preparação (por exemplo, escova de dente, toalhas, pentes e escovas). Também inclui a preparação inicial (por exemplo: aplicar pasta de dentes em uma escova de dente).

SEM AJUDA:

7 - Independência Completa: A criança executa com segurança todas as tarefas de preparação sem a ajuda de um auxiliar e sem um dispositivo de apoio.

6 - Independência Modificada: A criança realiza todas as tarefas de preparação sem a ajuda de um auxiliar, e quando um ou mais dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança requer um dispositivo de apoio ou adaptação (por exemplo: órteses, próteses, luvinhas especiais de banho, escova de dente, pente, ou escova de cabelo adaptados).
- A criança leva mais tempo do que o razoável para realizar as tarefas de higiene.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela executa as tarefas de preparação.

COM AJUDA:

5 – Supervisão ou Preparação: A criança realiza todas as tarefas de preparação, mas requer supervisão (por exemplo: estar alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou de preparação (aplicação de uma órtese necessária para a preparação, dispor o equipamento ou ajudar com a preparação inicial como a aplicação de creme dental

na escova de dente). Exemplo: A criança realiza todas as tarefas de preparação, mas requer um auxiliar para verbalizar as sequências de cada tarefa e colocar a escova de dente onde ela possa ser facilmente alcançada.

4 - **Assistência Mínima:** A criança realiza 75% ou mais das tarefas de higiene pessoal. Exemplo: A criança requer o mínimo de ajuda com algumas das tarefas, mas não necessariamente de todas elas.

3 - **Assistência Moderada:** A criança realiza 50% a 74% das tarefas. Exemplo: A criança realiza duas das quatro tarefas.

2 - **Assistência Máxima:** A criança realiza 25% a 49% das tarefas. Exemplo: A criança necessita de ajuda máxima para executar três das quatro tarefas.

1 - **Assistência Total:** Quando um ou mais dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança realiza menos de 25% ou nenhuma preparação das tarefas.
- A criança precisa de ajuda de dois auxiliares para realizar as tarefas de preparação.

BANHO

Inclui lavar e secar o corpo do pescoço para baixo (excluindo as costas) em uma banheira, chuveiro ou na cama (com esponja).

Nota: Inclui a preparação inicial como a preparação da água e equipamentos para o banho. Para determinar a classificação para este item, dividir o corpo em 10 áreas:

- Peito
- Braço esquerdo
- Braço direito
- Abdômen
- Região perineal
- Nádegas
- Perna esquerda superior
- Perna direita superior
- Perna esquerda inferior (incluindo o pé)
- Perna direita inferior (incluindo pé)

Cada área representa 10% do total. Contar o número de áreas que a criança lava para identificar a porcentagem de esforço no banho. Use este número para ajudá-lo a determinar a classificação para o banho. Exemplo: Uma criança que se lava (lava e seca), apenas o peito e abdômen lavam 20% da área total do corpo. Ela deve ser avaliada em nível 1 (Ajuda Total). Se a criança tem ausência de um membro que normalmente seria avaliado para este item, não considerar esse membro na porcentagem total. Exemplo: Uma criança com uma amputação da perna direita abaixo do joelho tem apenas nove áreas para tomar banho. Cada área representa cerca de 11% do total. Próteses e órteses são consideradas dispositivos de apoio se usados no banho.

SEM AJUDA:

7 - Independência Completa: A criança lava e seca com segurança as 10 áreas, sem auxílio ou dispositivos.

6 - Independência Modificada: A criança lava e seca as 10 áreas sem auxílio, e quando um ou mais dos itens a seguir forem verdadeiros:

- A criança requer um dispositivo de apoio ou adaptação para se lavar.
- A criança necessita de um tempo maior que o razoável para se lavar.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela se lava.

COM AJUDA:

5 – Supervisão ou Preparação: A criança lava as 10 áreas, mas requer supervisão (estar alguém ao lado para supervisionar, incentivar ou sugerir) ou preparação (dispor o equipamento especializado de banho, material de limpeza e secagem ou preparação da água. Exemplo: A criança lava as 10 áreas, mas necessita de um cuidador para verbalizar a sequência das etapas de cada tarefa, para regular a temperatura da água, e para definir um local onde a toalha pode ser facilmente alcançada.

4 - Assistência Mínima: A criança realiza 75% ou mais das tarefas do banho. Exemplo: A criança lava 8-9 áreas, sem ajuda ou executa 75% ou mais do esforço necessário para tomar banho e lavar as 10 áreas.

3 - **Assistência Moderada:** A criança realiza 50% a 74% das tarefas do banho. Exemplo: A criança lava 5-7 áreas sem ajuda ou realiza 50% a 74% do esforço necessário para lavar as 10 áreas.

2 - **Assistência Máxima:** A criança realiza 25% a 49% das tarefas do banho. Exemplo: A criança lava 3-4 áreas sem ajuda ou executa 25% a 49% do esforço necessário para tomar banho e lavar as 10 áreas.

1 - **Assistência Total:** Quando um ou ambos dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança realiza menos de 25% ou nenhuma das tarefas do banho.
- A criança precisa do auxílio de duas pessoas para se lavar. Exemplo: A criança lava apenas 1-2 áreas sem ajuda ou executa menos do que 25% do esforço necessário para lavar as 10 áreas.

VESTUÁRIO – METADE SUPERIOR DO CORPO

Inclui vestir e despir da cintura para cima (incluindo agasalhos ou camisas abertas ou fechadas). Este item também inclui pegar a roupa em locais habituais (tais como gavetas e armários); botões e zíperes, conforme necessário, aplicação e remoção de próteses e órteses quando aplicável.

Nota: A criança deve usar roupas que sejam apropriadas para uso em público. Se a criança utiliza uma prótese ou órtese que não é necessária como um dispositivo de apoio para completar as tarefas de vestuário, o nível de independência da criança é 7. Se a criança utiliza uma prótese ou órtese que é necessária como um dispositivo de apoio para completar as tarefas de vestir a metade superior do corpo, o nível da criança é 6. Se um auxiliar realiza a colocação da prótese ou órtese que é necessária como dispositivo de apoio para completar as tarefas de vestuário, o nível é 5. Meias e faixas de compressão são consideradas órteses.

SEM AJUDA:

7 - **Independência Completa:** A criança executa com segurança todas as tarefas de vestir a metade superior do corpo, sem ajuda de um cuidador e sem um dispositivo.

6 - Independência Modificada: A criança executa todas as tarefas de vestir a metade superior do corpo sem ajuda de um cuidador, e quando um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança requer um fecho especial, tal como um velcro, para vestir a parte superior do corpo.
- A criança requer um dispositivo de apoio, tal como um gancho para puxar o zíper, para vestir a parte superior do corpo.
- A criança necessita de uma órtese ou prótese para a realização das tarefas de vestir a metade superior do corpo.
- A criança leva mais do que uma quantidade razoável de tempo para realizar as tarefas de vestir a parte superior do corpo.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela executa as tarefas de vestir a parte superior do corpo.

COM AJUDA:

5 – Supervisão ou Preparação: A criança executa todas as tarefas de vestir a metade superior do corpo, mas requer supervisão (estar alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou de equipamento especializado)
Exemplo: A criança coloca um agasalho com auxílio de um ajudante para informar a sequência dos passos da tarefa.

4 - Assistência Mínima: A criança executa 75% ou mais das tarefas de vestuário da metade superior do corpo. Exemplo: A criança coloca e remove uma camisa aberta na frente sem assistência. Um cuidador fecha os botões.

3 - Assistência Moderada: A criança realiza 50% a 74% das tarefas de vestir a metade superior do corpo. Exemplo: Um cuidador puxa até o ombro a manga esquerda de uma camisa aberta na frente e traz a camisa ao redor das costas. A criança alcança a camisa nas suas costas e põe o braço direito na manga, e fecha os botões. A criança desabotoa e remove a camisa sem assistência.

2 - Assistência Máxima: A criança realiza 25% a 49% das tarefas de vestir a metade superior do corpo. Exemplo: Um cuidador coloca a camisa pela cabeça da criança e levanta ambos os seus braços, vestindo as mangas. A criança puxa a

camisa até a cintura. O cuidador tira uma das mangas da camisa e a partir daí a criança tira o restante sem assistência.

1 - **Assistência Total:** Quando um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança executa menos de 25% ou nenhuma das tarefas de vestuário da metade superior do corpo.
- A criança usa apenas vestidos, camisolas hospitalares ou pijamas.
- A criança necessita de ajuda de dois cuidadores para realizar as tarefas de vestir a metade superior do corpo.

VESTUÁRIO - METADE INFERIOR DO CORPO

Inclui vestir e despir da cintura para baixo (incluindo cueca, calça, saia, meias e sapatos). Este item também inclui pegar as roupas nos locais habituais (como gavetas e armários); botões e zíper e, se necessário, aplicação e remoção de próteses e órteses quando aplicável.

Nota: A criança deve usar roupas que são apropriadas para vestir em público.

Se a criança utiliza uma prótese ou órtese que não é necessária como um dispositivo de apoio para completar as tarefas de vestuário da metade inferior do corpo, o nível criança é 7. Se a criança utiliza uma prótese ou órtese que é necessária como um dispositivo de apoio para completar as tarefas de vestir a metade inferior do corpo, o nível da criança é 6. Se um cuidador aplica uma órtese ou prótese, que é necessária como um dispositivo de apoio para completar as tarefas de vestir a metade inferior do corpo, o nível da criança é 5. Faixas e meias de compressão antiembólicas são consideradas órteses.

Não incluir sapatos de cadarço, quando classificar esses itens.

SEM AJUDA:

7 - **Independência Completa:** A criança executa com segurança todas as tarefas de vestir a metade inferior do corpo sem auxílio e sem um dispositivo de apoio.

6 - Independência Modificada: A criança executa todas as tarefas de vestir a metade inferior do corpo sem auxílio, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um velcro, para vestir a metade inferior do corpo.
- A criança necessita de um dispositivo de apoio, como um botão ou gancho de puxar zíper, para vestir a metade inferior do corpo.
- A criança necessita de uma prótese ou órtese para realizar o vestuário da metade inferior do corpo.
- A criança leva um tempo acima do razoável para realizar a tarefa de vestuário da metade inferior do corpo.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela realiza o vestuário da metade inferior do corpo.

COM AJUDA:

5 – Supervisão ou Preparação: A criança executa todas as tarefas de vestuário da metade inferior do corpo, mas requer supervisão (ter alguém ao lado, incentivo ou sugestão) ou preparação (aplicação de órtese ou prótese na parte inferior do corpo ou perna ou equipamento especializado). Exemplo: A criança coloca as calças, meias e sapatos depois que eles são definidos por um ajudante.

4 - Assistência Mínima: A criança executa 75% ou mais das tarefas de vestuário da metade inferior do corpo. Exemplo: A criança completa todas as tarefas menores para vestir o corpo, mas um auxiliar fornece assistência para manusear zíperes e fechos.

3 - Assistência Moderada: A criança realiza 50% a 74% das tarefas de vestuário da metade inferior do corpo. Exemplo: A criança coloca a cueca e as duas meias. Um ajudante coloca a calça e sapatos.

2 - Assistência Máxima: A criança realiza 25% a 49% das tarefas de vestuário da metade inferior do corpo.

1 - Assistência Total: Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança executa menos de 25% ou nenhuma das tarefas de vestuário da metade inferior do corpo.
- A criança usa apenas vestidos, camisolas hospitalares ou pijamas.
- A criança necessita de auxílio de duas pessoas para realizar as tarefas de vestir a metade inferior do corpo. Exemplo: A criança remove meias, mas um auxiliar gerencia todas as outras tarefas de vestir a metade inferior do corpo.

UTILIZAÇÃO DO VASO SANITÁRIO

Inclui manter a higiene da região perineal (ou seja, se limpar), retirar e ajustar a roupa antes e depois de usar o vaso sanitário ou comadre / papagaio.

Diretrizes de classificação: não incluir a descarga do vaso sanitário. Consiste em três tarefas. Cada tarefa é de aproximadamente 33% do total. Considerar todas as tarefas ao avaliar a criança para este item. Por exemplo: uma criança que realiza duas das três tarefas, executa 66% do total e é avaliado em nível 3. Uma criança que realiza uma das três tarefas executa 33% do total e é classificado em nível 2. Uma criança que requer assistência moderada com todas as tarefas também é classificado em nível 3.

COM AJUDA:

7 - Independência Completa: A criança limpa-se após o uso do vaso sanitário, maneja papel higienico, retira e repõe a roupa para ir ao toalete, sem auxílio ou dispositivo de apoio. Desempenho seguro.

6 - Independência Modificado: A criança executa todas as tarefas sem auxílio, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de equipamento especializado (incluindo órtese, prótese ou dispositivo de apoio).
- A criança leva um tempo acima do razoável para realizar as tarefas.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela executa as tarefas.

COM AJUDA:

5 – **Supervisão ou Preparação:** A criança executa todas as tarefas mas requer supervisão (por exemplo, alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou de preparação (por exemplo, a aplicação de um dispositivo de apoio).

4 - **Assistência Mínima:** A criança executa 75% ou mais das tarefas. Exemplo: A criança executa as três tarefas, mas requer auxílio de um ajudante.

3 - **Assistência Moderada:** A criança realiza 50% a 74% das tarefas. Exemplo: A criança realiza duas das três tarefas – ela retira e ajusta sua roupa antes e após a utilização do vaso sanitário, mas um cuidador deve completar a higiene da região perineal.

2 - **Assistência Máxima:** A criança realiza 25% a 49% das tarefas de higiene. Exemplo: A criança realiza uma das três tarefas - ela retira suas calças antes de usar o vaso sanitário, mas um cuidador deve completar a higiene da região perineal e vestir as calças.

1 - **Assistência Total:** uma ou ambas afirmações são verdadeiras:

- A criança realiza menos de 25% ou nenhuma das tarefas.
- A criança necessita de auxílio de dois cuidadores para realizar as tarefas.

CONTROLE DA URINA

Esta atividade envolve o controle intencional completo do ato de urinar e uso do equipamento ou agentes necessários para o controle da urina.

Orientações: O objetivo funcional do controle da bexiga é a abertura do esfíncter urinário apenas quando necessário, mantendo-se fechado o restante do tempo. Isto pode exigir dispositivos, remédios, ou assistência para algumas crianças. Este item, portanto, lida com duas variáveis que devem ser classificadas separadamente:

1. Nível de Assistência Requerida
2. Frequência de Acidentes

Normalmente, um acompanha o outro. Por exemplo, quando há mais acidentes, normalmente requer-se mais assistência. Em todo o caso, não coincidindo os dois níveis, deve-se registrar o nível mais baixo.

A enurese noturna é considerada um problema comum na infância até os 7 anos de idade. Ela representa um fardo nos cuidados em termos de mudança de roupa de cama e lavanderia. Se a criança apresenta enurese noturna, mas controla completamente e intencionalmente a urina durante o dia, o nível da criança é 5, não importa quantas vezes a criança tenha acidentes noturnos. Depois de 7 anos de idade, use as diretrizes da classificação padrão.

Definição Acidente de Bexiga: Ato de molhar a roupa com urina. Se a criança molha a fralda, mas não a roupa, não considerar o incidente um acidente de bexiga.

SEM AJUDA:

7 - Independência Completa: A criança controla intencionalmente e completamente o ato de urinar, sem auxílio ou dispositivo de apoio, e este nunca é incontinente.

6 - Independência Modificada: A criança controla sua bexiga intencionalmente e completamente, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo de apoio (por exemplo, urinol, comadre, catéter, absorvente, fralda, toalha, algum utensílio para coleta de urina ou medicamento para o controle da urina) para o controle.
- A criança necessita de um desvio urinário para controle.
- A criança necessita de um despertador noturno para controle.
- A criança necessita de remédio para o controle.
- A criança realiza auto-cateterismo intermitente sem assistência.
- Se um catéter é usado, a criança limpa, esteriliza, e ajusta-se o equipamento para a irrigação sem assistência.
- A criança prepara, se posiciona e aplica em se própria o catetar com bolsa de drenagem externa. A criança também remove, esvazia, limpa e coloca a bolsa coletora, sem assistência.

- A criança aplica um aparelho ileal, esvazia e limpa a bolsa coletora externa do aparelho ileal, sem assistência.
- A criança leva mais tempo que o habitual para realizar as tarefas.
- Há uma preocupação com a segurança da criança.

COM AJUDA:

5 – Supervisão ou Preparação: A criança controla sua bexiga completamente e intencionalmente, mas requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (colocar, esvaziar) do equipamento para manter um padrão satisfatório de excreção urinária, ou para manter um dispositivo externo. O tempo para chegar ao banheiro ou comadre pode provocar acidentes ocasionais ou derramar o conteúdo do urinol, mas menos de uma vez por mês.

- A criança tem acidentes ocasionais ou derrama o conteúdo do urinol por causa do tempo para se chegar ao banheiro ou comadre, mas isso só acontece uma vez a cada 2-3 meses.
- A criança apresenta somente enurese noturna (não importa quantas vezes).

4 - Assistência Mínima: Uma ou mais afirmações são verdadeiras:

- A criança executa 75% ou mais das tarefas.
- A criança necessita de assistência mínima para manter algum dispositivo externo.
- A criança tem de um a três acidentes ocasionais por mês.

3 – Assistência Moderada: Uma ou mais afirmações são verdadeiras:

- A criança realiza 50% a 74% das tarefas de gerenciamento da bexiga.
- A criança necessita de assistência moderada para manter um dispositivo externo.
- A criança tem 1-6 acidentes ocasionais por semana.

2 - Assistência Máxima: Uma ou mais afirmações são verdadeiras:

- A criança realiza 25% a 49% das tarefas de gerenciamento da bexiga.

- Apesar de precisar de assistência, a criança usa fraldas mesmo em uso de catéter ou ostomia.
- A criança tem um ou mais acidentes ocasionais por dia e dá alguma indicação de estar molhado.

1 - **Assistência Total:** Apesar da assistência de cateter ou ostomia, a criança usa fraldas, e uma ou mais das seguintes afirmações são verdadeiras:

- A criança realiza menos de 25% ou nenhuma das tarefas.
- A criança necessita de auxílio de dois cuidadores para realizar as tarefas..
- A criança tem um ou mais acidentes ocasionais por dia, mas não dá nenhuma indicação de estar molhada.

CONTROLE DO INTESTINO

Esta atividade envolve o controle intencional completo da defecação e o uso de equipamentos e agentes necessários ao controle do intestino.

Orientações: O objetivo funcional do controle do intestino é a abertura do esfíncter anal apenas quando necessário e o seu fechamento no restante do tempo. Isto pode exigir dispositivos, drogas ou apoio em algumas crianças.

Este item, portanto, envolve duas variáveis que devem ser classificadas separadamente:

1. Nível de Assistência requerida
2. Frequência de Acidentes (nível de sucesso no controle do intestino)

Habitualmente uma tarefa acompanha a outra. Por exemplo, quando ocorrem mais acidentes, maior será a assistência. No entanto, se os dois não forem exatamente os mesmos, registre sempre o nível inferior.

Definição de Acidente Intestinal: Ato de sujar a roupa com fezes. Se a criança só suja a fralda, mas não a roupa, não consideramos o incidente um acidente intestinal.

SEM AJUDA:

7 - **Independência Completa:** controla intencional e completamente o ato de defecar e a criança nunca é incontinente.

6 - **Independência Modificada:** controla intencional e completamente o ato de defecar, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo de assistência, como um penico ou comadre.
- A criança requer estimulação digital, supositórios ou lavagem de forma regular.
- A criança requer laxantes artificiais (não considerar laxantes naturais tais como ameixas).
- A criança efetua os cuidados de uma colostomia sem assistência.
- A criança leva uma quantidade maior de tempo para realizar as tarefas.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela realiza as tarefas.

COM AJUDA:

5 – **Supervisão ou Preparação:** controla intencional e completamente o ato de defecar, mas requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação do equipamento necessário para manter um padrão satisfatório de defecação ou para manter um dispositivo de ostomia. A criança tem acidentes intestinais ocasionais, mas isso só acontece uma vez a cada 2-3 meses.

4 - **Assistência Mínima:** Uma ou mais afirmações são verdadeiras:

- A criança executa 75% ou mais das tarefas.
- A criança necessita de ajuda mínima para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens, ou algum dispositivo externo.
- A criança tem de um a três acidentes intestinais por mês.

3 - **Assistência Moderada:** Uma ou mais afirmações são verdadeiras:

- A criança realiza 50% a 74% das tarefas.

- A criança necessita de ajuda moderada para manter um padrão satisfatório de defecação através de supositórios, lavagens ou algum dispositivo externo.

- A criança tem 1-6 acidentes intestinais por semana.

2 - **Assistência Máxima:** Uma ou mais afirmações são verdadeiras:

- A criança realiza 25% a 49% das tarefas.

- Apesar da assistência, a criança suja-se quase que diariamente requerendo o uso de fraldas havendo ou não dispositivo de ostomia.

- A criança tem um ou mais acidentes intestinais por dia e dá alguma indicação de estar suja.

1 - **Assistência Total:** Apesar de assistência, a criança suja-se quase que diariamente, requerendo o uso de fraldas, havendo ou não dispositivos de ostomia, e uma ou mais afirmações são verdadeiras:

- A criança realiza menos de 25% ou nenhuma das tarefas.

- A criança necessita de auxílio de dois cuidadores para realizar as tarefas.

- A criança tem um ou mais acidentes intestinais por dia, mas não dá nenhuma indicação de estar suja.

TRANSFERÊNCIAS: (CADEIRA, CADEIRA DE RODAS)

Inclui todos os aspectos de transferência de uma cadeira para a cadeira de roda. Inclusive, passar para a posição em pé se a marcha for o modo de locomoção usual da criança. Da mesma forma ocorre, quando da transferência da cadeira de roda para a cadeira.

Orientações de classificação: Quando avaliar este item, avaliar transferências da criança de uma cadeira de tamanho normal para adulto. É classificado como nível 5 quando a criança necessita de auxílio apenas em uma ou mais das seguintes atividades:

- Ativar os freios

- Desativar os freios
- Levantar e abaixar os apoios para os pés
- Remoção e substituição do apoio para os pés
- Remoção e substituição do apoio de braço
- Posicionar uma tábua de transferência
- Aplicação de uma órtese

Próteses e órteses são considerados dispositivos de assistência se forem utilizados para transferência.

SEM AJUDA:

7 - Independência Completa: Se andar, a criança deve aproximar-se, sentar-se, e levantar-se de uma cadeira normal e ficar numa posição ereta. Executa com segurança, sem auxílio e sem dispositivo de apoio.

Se a criança estiver numa cadeira de rodas, deve aproximar da cadeira, acionar o freio, ajustar os pedais e remover o apoio dos braços caso necessário, transfere-se (realizando a rotação em pé ou deslizando sem tábua de transferência) e retorna. Executa com segurança.

6 - Independência Modificada: As transferências da criança de uma cadeira, sem auxílio, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo de ajuda ou adaptação (por exemplo, tábua de transferência, assento especial, cadeira de bebê, cinta, ou muletas) para transferir.
- A criança leva um tempo acima do razoável para transferir.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela realiza a transferência.

COM AJUDA:

5 - Supervisão ou Preparação: Requer supervisão (por exemplo, alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou de preparação (por exemplo, posicionando os equipamentos

móveis, ajustando os pedais, etc.). Exemplo: A criança realiza a transferência sem auxílio, mas necessita de instruções e ajuste dos pedais.

4 - **Assistência Mínima:** A criança executa 75% ou mais das tarefas. Exemplo: É preciso apenas tocar a criança em auxílio para a realização da tarefa. O cuidador não levanta a criança.

3 - **Assistência Moderada:** A criança realiza 50% a 74% das tarefas. Exemplo: Um cuidador fornece auxílio moderado para levantar a criança da cadeira para a posição em pé e quando retorna para a cadeira de rodas.

2 - **Assistência Máxima:** A criança realiza 25% a 49% das tarefas. Exemplo: Um cuidador fornece auxílio máximo para levantar a criança da cadeira para a posição em pé e quando retorna para a cadeira de rodas.

1 - **Assistência Total:** Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança executa menos de 25% ou nenhuma das tarefas.
- A criança necessita de um elevador mecânico para transferência.
- A criança necessita de auxílio de dois cuidadores para transferência.

TRANSFERÊNCIAS: VASO SANITÁRIO

Inclui todos os aspectos de sentar-se e levantar-se do vaso sanitário.

Orientações: quando avaliar este item, avaliar as transferências da criança em um banheiro padrão.

Se a deambulação é o modo típico de locomoção, este item inclui ficar na posição em pé.

É classificado como nível 5 quando o auxiliar fornece assistência apenas com uma ou mais das seguintes atividades:

- Ativar os freios
- Desativar os freios

- Levantar e abaixar os apoios para os pés
- Remoção e substituição dos apoios para os pés
- Remoção e substituição do apoio para os braços
- Posicionar uma tábua de transferência
- Aplicação de uma órtese.

Próteses e órteses são considerados dispositivos de apoio se for utilizado para transferência.

SEM AJUDA:

7 - Independência Completa: Se caminhar, a criança se aproxima, senta-se, levanta-se de um vaso padrão. Executa com segurança. Sem auxílio e sem dispositivo de apoio.

Se locomove em uma cadeira de rodas, a criança se aproxima do vaso, aciona o freio, ajusta os pedais e remove os suportes para o braço se for necessário, transfere-se (realizando a rotação em pé ou deslizando sem tábua de transferência) e retorna. Executa com segurança.

6 - Independência Modificada: As transferências da criança de um vaso sanitário, sem auxílio, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo de apoio ou adaptação (por exemplo, tábua de transferência, apoiar em barras, penico, assento especial) para transferir.
- A criança leva um tempo acima do razoável para a transferência.
- Há uma preocupação com a segurança da criança.

COM AJUDA:

5 - Supervisão ou Preparação: As transferências da criança de um vaso sanitário, requerem supervisão (por exemplo, alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou de preparação (por exemplo, o posicionamento de uma tábua de transferência ou movendo o apoio de pé). Exemplo: A criança transfere-se sem auxílio, mas um cuidador fornece instruções e posiciona a tábua de transferência.

4 - **Assistência Mínima:** A criança executa 75% ou mais das tarefas. Exemplo: É preciso apenas tocar a criança em auxílio para realizar a transferência de uma cadeira de rodas para o vaso sanitário e retorna para a cadeira. O cuidador não levanta a criança.

3 - **Assistência Moderada:** A criança realiza 50% a 74% das tarefas de transferência. Exemplo: As transferências da criança para o vaso sanitário necessitam de auxílio moderado de um cuidador para levantar-se para posição em pé e retornar.

2 - **Assistência Máxima:** A criança realiza 25% a 49% das tarefas. Exemplo: Um cuidador fornece auxílio máximo para levantar a criança para a posição em pé e retornar.

1 - **Assistência Total:** Um ou ambos dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança executa menos de 25% ou nenhuma das tarefas.
- A criança necessita de auxílio de dois cuidadores.

TRANSFERÊNCIAS: (CHUVEIRO, BANHEIRA)

Inclui entrar e sair de uma banheira ou boxe.

Próteses e órteses são considerados dispositivos de apoio se forem utilizados para a transferência.

É classificado como nível 5 quando o cuidador fornece auxílio com uma ou mais das seguintes atividades:

- Ativar os freios
- Desativar os freios
- Levantar e abaixar os apoios para os pés
- Remoção e substituição dos apoios para os pés
- Remoção e substituição dos apoios para os braços

- Posicionar uma prancha de transferência
- Aplicação de uma órtese

Nível 4 (ajuda mínima) quando um cuidador levanta uma das pernas da criança para entrar em uma banheira.

Nível 3 (assistência moderada) quando um cuidador levanta as duas pernas da criança para entrar em uma banheira.

SEM AJUDA:

7 - **Independência Completa:** Se andar, a criança se aproxima, entra e sai da banheira ou do boxe. Executa com segurança, sem auxílio e sem um dispositivo de apoio. Se a criança está na cadeira de rodas, ela se aproxima da banheira ou do boxe, aciona o freio, ajusta os pedais e remove os suportes para o braço se for necessário, transfere-se (realizando a rotação em pé ou deslizando sem tábua).

6 - **Independência Modificada:** um ou mais dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo de apoio ou adaptação (por exemplo, tábua de transferência, barras de apoio, banco especial) para transferir.
- A criança leva mais tempo do que o razoável.
- Há uma preocupação com a segurança da criança.

COM AJUDA:

5 - **Supervisão ou Preparação:** Requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando o equipamento, ajustando os pedais, etc.)
Exemplo: A criança realiza a transferência sem auxílio, mas necessita de um cuidador para fornecer as instruções e remover os apoios para os pés.

4 - **Assistência Mínima:** A criança executa 75% ou mais das tarefas. Exemplo: É preciso apenas tocar a criança em auxílio para realizar as tarefas. O cuidador não levanta a criança.

3 - **Assistência Moderada:** A criança realiza 50% a 74% das tarefas. Exemplo: A transferência da criança para entrar e sair de uma banheira ou boxe necessita do auxílio de um cuidador, que levanta as duas pernas da criança.

2 - **Assistência Máxima:** A criança realiza 25% a 49% da transferência de tarefas. Exemplo: Um cuidador fornece auxílio para elevação máxima da criança na transferência de uma cadeira de rodas para a banheira ou boxe (para a posição sentada) e retorna a cadeira de rodas.

1 - **Assistência Total:** Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança executa menos de 25% ou nenhuma das tarefas.
- A criança necessita de um elevador mecânico para a transferência.
- A criança necessita de auxílio de dois cuidadores para a transferência.

LOCOMOÇÃO: (DEAMBULAR, CADEIRA DE RODAS, ENGATINHAR)

Inclui andar, estando em pé, usar cadeira de rodas, estando sentado, ou engatinhar sobre uma superfície plana.

Deambular: inclui andar, estando em pé sobre uma superfície plana, um mínimo de 45 metros de uma só vez.

Cadeira de rodas: manual ou motorizada, estando sentado, em uma superfície plana, livre de riscos, um mínimo de 45 metros de uma só vez.

Engatinhar: inclui rastejar ou engatinhar sobre uma superfície plana, livre de perigos físicos, mínimo de 15 metros de uma só vez, de forma segura e sem ajuda.

Orientações: Quando classificar o item avaliar em primeiro lugar a distância percorrida pela criança; em segundo lugar, avaliar a quantidade de ajuda que a criança requer. O modo de locomoção deve ser o mesmo para a admissão e alta. Se a criança usa uma combinação de modos de locomoção com a mesma frequência, indique ambos. Se o modo de locomoção da criança permanece o mesmo para a admissão e alta, ou de avaliação para avaliação, siga estes passos:

Na admissão:

- Determinar a forma mais frequente de locomoção.
- Avaliar a distância percorrida pela criança.
- Avaliar a quantidade de auxílio que a criança necessita.
- Determinar a classificação adequada.
- Escolha o modo apropriado (D para deambulação, C para cadeira de rodas, E para engatinhar)

Na alta:

- Avaliar a distância percorrida pela criança.
- Avaliar a quantidade de auxílio que a criança necessita.
- Determinar a classificação adequada.
- Escolha o mesmo modo que você marcou na admissão (D para deambulação, C para Cadeira de rodas, E para engatinhar)

Espera-se que a locomoção da criança mude desde a admissão até a alta, ou a partir de avaliação para avaliação, siga estes passos.

Na admissão:

- Avaliar a distância percorrida pela criança para ambos os modos.
- Avaliar a quantidade de auxílio que a criança necessita para ambos os modos.
- Determinar a classificação apropriada para ambos os modos.

Na alta:

- Determinar a forma mais frequente de locomoção.
- Avaliar a distância percorrida pela criança.
- Avaliar a quantidade de ajuda que a criança requer.

- Ajuste os modos de admissão e as classificações provisórias de admissão para corresponder ao modo que representa a forma mais frequente de locomoção na alta. Por exemplo: se a criança tem progredido de usar uma cadeira de rodas para andar, entrar apenas a classificação para a admissão Caminhada desconsiderar a classificação admissão para cadeira de rodas. Se o criança continua a usar uma cadeira de rodas como a forma mais frequente de locomoção, no entanto, entrar apenas a classificação para cadeira de rodas na admissão, desconsiderando a classificação de admissão para a caminhada.

Se o modo de locomoção altera, que é possível para a criança a receber uma maior avaliação na admissão e uma avaliação mais baixa na alta (por exemplo, 6 para a cadeira de rodas na admissão e 5 para a caminhada na alta). Para refletir com precisão o progresso da criança, é necessário para controlar o modo de locomoção, fazendo a correspondência.

Se a criança necessita de um dispositivo de assistência para a caminhada (por exemplo, prótese, andador, órtese suropodálica, sapato adaptado, e RGO), o nível da criança não será superior a 6.

Se a criança usar uma cadeira de rodas, as classificações que podem ser utilizadas são: 6, 5, 4, 3, 2 e 1.

Se a criança engatinha, as classificações que podem ser utilizadas são: 5, 4, 3, 2 e 1.

Definições: Um grau de inclinação de 3 é uma inclinação muito leve, equivalente a uma cadeira de rodas girando sobre uma soleira de porta.

SEM AJUDA:

7 - Independência Completa: A criança anda com segurança um mínimo de 45 metros, sem auxílio de um cuidador e sem um dispositivo de apoio (incluindo uma cadeira de rodas).

6 - Independência Modificada:

Deambular: A criança anda um mínimo de 45 metros, sem auxílio de um cuidador, e um ou mais dos seguintes itens forem verdadeiros:

- A criança usa um dispositivo de apoio ou adaptação (por exemplo, órtese, prótese em membro inferior, sapatos especiais, bengala, muletas ou andadores) para andar.
- A criança leva um tempo acima do razoável para andar.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela anda.

Cadeira de Rodas: A criança toca a cadeira de rodas um mínimo de 45 metros, sem auxílio de um cuidador; dá voltas; manobra a cadeira até a mesa, cama ou vaso sanitário; consegue transpor uma inclinação de pelo menos 3 graus; manobra a cadeira de rodas sobre tapetes e soleiras de portas ou espaços apertados.

5 – **Exceção:**

Deambular: A criança anda um mínimo de 15 metros sem auxílio de um cuidador, com ou sem um dispositivo de apoio.

Cadeira de rodas: A criança toca a cadeira de rodas pelo menos 15 metros sem auxílio de um cuidador.

Engatinhar: A criança engatinha pelo menos 15 metros - o suficiente para passar por pelo menos dois quartos.

COM AJUDA:

5 - **Supervisão ou Preparação:**

Deambular: A criança anda pelo menos 45 metros, mas requer supervisão (alguém ao lado, com ou sem encorajamento ou sugestão). Exemplo: A criança anda 60 metros sem auxílio, mas um cuidador deve encorajar a criança a começar a andar.

Cadeira de Rodas: A criança toca a cadeira de rodas um mínimo de 45 metros, mas requer supervisão (alguém ao lado, com ou sem encorajamento ou sugestão).

4 - **Assistência Mínima:**

Deambular: A criança executa 75% ou mais do esforço para caminhar um mínimo de 45 metros. Exemplo: A criança anda 45 metros, precisando apenas de um toque de um cuidador para realizar as tarefas.

Cadeira de rodas: A criança realiza 75% ou mais do esforço para tocar uma cadeira de rodas um mínimo de 45 metros.

Engatinhar: A criança engatinha pelo menos 9 metros. Exemplo: A criança engatinha 12 metros, passando de uma sala para outra.

3 - Assistência Moderada:

Deambular: A criança realiza 50% a 74% do esforço de caminhar um mínimo de 45 metros.

Cadeira de Rodas: A criança realiza 50% a 74% do esforço para tocar a cadeira de rodas um mínimo de 45 metros.

Engatinhar: A criança engatinha pelo menos 4,5 metros. Exemplo: A criança engatinha 6 metros, ela muda de posição dentro de uma quarto individual.

2 - Assistência Máxima:

Deambular: a criança realiza 25% a 49% do esforço para caminhar um mínimo de 15 metros, necessitando de ajuda de um cuidador.

Cadeira de rodas: A criança realiza 25% a 49% do esforço para tocar uma cadeira de rodas um mínimo de 15 metros, exigindo ajuda de apenas um cuidador.

1 - Assistência Total: Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança realiza menos de 25% ou nenhum esforço para caminhar ou operar uma cadeira de rodas, um mínimo de 15 metros.
- A criança anda ou toca a cadeira de rodas a menos de 15 metros.
- A criança necessita de ajuda de dois cuidadores para caminhar ou tocar a cadeira de rodas.
- A criança engatinha menos de 4,5 metros.
- A criança não se desloca.

LOCOMOÇÃO: (ESCADAS)

Inclui subir e descer um lance de escadas (12-14 degraus) dentro de casa.

Orientações: Quando classificar esse item avaliar em primeiro lugar o número de escadas que a criança sobe e desce e em segundo lugar avaliar o nível de auxílio que a criança necessita.

Definição de lance de escadas: Um lance consiste em 12-14 degraus.

SEM AJUDA:

7 - **Independência Completa:** A criança sobe e desce pelo menos um lance de escadas sem corrimão ou apoio. Executa com segurança.

6 - **Independência Modificada:** A criança sobe e desce pelo menos um lance de escada sem auxílio de um cuidador, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo de apoio, como um corrimão ou algum tipo de apoio.
- A criança leva um tempo acima do razoável.
- Há uma preocupação com a segurança da criança.

5 – **Exceção (deambulação doméstica):** A criança sobe e desce 4 a 6 degraus independentemente, com ou sem dispositivo de apoio, e um ou ambos dos seguintes itens são verdadeiros:

- A atividade leva um tempo acima do razoável.
- Há uma preocupação com a segurança da criança.

COM AJUDA:

5 – **Supervisão ou preparação:** A criança necessita de supervisão (alguém ao lado, encorajando, sugestão ou incentivo) para subir e descer um lance de escadas. Exemplo: A criança sobe e desce um lance de escadas, sem auxílio, mas um cuidador deve encorajar a criança a subir as escadas.

4 - **Assistência Mínima:** A criança executa 75% ou mais do esforço para subir e descer um lance de escadas. Exemplo: A criança precisa de apenas um toque para realizar as tarefas de subir e descer um lance de escadas.

3 - **Assistência Moderada:** A criança realiza 50% a 74% do esforço para subir e descer um lance de escadas. Exemplo: Um cuidador fornece ajuda moderada quando a criança sobe e desce um lance de escadas, fornecendo apoio e avançando o pé para cada passo.

2 - **Assistência Máxima:** A criança realiza 25% a 49% do esforço para subir e descer 4-6 degraus. Requer ajuda de apenas um cuidador. Exemplo: Um cuidador fornece ajuda máxima quando a criança vai subir e descer 4-6 degraus.

1 - **Assistência Total:** Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança realiza menos de 25% ou nenhum esforço para subir escadas.
- A criança sobe e desce menos de 4 degraus ou é transportado.
- A criança requer o apoio de dois cuidadores para subir escadas.

COMPREENSÃO

Inclui a compreensão da comunicação auditiva ou visual (por exemplo, a fala, escrita, sinais manuais, gestos ou imagens).

Orientações: avaliar a compreensão da criança e, em seguida, indicar o modo mais frequente de compreensão, auditiva ou visual. Se ambas são usadas igualmente, marcar ambas.

A avaliação da criança para a compreensão deve ser baseada na linguagem habitual da criança, que pode não ser o português. Você pode precisar da ajuda de um intérprete para classificar a criança para a compreensão. Não considerar o papel de um intérprete quando classificar a compreensão.

Facilitação: falar mais lentamente, repetir, realçar palavras, frases e pausas, sugerir por gestos ou visualmente.

Comando de várias etapas independentes: Uma série de instruções verbais em que o feedback de realizar uma tarefa não dá pistas para a realização de outras tarefas. Exemplo: "jogar fora os brinquedos, lavar as mãos, e pegue o seu casaco."

Comando de várias etapas relacionadas: Uma série de instruções verbais em que o feedback de realizar uma tarefa dá pistas para a realização de outras tarefas. Exemplo: "Pegue sua camisa, calça e meias."

SEM AJUDA

7 - **Independência completa:** A criança entende conversas diárias e realiza três tarefas independentes sem a facilitação de um cuidador, sem um dispositivo auxiliar, e não necessariamente em português.

6 - **Independência modificada:** Na maioria das situações, a criança entende conversas diárias prontamente ou com apenas leve dificuldade e realiza três tarefas independentes sem facilitação de um cuidador, e um ou ambos dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo auxiliar (como um aparelho auditivo, auxílio visual, ou dispositivo de comunicação).
- A criança necessita de um tempo a mais que o normal para compreender a informação.

COM AJUDA:

5 – **Facilitação Potencial:** A criança compreende conversas diárias em mais de 90% do tempo e realiza três tarefas relacionadas. Requer facilitação em menos de 10% do tempo.

4 – **Facilitação Mínima:** A criança compreende conversas diárias em 75% a 90% do tempo e realiza duas tarefas independentes, em não mais do que 25% do tempo.

3 – **Facilitação Moderada:** A criança entende conversas diárias em 50% a 74% do tempo e realiza duas tarefas relacionadas, requer facilitação em mais de 25% do tempo.

2 – **Facilitação Máxima:** Um ou ambos dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança entende conversações diárias em 25% a 49% do tempo.
- A criança entende apenas palavras simples (como "não"), o seu próprio nome, frases curtas, ou um comando com gestos (por exemplo, apontando o dedo e dizendo "pare").

1 - **Assistência Total:** Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança entende conversas diárias em menos de 25% do tempo de comunicação.
- A criança não entende palavras simples e comumente utilizados (como "Olá"), frases curtas (como "venha aqui"), ou gestos (por exemplo, acenando olá e adeus).
- A criança não responde de forma apropriada ou consistente.

EXPRESSÃO

Inclui a expressão oral ou não com clareza das ideias e necessidades básicas. Inclui a fala inteligível ou a expressão clara da linguagem através da escrita, gestos, sinais manuais, ou dispositivos de comunicação.

Diretrizes: Avaliar e indicar o modo mais comum de expressão, se oral ou não. Se ambos são usados com a mesma frequência, marque ambos. O modo de utilização de expressão não precisa continuar sendo o mesmo de avaliação para avaliação. Expressão deve ser baseada na linguagem habitual da criança, que pode ser uma língua diferente do português. Você pode precisar da ajuda de um intérprete para avaliar a criança para expressão. Não considerar o papel de um intérprete quando a expressão for de classificação.

Definições de idéias e necessidades básicas: necessidades diárias, tais como fome, sede, evacuação, higiene, sono, medo, dor, e outras necessidades fisiológicas.

SEM AJUDA:

7 - **Independência Completa:** A criança expressa necessidades básicas e idéias de forma clara e fluente, sem auxílio de um cuidador, sem um dispositivo, e não necessariamente em português.

6 - Independência Modificada: Na maioria das situações, a criança expressa necessidades básicas e ideias de forma relativamente clara ou com apenas leve dificuldade, sem auxílio de um cuidador, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança necessita de um dispositivo de amplificação sonora ou de comunicação.
- A criança leva um tempo acima do habitual para expressar suas ideias e necessidades básicas.

COM AJUDA:

5 – Facilitação Potencial: A criança expressa ideias e necessidades básicas de forma clara em mais de 90% do tempo, necessitando de facilitação (por exemplo, repetição frequente) em menos de 10% do tempo.

4 – Facilitação Mínima: A criança expressa ideias e necessidades básicas de forma clara em 75% a 90% do tempo.

3 – Facilitação Moderada: A criança usa palavras, gestos e imagens para expressar ideias e necessidades básicas de forma clara em 50% a 74% do tempo. Requer facilitação em mais de 25% do tempo.

2 – Facilitação Máxima: A criança utiliza adequadamente "mamãe", "papai", e outras palavras simples e gestos para expressar ideias e necessidades básicas diárias de forma clara em 25% a 49% do tempo. Requer facilitação em mais de 50% do tempo.

1 – Assistência Total:

- A criança expressa ideias e necessidades básicas de forma clara em menos de 25% do tempo.
- A criança não exprime as necessidades básicas de forma apropriada ou consistente.

INTERAÇÃO SOCIAL

Inclui interagir adequadamente com outras crianças em jogos e situações sociais. Esta interação inclui conviver, cooperar e participar com os outros. Representa a forma como a criança lida com suas próprias necessidades, juntamente com as necessidades de outras crianças.

Orientações: classificar a interação entre a criança e outras crianças, não entre a criança e um adulto.

Exemplos de comportamentos socialmente inadequados incluem acessos de raiva, riso ou choro, linguagem suja ou abusiva, agressões físicas, comportamento retraído ou não interativo.

SEM AJUDA

7 - Independência Completa: a criança interage de forma segura e adequada com colegas e apresenta autocontrole razoável (Por exemplo, controla seu temperamento, aceita críticas, tem consciência de que as palavras e ações têm impacto sobre os outros), sem a supervisão de um adulto e sem medicação para controlar seu comportamento.

6 - Independência Modificada: A criança interage adequadamente, sem supervisão de um cuidador, e um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança perde o controle apenas ocasionalmente.
- A criança leva um tempo acima do razoável para se ajustar nas situações sociais.
- A criança requer um ambiente adaptado (por exemplo, uma sala com iluminação ajustada) para a interação.
- A criança necessita de medicamento para controle.
- Há uma preocupação com a segurança da criança, quando ela interage.

COM AJUDA:

5 – Supervisão: A criança interage de forma adequada, mais de 90% do tempo, e um ou ambos itens são verdadeiros:

- A criança requer supervisão (acompanhamento, controle verbal, sugestão, incentivo) menos de 10% do tempo apenas em situações incomuns ou sob tensão.
- Um adulto supervisiona a criança a uma distância.

4 – **Orientação Mínima:** A criança interage de forma adequada 75% a 90% do tempo, necessita de um cuidador para organizar o seu jogo ou atividades sociais, não mais de 25% do tempo (por exemplo, durante o jogo em grupo). Exemplo: A criança necessita de ajuda ocasional com problemas, mas pode jogar independentemente. Um adulto resolve os conflitos ocasionais.

3 - **Orientação Moderada:** A criança interage adequadamente 50% a 74% do tempo, precisando de um cuidador para organizar o seu jogo ou atividades sociais, não mais do que 50% do tempo. Exemplo: Um adulto inicia o jogo e evita ou resolve conflitos em 50% do tempo.

2 - **Orientação Máxima:** A criança interage adequadamente 25% a 49% do tempo, necessitando de um cuidador para organizar seus jogo ou atividades sociais, mais de 50% do tempo. Exemplo: A criança interage com os colegas, mas apenas por curtos períodos de tempo. A criança começa uma brincadeira paralela.

1 - **Assistência Total:** Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança interage adequadamente em menos de 25% do tempo.
- Um adulto tem que estruturar todas as atividades lúdicas da criança (exemplo um jogo solitário ou sensorio-motor).
- A criança necessita da ajuda de dois cuidadores para interagir de forma adequada.

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Inclui reconhecer os problemas cotidianos quando eles ocorrem, iniciando planos para resolvê-los, modificando os planos até o problema ser resolvido, e aplicando-se correções, se erros são feitos. Inclui tomar decisões razoáveis, seguras e oportunas para os problemas cotidianos.

Definições de problemas cotidianos: Inclui tarefas diárias, eventos não planejados, e perigos que ocorrem durante as atividades diárias. Exemplos mais específicos

incluem a pedir ajuda de forma apropriada e tentar pegar um objeto que está fora de alcance.

SEM AJUDA:

7 - **Independência Completa:** a criança reconhece de forma segura e consistente um problema, toma decisões apropriadas, dá início a uma sequência de etapas para resolver problemas até concluir o trabalho, aplicando correções quando comete erros, sem ajuda de um cuidador.

6 - **Independência Modificada:** a maioria das situações, a criança reconhece que existe um problema e, com pequena dificuldade, toma decisões apropriadas e inicia uma sequência de etapas para resolver problemas, sem a ajuda de um cuidador, e um ou ambos itens são verdadeiros:

- A criança leva uma quantidade de tempo acima do razoável para tomar decisões apropriadas ou para resolver os problemas.
- Há uma preocupação com a segurança da criança.

COM AJUDA:

5 – **Supervisão:** a criança resolve problemas diários, em mais de 90% do tempo e requer supervisão (sugerindo ou incentivando) em até 10% do tempo, sob condições incomuns ou sob tensão.

4 - **Orientação Mínima:** a criança resolve problemas diários em 75% a 90% do tempo.

3 - **Orientação Moderada:** a criança resolve problemas do cotidiano em 50% a 74% do tempo.

2 - **Orientação Máxima:** a criança resolve problemas do cotidiano em 25% a 49% do tempo e precisa de orientação em mais de 50% do tempo, para dar início, planejar ou completar atividades diárias elementares. Podem ser necessárias restrições de contatos para haver segurança.

1 - **Assistência Total:** Um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança raramente reconhece que existe um problema.

- A criança resolve problemas cotidianos em menos de 25% do tempo.
- A criança requer uma orientação constante para completar atividades diárias simples.
- Podem ser necessárias restrições para haver segurança.

MEMÓRIA

Inclui habilidades relacionadas ao reconhecer e lembrar ao realizar atividades diárias. Inclui o armazenamento e recuperação de informações, principalmente verbal e visual. A evidência funcional na memória inclui reconhecer pessoas vistas com frequência, lembrança das rotinas diárias, e execução de tarefas sem alguém ter que as recordar. Um déficit de memória prejudica a aprendizagem, bem como o desempenho das tarefas.

Nota: evidência funcional de memória em crianças muito jovens podem ser limitadas a monitores de antecipação e reconhecimento (por exemplo, mudança de comportamento, expressão facial e vocalizações).

SEM AJUDA

7 - Independência Completa: a criança reconhece as pessoas que encontra com frequência, lembra rotinas diárias, e executa tarefas sem necessidade de repetição por um cuidador.

6 - Independência Modificada: A criança reconhece as pessoas que encontra com frequência, lembra rotinas diárias, e executa tarefas sem necessidade de repetição por um cuidador, além disso, um ou mais dos seguintes itens são verdadeiros:

- A criança faz isso com leve dificuldade.
- A criança precisa de mais tempo que o habitual.
- A criança usa um dispositivo de apoio (por exemplo, um livro de memória) para fazê-lo.

COM AJUDA

5 – **Supervisão:** A criança reconhece e se lembra de mais de 90% do tempo, o que requer facilitações (sugestão, repetições, lembranças) apenas sob condições pouco habituais ou de tensão. A criança relaciona aspectos importantes sobre feriados, aniversários, e eventos especiais.

4 – **Facilitação Mínima:** a criança reconhece e lembra-se em 75% a 90% do tempo, o que requer de facilitação no resto do tempo. A criança lembra partes de atividades ou eventos, depois que um cuidador fornece uma ajuda inicial como "O que aconteceu em seguida na história?" ou "Onde é que vamos hoje?"

3 – **Facilitação Moderada:** a criança reconhece e lembra-se em 50% a 74% do tempo, o que requer facilitação o resto do tempo. A criança diz ou age com partes de rimas familiares ou músicas por exemplo: A criança canta ou cantarola partes de "ciranda, cirandinha" ou "marcha soldado" por si mesmo, necessitando de facilitação com o resto.

2 – **Facilitação Máxima:** a criança reconhece e lembra-se em 25% a 49% do tempo, necessitando de facilitação no resto do tempo. A criança memoriza a localização de brinquedos e outros itens depois de um curto período de tempo.

1 - **Assistência Total:** a criança reconhece e lembra-se em menos de 25% do tempo. A criança pode mostrar antecipação em eventos no cuidado diário que ocorrem com frequência. Reconhece brinquedos familiares ou pessoas. Antecipação ou reconhecimento pode ser comprovado por uma mudança de comportamento, expressão facial ou vocalizações.

Anexo 05:

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DA FUNÇÃO MOTORA GROSSA – EXPANDIDO E REVISADO (PALISANO et al, 2007):

Antes do 2º Aniversário:

Nível I – os bebês assumem e saem da posição sentada e sentam-se no chão com ambas as mãos livres para manipular objetos. Engatinham com as mãos e joelhos puxam-se para ficar em pé e trocam passos segurando nos móveis. Andam entre 18 meses e dois anos de idade sem a necessidade de qualquer instrumento de auxílio a mobilidade.

Nível II – os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem precisar usar suas mãos como suporte para manter o equilíbrio. Rastejam de barriga ou engatinham com as mãos e joelhos. Podem puxar-se para ficar em pé e trocar passos segurando nos móveis.

Nível III – os bebês mantêm-se sentados no chão quando suportados em tronco inferior. Rolam e arrastam-se para frente de barriga.

Nível IV – os bebês têm controle de cabeça, mas suporte em tronco é necessário para sentar-se no chão. Conseguem rolar a supino e podem rolar a prono.

Nível V – os prejuízos físicos limitam o controle voluntário do movimento. Os bebês são incapazes de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco em prono e sentado. Precisam da ajuda de um adulto para rolar.

Entre o 2º e o 4º Aniversário:

Nível I – as crianças sentam-se no chão com ambas as mãos livres para manipular objetos. Movimentos de assumir e sair da posição sentada e em pé são realizados sem a ajuda de um adulto. Andam como meio preferido de locomoção sem a necessidade de qualquer tipo de instrumento de auxílio à mobilidade.

Nível II – as crianças sentam-se no chão, mas podem ter dificuldades no equilíbrio quando ambas as mãos estão livres para manipular objetos. Movimentos de assumir e sair da postura sentada são realizados sem a ajuda de um adulto. Puxam-se para ficar em pé em superfícies estáveis. Engatinham em mãos e joelhos com padrão

reciprocado, deslocam-se segurando na mobília e andam usando um instrumento de auxílio à mobilidade como métodos preferidos de locomoção.

Nível III – as crianças mantêm-se sentadas no chão frequentemente em “W” (sentada entre quadris e joelhos fletidos e rodados internamente) e podem precisar da ajuda de um adulto para assumir o sentado. Arrastam-se de barriga ou engatinham em mãos e joelhos (frequentemente sem os movimentos recíprocos das pernas) como métodos primários de automobildade. Podem puxar-se para ficar em pé em uma superfície estável e deslocar-se por curtas distâncias. Podem andar por curtas distâncias em ambientes internos usando um aditamento manual de mobilidade (andador) e ajuda de um adulto para guiar e virar.

Nível IV – as crianças sentam-se no chão quando colocadas, mas são incapazes de manter alinhamento e equilíbrio sem o uso das mãos para suporte. Frequentemente precisam de adaptações para sentar ou ficar em pé. Automobildade para curtas distâncias (dentro de um quarto) é atingida através do rolar, arrastar de barriga ou engatinhar em mãos e joelhos sem movimentos recíprocos das pernas.

Nível V – prejuízos físicos restringem o controle voluntário do movimento e a habilidade de manter posturas antigravidade de tronco e cabeça. Todas as áreas da função motora estão limitadas. Limitações funcionais nas posturas sentadas e em pé não são totalmente compensadas pelo uso de equipamentos adaptativos e tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm meios de movimento independente e são transportadas. Algumas crianças atingem a automobildade usando uma cadeira de rodas motorizada com adaptações extensivas.

Entre o 4° e o 6° Aniversário:

Nível I - as crianças sentam-se em uma cadeira, mantêm-se sentadas nela e saem dela sem a necessidade de apoio das mãos. Passam do chão e de uma cadeira para em pé sem a necessidade de objetos para apoiar. Andam em ambientes internos e externos e sobem escadas. Habilidade emergente para correr e pular.

Nível II – as crianças sentam em uma cadeira com ambas as mãos livres para manipular objetos. Movem-se do chão para em pé e de sentados em uma cadeira para em pé, mas frequentemente necessitam de uma superfície estável para empurrar ou puxar com seus braços. Andam sem a necessidade de aditamento

manual de mobilidade em ambientes internos e por curtas distâncias em superfícies planas em ambientes externos. Sobem escadas segurando em um corrimão, mas são incapazes de correr ou pular.

Nível III – as crianças sentam-se em cadeira regular, mas podem precisar de suporte em pelve ou tronco para maximizar a função manual. Sentam-se em uma cadeira e saem dela usando uma superfície estável para empurrar ou puxar com seus braços. Andam com aditamentos manuais de mobilidade em superfícies planas e sobem escadas com a ajuda de um adulto. Frequentemente são transportadas quando percorrendo longas distâncias ou em ambientes externos em terreno irregular.

Nível IV – as crianças sentam-se em uma cadeira, mas precisam de adaptações para controle do tronco e para maximizar função manual. Movem-se para sentar ou sair de uma cadeira com ajuda de um adulto ou uma superfície estável para empurrar ou puxar com seus braços. Podem, na melhor das hipóteses, andar por curtas distâncias com um andador e supervisão de um adulto, mas têm dificuldades em virar e manter o equilíbrio em superfícies irregulares. São transportadas na comunidade. Podem atingir a automobildade usando uma cadeira de rodas motorizada.

Nível V – prejuízos físicos restringem o controle voluntário do movimento e a habilidade de manter posturas antigravidade de tronco e cabeça. Todas as áreas da função motora estão limitadas. Limitações funcionais nas posturas sentadas e em pé não são totalmente compensadas pelo uso de equipamentos adaptativos e tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm meios de movimentos independentes e são transportadas. Algumas crianças atingem a automobildade usando uma cadeira de rodas motorizada com adaptações extensivas.

Entre o 6° e o 12° Aniversário:

Nível I – as crianças andam em casa, na escola, em ambientes externos e na comunidade. São capazes de subir e descer escadas sem o uso de um corrimão. Desempenham habilidades motoras grossas como correr e pular, mas velocidade, equilíbrio e coordenação estão limitados. Podem participar de atividades físicas e esportes, dependendo de escolhas pessoais e fatores ambientais.

Nível II – as crianças andam na maioria dos locais. Podem experimentar dificuldades em andar longas distâncias e equilibrar-se em terrenos irregulares, inclinações, aglomerações de pessoas, espaços confinados ou quando carregando objetos. Sobem e descem escadas segurando em um corrimão, ou com assistência física se não houver corrimão. Em ambientes externos e na comunidade, podem andar com assistência física, um aditamento manual de mobilidade, ou usar mobilidade com rodas quando percorrendo longas distâncias. Têm, na melhor das hipóteses, somente habilidade mínima para desempenhar habilidades motoras grossas como correr e pular. Limitações na performance de habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para possibilitar participação em atividades físicas e esportes.

Nível III – as crianças andam usando um aditamento manual de mobilidade na maioria dos locais em ambientes internos. Quando sentadas, podem necessitar de um cinto para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para em pé requerem assistência física de uma pessoa ou superfície de suporte. Quando percorrendo longas distâncias, usam alguma forma de mobilidade com rodas. Podem subir e descer escadas segurando no corrimão com supervisão ou assistência física. Limitações na marcha podem necessitar de adaptações para possibilitar participação em atividades físicas e esportes, incluindo autopulsão de cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV – as crianças usam métodos de mobilidade que requerem assistência física ou mobilidade motorizada na maioria dos locais. Necessitam de sentar adaptado para controle de tronco e pelve e assistência física para a maioria das transferências. Em casa, usam mobilidade no chão (rolar, arrastar ou engatinhar), andam curtas distâncias com assistência física, ou usam mobilidade motorizada. Quando posicionados, podem usar um andador com suporte para o corpo em casa ou na escola. Na escola, ambientes externos e na comunidade, são transportadas, em cadeira de rodas manual ou usam mobilidade motorizada. Limitações na mobilidade necessitam de adaptações para possibilitar a participação em atividades físicas e esportes, incluindo assistência física e/ou mobilidade motorizada.

Nível V – as crianças são transportadas em cadeira de rodas manual em todos os locais. São limitadas em sua habilidade para manter posturas antigravidade de

cabeça e tronco e para controlar movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é usada para melhorar o alinhamento de cabeça, o sentar, a postura em pé e/ou mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas por equipamento. Transferências requerem assistência física completa de um adulto. Em casa, podem mover-se por curtas distâncias no chão ou podem ser carregadas por um adulto. Podem atingir automobildade usando mobilidade motorizada com adaptações extensivas para sentar e controlar o acesso. Limitações na mobilidade necessitam de adaptações para possibilitar participação em atividades físicas e esportes incluindo assistência física e usando mobilidade motorizada.

Entre o 12° e o 18° Aniversário:

Nível I – os jovens andam em casa, escola, ambientes externos e na comunidade. São capazes de subir e descer degraus / calçadas sem assistência física e escada sem o uso de um corrimão. Desempenham habilidades motoras grossas como correr e pular, mas velocidade, equilíbrio e coordenação estão limitados. Podem participar de atividades físicas e esportes dependendo de escolhas pessoais e fatores ambientais.

Nível II – os jovens andam na maioria dos locais. Fatores ambientais (como terrenos irregulares, inclinações, longas distâncias, demandas de tempo, condições do tempo (meteorológicas) e aceitabilidade do semelhante) e preferências pessoais influenciam nas escolhas de mobilidade. Na escola ou trabalho, podem andar usando um aditamento manual de mobilidade para segurança. Em ambientes externos e na comunidade podem usar mobilidade com rodas quando percorrendo longas distâncias. Sobem e descem escadas segurando no corrimão ou com assistência física se não houver corrimãos. Limitações na performance de habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para possibilitar participação em atividades físicas e esportes.

Nível III – os jovens são capazes de andar usando um aditamento manual de mobilidade. Comparados a indivíduos em outros níveis, jovens no nível III demonstram mais variabilidade em métodos de mobilidade, dependendo da habilidade física e fatos ambientais e pessoais. Quando sentados, podem precisar de um cinto para alinhamento pélvico e equilíbrio. Transferências de sentado para em pé e do chão para em pé requerem assistência física de uma pessoa ou

superfície de suporte. Na escola, podem tocar uma cadeira de rodas manual ou usar mobilidade motorizada. Em ambientes externos e na comunidade, são transportados em uma cadeira de rodas ou usam mobilidade motorizada. Podem subir e descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. Limitações na marcha podem necessitar de adaptações para possibilitar participação em atividades físicas e esportes incluindo autopropulsão de cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

Nível IV – os jovens usam mobilidade com rodas na maioria dos locais. Necessitam do sentar adaptado para controle de pelve e tronco. Assistência física de uma ou duas pessoas é necessária para transferências. Podem sustentar peso com suas pernas para ajudar nas transferências em pé. Em ambientes externos, podem andar curtas distâncias com assistência física, usar mobilidade com rodas ou, quando posicionados, usar um andador com suporte para o corpo. São fisicamente capazes de operar uma cadeira de rodas motorizada. Quando uma cadeira de rodas motorizada não é possível ou não está disponível, são transportados em cadeira de rodas manual. Limitações na mobilidade necessitam de adaptações para possibilitar participação em atividades físicas e esportes, incluindo assistência física e/ou mobilidade motorizada.

Nível V – os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual em todos os locais. São limitados em sua habilidade para manter posturas antigravidade de cabeça e tronco e para controlar movimentos de braços e pernas. Tecnologia assistiva é usada para melhorar o alinhamento de cabeça, o sentar, a postura em pé e mobilidade, mas limitações não são totalmente compensadas por equipamento. Assistência física de uma ou duas pessoas ou elevador mecânico é necessário para transferências. Podem atingir a automobilidade usando mobilidade motorizada com adaptações extensivas para sentar e controlar o acesso. Limitações na mobilidade necessitam de adaptações para possibilitar participação em atividades físicas e esportes incluindo assistência física e usando mobilidade motorizada.

Anexo 06: Acordo para Licença de Uso em Pesquisa Internacional

INTERNATIONAL RESEARCH LICENSE AGREEMENT

THIS AGREEMENT, dated May 7, 2012, is between **UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION**, a division of UB Foundation Activities, Inc., a New York not-for-profit corporation with an address at 270 Northpointe Parkway, Suite 300 Amherst, New York 14228 (“UDSMR”); and **DR. VIVIANE P. SARMENTO** with an address at Rua Dr. Jose Sampaio Luz, 1103, ap.602. Ponta Verde. Maceió – Alagoas. Brazil. CEP 57035-260. (“Licensee”).

Introductory Statement. UDSMR developed and is the owner of all copyrights and other rights and interests in and to (1) certain rehabilitation outcomes measurement instruments listed or described on Schedule A to this Agreement (the “Licensed Instruments”), and (2) certain copyrighted materials related to the Licensed Instruments listed on Schedule B to this Agreement (the “Copyrighted Materials”).

Licensee desires to obtain from UDSMR a license to use the Licensed Instruments and to have access to the Copyrighted Materials for the purpose of conducting certain research as more fully described on Schedule C to this Agreement (the “Research”). UDSMR has agreed to grant the foregoing licenses to Licensee upon and subject to the terms and conditions of this Agreement.

Therefore, in consideration of the mutual covenants and agreements contained in this Agreement, and for other good and valuable consideration the receipt of which is acknowledged, Licensee and UDSMR agree as follows:

1. License Grants.

(a) Licensed Instruments. UDSMR hereby grants to Licensee a non-exclusive, limited, revocable license to use the Licensed Instruments and the Copyrighted Materials solely and exclusively for purposes of conducting the Research.

(b) Terms and Limitations.

(i) Licensee shall not, except with the express prior written consent of UDSMR, (a) use any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials other than for recording, compiling and analyzing data for Licensee’s internal purposes in connection with the Research, (b) copy or otherwise reproduce any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials, (c) amend, alter, supplement, delete or otherwise change any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials or make any enhancements or improvements to, or any derivative works of, any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials or (d) sublicense or otherwise permit any third party to use any Licensed Instrument or any of the Copyrighted Materials or to do anything described in clauses (b) or (c) of this sentence. Without limiting the foregoing, Licensee shall not, nor shall it permit any third party to, translate any of the Copyrighted Materials from the English language into any other language.

(ii) Nothing in this Agreement shall be construed to grant to Licensee the right to use any proprietary measurement scale or system of UDSMR other than the Licensed Instruments.

(iii) Publications. UDSMR acknowledges and understands that Licensee may author and publish articles or other documents relating to the Research. Licensee acknowledges and understands that UDSMR has an interest in assuring that any published materials relating to the Research comply with the requirements of Sections 4 and 5 of this Agreement and relate to matters that are within the scope of the Research as it is described in this Agreement. Therefore, Licensee agrees that prior to publication of any article or other document relating to the Research, Licensee shall submit such article or document to UDSMR for review via email to legalinfo@udsmr.org. UDSMR's review will be limited to verifying that (a) Licensee has complied with its obligations under Sections 4 and 5 of this Agreement and (b) the article or other document does not indicate that UDSMR's intellectual property was used in any manner not authorized under this Agreement. Licensee agrees to make any reasonable revisions to the article or other document that UDSMR recommends as a result of its review. All of Licensee's articles relating to the Research that are published after Licensee has complied with the requirements of this Section 1(b)(iv) will be included in UDSMR's website bibliography.

(iv) Notwithstanding any other provision in this Agreement, Licensee grants permission to UDSMR to include basic study and contact information on UDSMR's website following execution of this agreement.

(v) Licensee is prohibited from using the Materials on behalf of any affiliate, agent, subsidiary or any other third party. Licensee warrants and represents that they are not acting as an agent for or representative of any affiliate, subsidiary or other third party. Licensee understands and agrees that it is being authorized by this Agreement to use the Materials solely for its own research as described in Schedule C and shall not distribute any portion of the Materials or any data secured using same to any affiliate, subsidiary or other third party, for commercial purposes.

(vi) If it is determined by UDSMR that Licensee has used (or intends to use) the Materials to research on behalf of any third party using the Materials, whether Licensee does so in an outsourcing capacity or as part of a joint study of any kind or in partnership with any third party or for any commercial purpose whatsoever, then UDSMR may immediately terminate this license agreement retroactively and Licensee agrees it will destroy (or cause to be destroyed) all data secured using the Materials. In such event, Licensee shall be prohibited from using or accessing the Materials and Licensee shall immediately return to UDSMR all copies of the Materials.

2. Training; Mastery Testing. Licensee acknowledges and agrees that UDSMR requires that Licensee (including all clinicians who will participate in the Research) be trained and pass the Mastery Test for the Licensed Instruments prior to using or implementing

any of the Licensed Instruments to conduct the Research. In the event that Licensee chooses to be trained by UDSMR, UDSMR and Licensee shall cooperate and use their best efforts to schedule and administer training sessions at times and locations mutually acceptable to the parties. All fees to be charged by UDSMR for Mastery Tests shall be as set forth on Schedule D to this Agreement. Fees for training services shall be mutually negotiated between the parties.

3. License Fees. As consideration for the licenses granted to Licensee pursuant to Section 1, Licensee shall pay to UDSMR, simultaneously with the execution of this Agreement, those license fees set forth on Schedule D to this Agreement. All such fees shall be due and payable in full upon the execution of this Agreement, unless otherwise specified on Schedule D.

4. Intellectual Property Rights; Disclaimer.

(a) This is a License Agreement and not an agreement for sale. Licensee acknowledges that all copyrights and other right, title and interests in and to the Licensed Instruments and the Copyrighted Materials are and shall remain the sole and exclusive property of UDSMR. Licensee's use of the Licensed Instruments and the Copyrighted Materials shall inure to the benefit of UDSMR, and this Agreement shall not operate to transfer or convey to Licensee any ownership interest whatsoever in the Licensed Instruments or the Copyrighted Materials. Licensee shall take all steps reasonable and necessary to acknowledge UDSMR's ownership of and copyright rights to the Licensed Instruments and the Copyrighted Materials.

(b) Nothing contained in this Agreement shall be deemed to (i) give Licensee any right, title or interest in or to any trade name, trademark, service mark or logo belonging to UDSMR or any third party and contained in the Copyrighted Materials (collectively, the "Marks") or (ii) permit the Licensee to use any of the Marks for any purpose whatsoever; provided, however, that the Licensee may use and refer to the Marks as necessary in connection with its use of the Licensed Instruments and Copyrighted Materials in accordance with this Agreement so long as the Licensee at all times acknowledges the rights of UDSMR or the applicable third party in and to the Marks.

(c) Without limiting the generality of the preceding subsections 4(a) and 4(b), appropriate trademark, service mark and copyright notices shall be incorporated into and appear in any printed or published documentation or other tangible materials relating to or resulting from the Research or the exercise by Licensee of its rights and licenses under this Agreement insofar as any such materials refer to or incorporate any portion of the Licensed Instruments, Copyrighted Materials or Marks. Such notices shall be in substantially the following form:

"The WeeFIM[®] data set, measurement scale and impairment codes referenced herein are the property of Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc."

“The service marks and trademarks associated with the WeeFIM instrument are all owned by Uniform Data System for Medical Rehabilitation, a division of UB Foundation Activities, Inc.”

(d) Licensee acknowledges and understands that (i) Licensee does not currently subscribe to any of UDSMR’s data collection and reporting services, and (ii) the patient data collected by Licensee using the Licensed Instruments in the course of the Research will not be submitted to UDSMR for processing and will not be subjected to UDSMR’s proprietary error-checking and data processing protocols. Therefore, the data collected in the course of the Research may not meet the same level of uniformity, integrity and reliability as data that is processed by UDSMR. In addition, publication of the Research results may lead to an inference that the data collected for the Research has been processed by UDSMR or otherwise is comparable to data processed by UDSMR. Therefore, in order to avoid confusion as to the source of the data and to avoid any implication that UDSMR participated in the Research, Licensee agrees to include a disclaimer in substantially the following form as a footnote in any published report or other publication concerning the Research or the results thereof:

“The use of the WeeFIM® instrument to collect data for this research study was authorized and conducted in accordance with the terms of a special purpose license granted to Licensee by Uniform Data System for Medical Rehabilitation (a division of UB Foundation Activities, Inc., “UDSMR”). Licensee has not been trained by UDSMR in the use of the WeeFIM® instrument, and the patient data collected during the course of this research study has not been submitted to or processed by UDSMR. No implication is intended that such data has been or will be subjected to UDSMR’s standard data processing procedures or that it is otherwise comparable to data processed by UDSMR.”

5. Confidentiality. UDSMR may have provided and may in the future provide to Licensee certain proprietary and confidential data or information of UDSMR which is not generally available to the public and which UDSMR desires to keep confidential (“Confidential Information”). Licensee shall take all reasonable precautions to safeguard the confidential nature of all Confidential Information that UDSMR designates as being confidential, and any other specific precautions that UDSMR may reasonably request. Licensee shall not at any time, whether during or after the term of this Agreement, directly or indirectly, for its own account or on behalf of any third party, (a) sell, offer to sell, transfer, disclose, publish or otherwise make available any Confidential Information to any third party, (b) use any Confidential Information other than for the specific purposes for which it is disclosed pursuant to this Agreement, (c) market or otherwise profit from any Confidential Information, (d) reproduce or otherwise copy any Confidential Information other than as permitted in performing the Research or (e) license or offer to license any third party to use any Confidential Information. All Confidential Information disclosed by UDSMR shall at all times remain the personal property of UDSMR and all tangible items supplied to UDSMR which constitute Confidential Information, together with all copies thereof, shall be returned to UDSMR immediately upon demand.

6. Term and Termination.

(a) Term. Unless sooner terminated by mutual agreement of the parties or in accordance with any other provision of this Section 6, this Agreement shall be effective from the date of this Agreement until the termination of the Research, but in no event later than **AUGUST 31, 2013**.

(b) Termination of Licensee. Licensee may terminate this Agreement at any time by giving written notice to UDSMR.

(c) Default by Licensee. If Licensee shall at any time (i) fail to pay any license fee hereunder when due or (ii) commit a material default or breach of any of its agreements, covenants or obligations hereunder, and shall fail to remedy such default or breach within thirty (30) days after receipt of written notice from UDSMR specifying the nature of the default or breach, UDSMR may at its option terminate this Agreement immediately by notice in writing to Licensee.

(d) Termination of Licenses. If this Agreement is terminated under any of the provisions listed above, all rights and licenses granted to Licensee by UDSMR hereunder shall immediately terminate and Licensee shall immediately discontinue all use and destroy all copies and backups of the a) Licensed Instruments, b) Copyrighted Materials and Marks, and shall execute a Certificate of Destruction in verification of such upon UDSMR's request.

7. Survival. Notwithstanding expiration or termination of this Agreement for any reason, rights and obligations which by their nature should survive to fulfill the terms of this Agreement will remain in full force and effect. In particular (and not by way of limitation), the provisions of Sections 1(b), 4, 5, 6(d), 7, 8 and 9 of this Agreement shall survive the expiration or termination of this Agreement.

8. Limitation of Liability.

(a) To the maximum extent permitted by applicable law, UDSMR shall in no event have any responsibility or incur any liability to Licensee for (i) any direct damages, losses or expense incurred by Licensee or any other person as a result of Licensee's use of the Licensed Instruments or Copyrighted Materials, (ii) any consequential, incidental, indirect or special damages (including, but not limited to, lost profits) incurred by Licensee or any other person or (iii) any claim made by any person against Licensee other than a claim for which UDSMR is required to indemnify Licensee pursuant to Section 9 (b) of this Agreement.

9. Indemnity.

(a) Licensee shall indemnify, defend and hold harmless UDSMR and its officers, directors, employees, agents and representatives from and against all claims, damages, liabilities, costs and expenses whatsoever (including without limitation reasonable attorneys' fees and disbursements) incurred by UDSMR and arising out of or in connection with Licensee's use or misuse of the Licensed Instruments or Copyrighted Materials, or Licensee's breach of any provision of this Agreement.

(b) UDSMR shall indemnify, defend and hold harmless Licensee from and against all claims, damages, liabilities, costs and expenses whatsoever (including without limitation reasonable attorneys' fees and disbursements) incurred by Licensee and arising out of or in connection with any misrepresentation of UDSMR contained in this Agreement as to ownership of or rights to the Licensed Instruments or Copyrighted Materials, or UDSMR's breach of any provision of this Agreement.

10. Equitable Relief. Licensee acknowledges that any misuse or alteration of the Licensed Instruments or Copyrighted Materials, or any unauthorized disclosure of any Confidential Information will detrimentally affect UDSMR and the statistical integrity, reliability, uniformity and effectiveness of UDSMR's products and services related to the Licensed Instruments. Licensee further acknowledges and agrees that any breach or attempted breach of the covenants contained in this Agreement will cause irrevocable harm to UDSMR and that a remedy at law for any such breach would be inadequate. Therefore, Licensee agrees that UDSMR may, in any such instance, seek and obtain an injunction, specific performance or other available equitable remedies from a court of competent jurisdiction.

11. Assignment. This Agreement shall not be assignable or transferable by Licensee without the prior written consent of UDSMR.

12. General. This Agreement (a) shall be binding upon and inure to the benefit of each of UDSMR and Licensee and each of their respective successors and permitted assignees, (b) constitutes the entire agreement between UDSMR and Licensee with respect to the subject matter of this Agreement and supersedes all prior correspondence, negotiations, understandings and other writings between UDSMR and Licensee relating to such subject matter and (c) shall be governed by, and construed and interpreted in accordance with, the laws of the United States and the State of New York, without regard to principles of conflict of laws. Neither this Agreement nor any provision hereof may be waived, modified or amended, in whole or in part, orally or by any course of conduct but only by an agreement in writing duly executed by UDSMR and Licensee. If any Section or portion thereof of this Agreement shall be determined to be unenforceable or invalid, then such Section or portion thereof shall be modified in the letter and spirit of this Agreement to the minimum extent permitted by applicable law so as to be rendered enforceable and valid, and no such determination shall affect the remainder of this Agreement, which shall remain binding and effective against both parties.

13. Notices. All notices and other communications required to be given pursuant to this Agreement shall be deemed to have been validly given if (a) hand delivered, (b) delivered by first class mail, postage prepaid, return receipt requested, or by reputable overnight courier service to the address of the appropriate party set forth below, or to such other address as such party shall designate by written notice pursuant to this Section, or (c) sent via facsimile transmission with a hard copy delivered using one of the methods described in (a) or (b) above, effective in each case upon date of receipt.

UDSMR: Uniform Data System for Medical Rehabilitation
270 Northpointe Parkway, Suite 300
Amherst, New York 14228
Attention: Legal Services Department
Telephone: 716.817.7800
Fax: 716.568.0037

Licensee: Dr. Viviane P. Sarmiento
Rua Dr. Jose Sampaio Luz, 1103. ap.602
Ponta Verde
Maceió - Alagoas
Brazil. CEP 57035-260
Telephone: 55.82.9903.9282
Fax: 55.82.2126.5222

IN WITNESS WHEREOF, Licensee and UDSMR have duly executed this Agreement on the date first indicated above.

UB FOUNDATION ACTIVITIES, INC.

DR. VIVIANE P. SARMENTO

By: Edward P. Schneider
Edward P. Schneider, Executive Director

Signature: Viviane P. Sarmiento

Print Name: VIVIANE PORANGABA SARMENTO

Date: 5/30/2012

Date: 11/05/2012

7 REFERÊNCIAS*

BALADI, A. B. P. T.; CASTRO, N. M. D.; MORAIS FILHO, M. C. Paralisia Cerebral. In: FERNANDES, A. C.; RAMOS, A. C. R.; CASALIS, M. E. P.; HEBERT, S. K. AACD Medicina e Reabilitação. Princípios e prática. Artes Médicas, 2007. p. 15-34.

BAX, M.; GOLDASTEIN, M.; ROSENBAUM, P.; LEVITON, A.; PANETH, N.; DAN, B.; et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology.*, v. 47, p. 571-576, 2005.

BAYER, S. A.; ALTMAN, J.; RUSSO, R. J.; ZHANG, X. Timetables of neurogenesis in the human brain based on experimentally determined patterns in the rat. *Neurotoxicology.* Spring., v. 14, n, 1, p. 83-144, 1993.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol.*, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

DOBBING, J. The later growth of the brain and its vulnerability. *Pediatrics*, v. 53, p. 2-6, 1977.

ELIASSON, A. C.; KRUMLINDE, S. L.; ROSBLAD, B.; BECKUNG, E.; ARNER, M.; ÖHRVALL, A. M.; et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine and Child Neurology.*, v. 48, p. 549-554, 2006.

GORTER, J. W.; ROSENBAUM, P. L.; HANNA, S. E.; PALISANO, R. J.; BARTLET, D. J.; RUSSELL, D. J.; et al. Limb distribution, motor impairment, and functional classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.*, v. 46, p. 461-467, 2004.

GRANGER, C. V.; HAMILTON, B. B.; KAYTON, R. Guide for the use of the functional independence Measure (Wee FIM) of the uniform Data Set for Medical Rehabilitation. Buffalo: Research Council, State University of New York, 1989.

*De acordo com: Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

GUNEL, M. K.; MUTLU, A.; TARSUSLU, T.; LIVANELIOGLU, A. Relationship among The Manual Ability Classification System (MACS), The Gross Motor Function Classification System (GMFCS), and The Functional Status (WeeFIM) in children with spastic cerebral palsy. *Eur J Pediatr.*, v. 168, p. 477-484, 2009.

HULLEY, S. B.; CUMMING, S. R.; BRAWNER, W. S.; GRANDY, D.; HEART, N.; NEWMAN, T. B. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; p. 108-109, 2003.

MANCINI, M. C.; FIÚZA, P. M.; REBELO, J. M.; MAGALHÃES, L. C.; COELHO, Z. A. C.; PAIXÃO, M. L.; GONTIJO, A. P. B.; FONSECA, S. T. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 60, n. 2-B, p. 446-452, 2002.

MANCINI, M. C.; ALVES, A. C. M.; SCHAPER, C.; FIGUEIREDO, E. M.; SAMPAIO, R. F.; COELHO, Z. A. C.; TIRADO, M. G. A. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Rev. Bras. Fisioter*, v. 8, n. 3, p. 253-260, 2004.

MANCINI, M. C. *Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI)*. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2005.

MASCARENHAS, T. *Análise das Escalas Desenvolvidas para Avaliar a Função Motora de Pacientes com Paralisia Cerebral*. 2008. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, 2008.

MAYSTON, M. J. The Bobath concept today. *Synapse*, Spring edition. p. 32-34, 2001a.

MAYSTON, M. J. People with cerebral palsy: effects of and perspectives for therapy. *Neural Plast.*, v. 8, p. 51-69, 2001b.

MIYAMOTO, S. T.; LOMBARDI JÚNIOR, I.; BERG, K. O.; RAMOS, R. L.; NATOUR, J. Brazilian version of Berg balance scale. *Braz J Med Biol Res*, v. 37, n. 9, p. 1411-1421, 2004.

MOONEY, J. F. 3rd; KOMAN, L. A.; SMITH, B. P. Pharmacologic management of spasticity in cerebral palsy. *J Pediatr Orthop*, v. 23, n. 5, p. 679-686, 2003.

- MORRIS, C. Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. *Developmental Medicine and Child Neurology*, [S.l.].v. 109, p. 3-7, 2007.
- MSALL, M. E.; DIGAUDIO, K.; ROGERS, B. T.; LAFOREST, S.; CATANZARO, N. L.; CAMPBELL, J.; et al. The Functional Independence Measure for Children (Wee FIM). Conceptual basis and pilot use in children with developmental disabilities. *Clinical Pediatrics*. p. 421-30, 1994.
- OEFFINGER, D. J.; TYLKOWSKI, C. M.; RAVENS, M. K.; DAVIS, R. F.; GORTON, G. E. 3rd, D'ASTOUS, J.; et al. Gross Motor Function Classification System and outcome tools for assessing ambulatory cerebral palsy: a multicenter study. *Dev Med Child Neurol*, v. 46, p. 311-319, 2004.
- OTTENBACHER, K. J.; MSALL, M. E.; LYON, N. R.; DUFFY, L. C.; GRANGER, C. V.; BRAUN, S. Interrater agreement and stability of the Functional Independence Measure for Children (Wee FIM): use in children with developmental disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*, v. 78, p. 1309-1315, 1997.
- PALISANO, R.; ROSENBAUM, P.; WALTER, S.; RUSSELL, D.; WOOD, E.; GALUPPI, B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, v. 39, p. 214-223, 1997.
- PALISANO, R.; ROSENBAUM, P.; BARTLETT, D.; LIVINGSTON, M. Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Expandido e Revisado. *Fisioterapia na paralisia cerebral. Aspectos clínicos e práticos da reabilitação*. p. 49-60, 2007.
- RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMATO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatrica*, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.
- RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JORGE FILHO, D.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatrica.*, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.
- ROSENBAUM, P. L.; WALTER, S. D.; HANNA, S.E.; PALISANO, R. J.; RUSSEAL, D. J.; RAINA. P.; WOOD, E.; BARTLETT, D. J.; GALUPPI, B. E. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *JAMA*, v. 288, n. 11, p. 1357-1363, 2002.

ROSENBAUN, P.; STEWART, D. The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol.*, v. 11, n. 1, p. 5-10, 2004.

SOUZA, A. C.; VIANA, S. O.; SAMPAIO, R. F. Funcionalidade Humana e Reabilitação. In: CURY, V. C. R.; BRANDÃO, M. B. *Reabilitação em Paralisia Cerebral*. Medbook, 2011. p. 3-12.

SPOSITO, M. M. M.; RIBERTO, M. Avaliação da funcionalidade da criança com paralisia cerebral espástica. *Acta Fisiatr*, v. 17, n. 2, p. 50-61, 2010.

TILTON, A. H. Approach to the rehabilitation of spasticity and neuromuscular disorders in children. *Neurol Clin.*, v. 21, n. 4, p. 853-881, 2003.

UNIFORM DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION. *The Wee FIM II Clinical Guide*, Version 6.0. Buffalo, 2006.

VASCONCELOS, R. L. M. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. 2008. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Impairment, Activity and Participation – ICDH – 2*. Geneva, 1980.