



Centro Universitário Vale do Salgado

**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO**  
**BACHARELADO EM FISIOTERAPIA**

**MARIA AMANDA FÉLIX PEREIRA**

**PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM  
COMPROMENTIMENTO NEUROMOTOR: realidade e desafios**

ICÓ-CE  
2024

MARIA AMANDA FÉLIX PEREIRA

**PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM  
COMPROMENTIMENTO NEUROMOTOR: realidade e desafios**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia sob a orientação da professora Me. Jeynna Suyanne Pereira Venceslau.

ICÓ-CE  
2024

MARIA AMANDA FÉLIX PEREIRA

**PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM  
COMPROMENTIMENTO NEUROMOTOR: realidade e desafios**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia sob a orientação da professora Me. Jeynna Suyanne Pereira Venceslau.

**Aprovado em:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>ª</sup>. Me. Jeynna Suyanne Pereira Venceslau**  
Centro Universitário Vale do Salgado  
Orientadora

---

**Prof. Esp. Marcos Raí da Silva Tavares**  
Centro Universitário Vale do Salgado  
1º Examinador

---

**Prof.<sup>ª</sup>. Esp. Maria Alice Alves**  
Centro Universitário Vale do Salgado  
2º Examinadora

Dedico a Deus. Pois dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, expresso todo meu sentimento de gratidão a Deus. Agradeço por todo amor e cuidado comigo, por ser meu refúgio em todos os momentos, por me conduzir e me sustentar até aqui. Obrigada por me permitir vivenciar tudo isso, por me mostrar que, independente da realidade, através da nossa fé conseguimos realizar tudo que almejamos. Obrigada pela força, sabedoria e perseverança concedidas ao longo desta jornada. Sem Sua bênção, este trabalho não teria sido possível.

Agradeço aos meus familiares, que foram minha fortaleza durante toda jornada. Aos meus pais, Damião Joaquim e Maria Hilda, pelo amor, carinho, apoio, incentivo e por sempre acreditarem em mim. Minha maior felicidade é poder realizar o que vocês sempre sonharam para mim, e através desta conquista, trazer muito orgulho para nossa família. Sem vocês, eu nada faria, eu nada seria. Agradeço ao meu padastro Humberto, obrigada por todo apoio e proteção

Aos meus irmãos Patricia, Poliane, Sérgio e Daucirlene, obrigada por todo acolhimento, todo amor e por torcerem pela realização do meu sonho. Vocês são os melhores irmãos que Jesus poderia me enviar. Agradeço aos meus avós paternos, Joaquim e Carmina, e aos meus avós maternos, Antonio e Zilda. Obrigada por me conduzirem sempre no caminho do bem, por todo amor e proteção. Agradeço aos meus sobrinhos, Ana Sofia, José Jhonatan, Pedro Henrique, Thalys Pietro e Nathielly. Obrigada por serem minha fonte de energia nos dias exaustivos e por, de forma ingênua, proporcionarem os melhores momentos de felicidade e aconchego.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Leonardo, que no início da graduação era meu namorado e hoje é meu esposo. Obrigada por todo apoio, pela confiança depositada em mim, pela paciência, e por me entender nos dias difíceis e sobrecarregados. Por me proporcionar tanto amor de uma forma tão leve, obrigada por ser você!

Expresso toda minha gratidão aos meus amigos, Michele Lourenço, Maria Silva, Marciana Ferreira, Maria Aparecida e Luma Morais. Agradeço também ao meu grupo acadêmico (Lameninas), Bevíla Tainan, Ana Shirley, Karla Saraiva, Beatriz Albuquerque e Vitória Pinheiro. Vocês foram essenciais durante toda a jornada.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Jeynna Suyanne. Palavras são insuficientes para expressar minha eterna gratidão. Obrigada por me conduzir com tanta maestria, por me orientar de maneira tão leve e por me incentivar durante todo o processo. Seu compromisso com a excelência e seu exemplo inspirador me motivaram a superar desafios e a buscar sempre

o melhor. Sou profundamente grata por todos os direcionamentos. Agradeço de coração por todo o suporte e confiança.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão à minha banca examinadora, formada por Marcos Raí da Silva Tavares e Maria Alice Alves. Agradeço de coração por dedicarem seu tempo e expertise para contribuir de forma tão valiosa para o meu trabalho.

Por fim, gostaria de expressar meu profundo sentimento de gratidão ao Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS) em conjunto com a Prefeita Ana Laís Peixoto Correia Nunes, por seu compromisso com o desenvolvimento do projeto Bolsa Social, o qual me proporcionou a oportunidade de ingressar no ensino superior. Deixo registrado também meu manifesto de gratidão a Aurineide Amaro, Ricarda Pessoa e Verineide Andrade, cujos exemplos de empatia e apoio foram fundamentais ao longo desta jornada acadêmica. Agradeço por sempre estarem dispostas a me acolher, apoiar e proporcionar carinho e proteção, contribuindo significativamente para minha formação pessoal e acadêmica.

Esta dedicatória é uma singela forma de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste trabalho. Seus apoios e incentivos foram fundamentais em cada etapa dessa jornada acadêmica. Muito obrigada por fazerem parte da minha história.

PEREIRA, Maria Amanda Félix **PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM COMPROMETIMENTO NEUROMOTOR: realidade e desafios:** pesquisa de campo. 2024. 74f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário Vale do Salgado, Icó-CE, 2024

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Fisioterapia Neurofuncional Pediátrica é uma especialidade que busca prevenir, reabilitar e estabilizar as consequências de problemas ligados ao sistema nervoso central e periférico da criança. Pensando no processo de reabilitação de crianças com comprometimento neuromotor que residem na zona rural, existem diversos fatores que dificultam a acessibilidade e o acompanhamento precoce. **OBJETIVO:** O presente estudo buscou analisar a realidade e os desafios durante o processo de reabilitação de crianças com comprometimento neuromotor, que são residentes na zona rural. **METODOLOGIA:** Foi utilizada a abordagem quali-quantitativa, com caráter exploratório e descritivo, sendo a amostra composta por cuidadores ou responsáveis de crianças com comprometimento neuromotor, atendidas na clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), residentes no município de Icó-CE. A coleta de dados aconteceu no mês de Maio por meio de uma entrevista, norteadas por um questionário semiestruturado elaborado pela própria pesquisadora, buscando identificar os perfis dos participantes e analisar, através das perguntas, os principais desafios enfrentados durante o processo de reabilitação. Também foi utilizada a escala PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory), objetivando investigar o nível de capacidade funcional nas crianças investigadas. A análise se deu mediante a interpretação das falas, que foram organizadas em blocos. Quanto aos dados coletados de forma quantitativa pela Escala PEDI e pelo questionário (parte direcionada aos participantes), estes foram tabulados utilizando o microsoft excel, versão 15.0, sendo transformados em porcentagens estruturados em gráficos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Através da coleta de dados, foi possível identificar que o estudo revelou um alto nível de incapacidade funcional nas crianças avaliadas, conforme indicado pela escala PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory). As crianças sem diagnóstico patológico associado, apresentando apenas atraso no desenvolvimento motor mostraram um desempenho funcional superior em comparação àquelas com paralisia cerebral ou agenesia do corpo caloso. O perfil sociodemográfico dos participantes destacou que todos os cuidadores eram mulheres, majoritariamente agricultoras, com baixa renda e níveis variados de escolaridade. As barreiras enfrentadas pelos cuidadores para acessar o atendimento fisioterapêutico foram múltiplas e significativas, destacando a falta de transporte, dificuldade na locomoção, condições financeiras, mudanças climáticas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os cuidadores de crianças da zona rural com comprometimento neuromotor enfrentam desafios significativos no acesso ao atendimento fisioterapêutico. A falta de estudos aprofundados sobre essa temática impede a criação de políticas públicas eficazes. Futuras pesquisas são essenciais para compreender melhor essas dificuldades e desenvolver intervenções mais eficazes e humanizadas.

**Palavras-chaves:** Fisioterapia Neurofuncional Pediátrica. Acessibilidade. Doenças Neurológicas. Zona Rural.

PEREIRA, Maria Amanda Félix **REHABILITATION PROCESS IN RURAL CHILDREN WITH NEUROMOTOR IMPAIRMENT: reality and challenges:** field research. 2024. 74f. Monograph (Graduation in Physiotherapy) - Centro Universitário Vale do Salgado, Icó-CE, 2024

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Pediatric Neurofunctional Physiotherapy is a specialty that seeks to prevent, rehabilitate and stabilize the consequences of problems linked to the child's central and peripheral nervous system. Thinking about the rehabilitation process of children with neuromotor impairment who live in rural areas, there are several factors that hinder accessibility and early monitoring. **OBJECTIVE:** The present study sought to analyze the reality and challenges during the rehabilitation process of children with neuromotor impairment, who live in rural areas. **METHODOLOGY:** A qualitative-quantitative approach with an exploratory and descriptive nature was used, with the sample composed of caregivers or guardians of children with neuromotor impairments, treated at the physiotherapy school clinic of the Vale do Salgado University Center (UNIVS), residing in the municipality of Icó-CE. Data collection took place in May through an interview guided by a semi-structured questionnaire prepared by the researcher herself, seeking to identify the profiles of the participants and analyze, through the questions, the main challenges faced during the rehabilitation process. The PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) scale was also used, aiming to investigate the level of functional capacity in the children investigated. The analysis was carried out by interpreting the statements, which were organized into blocks. The quantitative data collected by the PEDI Scale and the questionnaire (part directed to the participants) were tabulated using Microsoft Excel, version 15.0, and transformed into percentages structured in graphs **RESULTS AND DISCUSSION:** Through data collection, it was possible to identify that the study revealed a high level of functional disability in the children evaluated, as indicated by the PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) scale. The children without an associated pathological diagnosis, presenting only motor developmental delays, showed superior functional performance compared to those with cerebral palsy or agenesis of the corpus callosum. The sociodemographic profile of the participants highlighted that all caregivers were women, mostly farmers, with low income and varying levels of education. The barriers faced by caregivers to access physiotherapeutic care were multiple and significant, highlighting the lack of transportation, difficulty in commuting, financial conditions, and climate changes. **FINAL CONSIDERATIONS:** Caregivers of rural children with neuromotor impairment face significant challenges in accessing physical therapy care. The lack of in-depth studies on this topic prevents the creation of effective public policies. Future research is essential to better understand these difficulties and develop more effective and humanized interventions.

**Keywords:** Pediatric Neurofunctional Physiotherapy. Accessibility. Neurological Diseases. Countryside.



## **LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVEATURAS**

<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>COFFITO</b>	Conselho Federal de Fisioterapia e terapia Ocupacional
<b>DFTN</b>	Defeito de Fechamento do Tubo Neural
<b>DMD</b>	Distrofia Muscular de Duchenne
<b>EB</b>	Espinha Bífida
<b>GMFCS</b>	Sistema de Classificação da Função Motora Grossa
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IBM SPSS</b>	Parque Estatístico para as Ciências Sociais
<b>PC</b>	Paralisia Cerebral
<b>PEDI</b>	Avaliação Pediátrica de Incapacidade
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TBA</b>	Toxina Botulínica Tipo A
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TCPE</b>	Termo de Consentimento Pós-esclarecido
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 - Caraterização do perfil sociodemográfico dos participantes.....</b>	<b>28</b>
<b>TABELA 2 - Distribuição por Género, idade cronológica e idade gestacional das crianças acompanhadas pelos cuidadores.....</b>	<b>30</b>
<b>TABELA 3 - Perfil clínico das crianças acompanhadas pelos cuidadores.....</b>	<b>32</b>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO 01</b> - Somatório geral da pontuação dos domínios das habilidades funcionais.....	34
<b>GRÁFICO 02</b> - Distribuição, por paciente, do somatório das Habilidades Funcionais da Escala PEDI de acordo com cada domínio.....	36

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
3.1 DOENÇAS NEUROLÓGICAS NA INFÂNCIA .....	18
<b>3.1.1 Distrofia Muscular de Duchenne.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.2 Espinha Bífida .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1.3 Hidrocefalia .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1.4 Microcefalia .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1.5 Paralisia Cerebral.....</b>	<b>21</b>
3.2 FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO MOTORA INFANTIL .....	22
3.3 ACESSIBILIDADE NA REABILITAÇÃO INFANTIL .....	23
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>24</b>
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	24
4.2. LOCAL E PERÍODO DE APLICABILIDADE DA PESQUISA .....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
<b>4.3.1. Critérios de Inclusão.....</b>	<b>25</b>
<b>4.3.2. Critérios de Exclusão.....</b>	<b>25</b>
4.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	26
4.5 ANÁLISE DE DADOS .....	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	29
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>30</b>
5.1. SEÇÃO 1- CARATERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES (CUIDADORES).....	30
5.2. SEÇÃO 2: PERFIL CLÍNICO DAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	32
5.3. SEÇÃO 3: CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE CAPACIDADE FUNCIONAL DAS CRIANÇAS MEDIANTE A ESCALA PEDI .....	35
5.4. SEÇÃO 4 - DESAFIOS ENCONTRADOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO .	40
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO-A: INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE .....</b>	<b>53</b>

<b>APÊNDICE -A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE-B TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE-C: TERMO DE CONSENTIMENTO DE VOZ E IMAGEM.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE-D: DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICE-E: QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO .....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICE-F: PARECER CONSUBSTANCIADIO DO CEP .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil ocorre desde o processo de vida intrauterina, onde ocorre crescimento físico, maturação neurológica e aquisição de habilidades cognitivas e sociais. Durante esse período, o feto encontra-se desenvolvendo o sistema nervoso central, estando mais suscetível a adquirir doenças (Oliveira; Ferreira, 2017).

Existem diversas doenças neurológicas que afetam o desenvolvimento neuromotor. Podendo citar como uma das principais a Paralisia Cerebral (PC) ou Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva. Destacam-se também a Distrofia Muscular de Duchenne, Espinha Bífida, Hidrocefalia e Microcefalia. Essas patologias têm causas multifatoriais e os distúrbios afetam diretamente a capacidade funcional e a força, dificultando a realização de movimentos e o equilíbrio (Oliveira; Ferreira, 2017; Silva *et al.* 2019; Torres; Dantas; Lucena, 2021).

A fisioterapia neurofuncional é uma das áreas da fisioterapia reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito), e tem como objetivo prevenir incapacidades funcionais, proporcionando melhora na qualidade de vida (Lobo *et al.* 2020).

É importante ressaltar que a Fisioterapia é de extrema importância na evolução de crianças com sequelas em decorrência de doenças neurológicas. O processo de reabilitação com acompanhamento fisioterapêutico busca promover novas habilidades motoras, prevenção de deformidades e, obtenção de maior participação dos indivíduos no ambiente familiar, assim, consegue desenvolver melhores resultados no tratamento (Waltier; Canella, 2020).

Quando se contextualiza sobre o acesso à fisioterapia, muitas crianças não são beneficiadas com o atendimento fisioterapêutico precoce, especialmente aquelas que residem em áreas rurais. Elas enfrentam diversos desafios diários para se deslocar até a cidade, o que dificulta o acesso aos serviços de saúde, incluindo a fisioterapia.

De acordo com Silva *et al.* (2020), no Brasil, os brasileiros têm acesso garantido à saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, crianças portadoras de algum processo patológico, apesar de serem assistidas por diversas políticas, enfrentam dificuldades durante o processo de reabilitação, principalmente os moradores da zona rural. Diante disso, é notória a escassez na investigação do acesso de crianças aos serviços de reabilitação.

Pensando nos desafios no processo de reabilitação, Finak *et al.* (2023) também refletem sobre as dificuldades enfrentadas por pessoas da zona rural para receber serviços especializados. O autor afirma que existem diversos fatores que tornam essa jornada mais árdua, destacando os poucos recursos oferecidos a essas famílias, tanto socioeconômicos quanto socioemocionais, além da grande quantidade de profissionais despreparados atuando na região

rural. Ainda segundo Finak *et al.* (2023), uma das principais barreiras é a pobreza, uma vez que qualquer custo adicional torna-se mais difícil de ser suportado, especialmente despesas necessárias como alimentação e locomoção para obter atendimentos. Diante do que foi descrito, é importante contextualizar, as necessidades enfrentadas e buscar estratégias que favoreçam melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, não só no âmbito saúde.

Esse estudo dirige informações e conhecimentos, na tentativa de direcionar o olhar da sociedade sobre a realidade que muitos enfrentam, onde, além da patologia em si, existem inúmeras condições que retardam o acesso à saúde, prolongando sequelas e diminuindo as chances de tratamento precoce.

Além da grande importância para a área da saúde, torna-se relevante e significativa a temática principal, pois, mostra a importância da fisioterapia para esse público alvo, assim como enfatizar a grande necessidade de ampliar o olhar para políticas que facilitem o acesso a saúde e acompanhamento contínuo para crianças que residem na zona rural, podendo ainda, o presente estudo ser utilizado para pesquisa futuras no meio acadêmico, diante da escassez sobre o assunto.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar realidade no processo de reabilitação em crianças da zona rural com comprometimento neuromotor.

### **2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Investigar os desafios encontrados para o acesso a reabilitação das crianças com comprometimento neuromotor, residentes na zona rural;

Averiguar o perfil sociodemográfico dos cuidadores das crianças com comprometimento neuromotor, residentes na zona rural;

Avaliar o nível de capacidade funcional nas crianças investigadas e como se apresenta o grau de independência funcional das crianças da zona rural com comprometimento neuromotor.



### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 DOENÇAS NEUROLÓGICAS NA INFÂNCIA**

As doenças neurológicas são afecções que acometem o sistema nervoso, tanto estrutura cerebral, medula espinhal como nervos periféricos. Essas alterações podem surgir de diferentes formas, podendo ser genética, congênita, traumática, dentre outras. As manifestações atuam diretamente na vida das crianças, gerando impacto no desenvolvimento neurológico, portanto, se faz necessário um acompanhamento interdisciplinar voltado para crianças portadoras dessas condições (Santos; Santos, 2023). Existem diversos fatores que podem estar associados às patologias neurológicas na infância, sendo eles: processos infecciosos perinatais, baixo peso ao nascer, prematuridade, ausência no pré-natal e traumatismo cranioencefálico (Santos; Santos, 2023).

As doenças neurológicas podem desencadear um comprometimento neuromotor, resultando em patologias que comprometem a funcionalidade motora das crianças que manifestam alguma dessas condições. Diante disso, podemos apontar algumas delas, tais como: Distrofia muscular de Duchenne, Espinha bífida, Hidrocefalia, Microcefalia e Paralisia Cerebral (Silva *et al.*, 2019; Torres; Dantas; Lucena, 2021).

##### **3.1.1 Distrofia Muscular de Duchenne**

A Distrofia muscular de Duchenne (DMD) é uma doença genética que tem como principal sequela a fraqueza muscular progressiva, podendo apresentar diversas consequências secundárias, como problemas respiratórios, cardíacos e musculoesqueléticos, resultando em paralisia total ou morte. O tratamento da DMD deve ser com acompanhamento multidisciplinar de acordo com a condição de cada paciente, direcionado para tratamento gastrointestinal, respiratório, cardíaco e ortopédico, associado à fisioterapia, buscando amenizar o quadro clínico e promover qualidade de vida (Nascimento *et al.*, 2019; Moraes *et al.*, 2021).

##### **3.1.2 Espinha Bífida**

A Espinha Bífida (EB) é considerada uma malformação congênita que ocorre devido a um defeito no tubo neural (DFTN). Essas alterações ocorrem na medula espinhal e em seus tecidos subjacentes. As manifestações variam de acordo com o defeito no fechamento do tubo neural, podendo comprometer todo o tubo ou uma área específica (Brito; Souza; Arruda, 2021).

Pessoas que apresentam essa patologia possuem alterações neurológicas e funcionais, deformidades, alterações na sensibilidade dos membros inferiores e modificações na bexiga e órgãos intestinais. Essas alterações afetam diretamente a qualidade de vida, dificultando seu desempenho físico e neurocognitivo (Lúcio *et al.* 2023).

A Espinha Bífida é classificada em diferentes tipos, sendo eles: espinha bífida cística ou aberta, que pode ser meningocele, onde ocorre uma protusão das meninges, ou mielomeningocele, apresentando protusão das meninges e dos componentes neurais. Já a espinha bífida oculta desenvolve um defeito ósseo (Ferreira *et al.* 2020; Brito; Souza; Arruda, 2021). Em decorrência dessas manifestações, desenvolvem-se déficits motores e sensoriais, principalmente em membros inferiores, dificultando ou impedindo o processo de deambulação. Assim, faz-se necessário o uso de dispositivos auxiliares para ajudar na locomoção (Martins *et al.*, 2022).

### **3.1.3 Hidrocefalia**

A Hidrocefalia é caracterizada principalmente pelo aumento do volume do líquido cefalorraquidiano nos ventrículos. Esse aumento ocorre devido a mudanças na circulação, ocasionando obstrução no sistema de drenagem que direciona o líquido para a corrente sanguínea. Em decorrência desse processo, resulta em aumento da hipertensão intracraniana, sendo sua principal consequência clínica. Essa condição manifesta-se através de sinais e sintomas, sendo os principais os neuromotores, pois são os que mais dificultam as habilidades funcionais (Silva *et al.*, 2019; Ferreira; Barbosa, 2017).

O quadro clínico da hidrocefalia é determinado por dois fatores: o tempo de início e a manifestação de lesões estruturais. Durante o período de amamentação, quando ainda não ocorreu o fechamento das suturas cranianas, o aumento do perímetro cefálico é a principal característica da síndrome. Além disso, podem-se observar fontanelas planas, salientes ou tensas, e a criança pode apresentar irritação ou letargia, persistindo em choro alto, vômitos e crises convulsivas. Já em crianças maiores, as lesões decorrentes da hidrocefalia podem manifestar-se com sintomas neurológicos devido à pressão sobre as estruturas antes mesmo de causar o bloqueio do líquido. Isso pode resultar em sintomas como dor de cabeça, vômitos, dificuldades de enxergar e sonolência excessiva (Oliveira *et al.*, 2023).

A Hidrocefalia é classificada em três tipos: obstrutiva (não comunicante), comunicante e de pressão normal. Na obstrutiva, a passagem do líquido é bloqueada dentro dos ventrículos ou na parte externa do forame, não havendo comunicação entre o ventrículo e o espaço

subaracnóide. Na comunicante, o comprometimento não afeta o sistema ventricular, ocorrendo comunicação entre as junções; a principal consequência é a falha na absorção do líquido através das vias de drenagem ou superprodução. Na hidrocefalia de pressão normal, não ocorrem sinais de aumento da pressão craniana, apresentando alteração na marcha e incontinência urinária. Essa condição afeta adultos (Silva; Ribeiro; Santos, 2022; Fernandes; Silva, 2019; Oliveira *et al.* 2023).

O tratamento voltado para essa patologia busca principalmente a redução do líquido presente no cérebro. Através de um sistema de drenagem, o líquido é direcionado para regiões extracranianas, podendo ser guiado para o peritônio ou átrio do coração, reduzindo assim a pressão intracraniana. O acompanhamento fisioterapêutico é essencial para desenvolver habilidades não adquiridas, sendo a estimulação precoce um dos principais métodos para recuperar prejuízos como deformidades físicas e metabólicas. Além disso, promove melhora no desenvolvimento funcional, garantindo assim uma melhor qualidade de vida (Silva; Lamas; Andriano, 2019).

### **3.1.4 Microcefalia**

A Microcefalia é uma síndrome congênita ocasionada pela picada do vírus Zika. Esse vírus foi primeiramente descoberto na África em 1947, chegando ao Brasil por volta de 2013. Ao chegar no Brasil, espalhou-se rapidamente, sendo a principal suspeita do surto epidemiológico na época. Crianças que apresentam essa manifestação congênita possuem circunferência cefálica menor que 32 cm. Essa condição resulta em lesão cerebelar, desenvolvendo atraso neuromotor, comprometendo a visão, audição, coordenação motora e podendo causar convulsões. Com isso, desenvolvem-se limitações físicas e intelectuais (Norbert *et al.* 2016).

A Síndrome congênita divide-se em duas categorias: primária e secundária. A primária é descoberta antes da 36ª semana, tendo como principal fator a falha ou redução da neurogênese dos neurônios, podendo também estar relacionada à substância branca. Já a secundária surge após o nascimento, desenvolvendo uma ruptura no desenvolvimento e funcionamento do sistema nervoso. As consequências clínicas e funcionais manifestam-se de acordo com a área lesionada (Malvezzi; Silva, 2020).

Além dessas alterações, podem surgir outras patologias associadas, como transtornos no aparelho locomotor, luxação de quadril, pés tortos congênitos e artrogripose. Em decorrência do atraso no desenvolvimento neuromotor, as crianças têm dificuldade de realizar diversas

aquisições, como engatinhar, firmar a cabeça, sentar, correr, pular, fazer transições posturais, dentre outros (Malvezzi; Silva, 2020).

Pensando no processo de transmissão, segundo Veloso *et al.* (2022), gestantes que são contaminadas durante a gestação têm maior prevalência de bebês com microcefalia. Ainda não há comprovações de que a transmissão possa ocorrer através do sêmen infectado durante a relação sexual. No entanto, há relatos de que a transmissão pode ocorrer da gestante para o feto.

O fisioterapeuta é o profissional indicado para amenizar o quadro de lesões. O tratamento é realizado com base na condição clínica de cada paciente e deve ser contínuo, visando melhorar as habilidades motoras, aprender novos movimentos e prevenir deformidades. É importante ressaltar que quanto mais grave for o comprometimento, mais indispensável se torna o tratamento fisioterapêutico (Araújo *et al.* 2020).

### **3.1.5 Paralisia Cerebral**

A Paralisia Cerebral (PC) é composta por um grupo de desordens caracterizadas por alterações motoras, posturais e de tônus. Esses distúrbios ocorrem devido a uma lesão não evolutiva presente no sistema nervoso central. Com isso, há uma implicação direta no desenvolvimento natural desse sistema, podendo ocorrer no período pré-natal, perinatal ou pós-natal. A lesão é de caráter não progressivo e prejudica a coordenação da ação muscular, estando diretamente ligada à capacidade funcional da criança, tornando-a incapaz de manter suas ações posturais e realizar movimentos normais (Menezes; Santos; Alves, 2017).

Ainda segundo Menezes, Santos e Alves (2017), a classificação da Paralisia Cerebral varia de acordo com a localização corporal do comprometimento neuromotor, sendo as mais comuns a tetraparesia, hemiparesia e diparesia. Além disso, a classificação pode ser feita com base no tipo de modificação do tônus e postura, como atetóide, atáxico, hipotônico, espástico e misto, sendo a espástica a mais comum. A principal causa da Paralisia Cerebral é a anóxia perinatal durante um parto normal ou prolongado. A segunda maior causa está relacionada à prematuridade, enquanto a menos comum está associada a infecções pré-natais.

O grau de comprometimento motor é categorizado através do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS), que consiste em uma escala composta por 5 níveis. Esses níveis avaliam a capacidade funcional e as necessidades de dispositivos auxiliares, dependendo do grau e idade do paciente (Santos; Soares, 2018). A Paralisia Cerebral pode limitar diretamente ações como rolar, sentar, engatinhar, andar, correr e pular (Torres; Dantas; Lucena, 2023).

Os distúrbios motores da Paralisia Cerebral muitas vezes estão associados a distúrbios de sensações, percepção, cognição, comportamento e comunicação. As crianças com paralisia cerebral também apresentam frequentemente transtornos de disfagia, o que pode afetar seu estado nutricional (Menezes; Santos; Alves, 2017).

O tratamento da Paralisia Cerebral deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar para abordar as diversas necessidades do paciente de forma abrangente. Atualmente, um dos enfoques terapêuticos é a aplicação da toxina botulínica (TBA) tipo A, combinada com a fisioterapia neurofuncional. A toxina botulínica é uma proteína que atua diretamente na junção neuromuscular, bloqueando a liberação da acetilcolina e proporcionando uma paralisia temporária. Enquanto isso, o tratamento fisioterapêutico visa recuperar as funções motoras, prevenir deformidades, auxiliar na manutenção das funções existentes e promover qualidade de vida (Torres; Dantas; Lucena, 2023; Santos; Soares, 2018).

### 3.2 FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO MOTORA INFANTIL

O tratamento fisioterapêutico é adaptado de acordo com as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor, com foco principal na funcionalidade de cada criança. Vários aspectos estão relacionados ao processo de reabilitação, incluindo o estado emocional e efetivo, o quadro clínico, o prognóstico e o diagnóstico fisioterapêutico. Há diversas abordagens terapêuticas na reabilitação de crianças com comprometimento neuromotor, e além do fisioterapeuta, é fundamental o acompanhamento multidisciplinar.

O processo de reabilitação fisioterapêutica não se limita apenas ao desenvolvimento neuropsicomotor, mas também envolve interações terapeuta-paciente e mãe-filho. É importante destacar a grande importância do apoio familiar durante a recuperação da criança (Almeida *et al.* 2019; Oliveira; Ferreira, 2017).

A fisioterapia pediátrica desenvolve avaliações e planejamentos para potencializar atendimentos de forma individual, de acordo com a necessidade de cada criança. A avaliação busca investigar limitações, funcionalidade e queixas. A partir dessa investigação, traça-se planejamento terapêutico voltado para cada necessidade encontrada na busca de reduzir incapacidades encontradas (Silva; Valenciano; Fujisawa, 2017).

Ainda segundo Silva, Valenciano e Fujisawa (2017), a fisioterapia neurofuncional infantil tem como objetivo principal desempenhar melhora na capacidade funcional e proporcionar a participação das crianças na realização de suas atividades funcionais. Através de técnicas e conhecimento científico, desenvolve atividades com o objetivo de adquirir novas

habilidades e alcançar o máximo de independência funcional. Além disso, a fisioterapia busca sempre englobar a criança em suas dimensões afetivas, motoras e cognitivas.

### 3.3 ACESSIBILIDADE NA REABILITAÇÃO INFANTIL

No Brasil, o acesso à saúde é um direito garantido a todos perante leis governamentais. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal sistema nacional que possibilita atendimento à saúde para a população de forma gratuita. As pessoas com deficiência, apesar de amparadas por diversas legislações, enfrentam várias dificuldades para conseguir acesso aos serviços de reabilitação (Silva *et al.* 2020).

No processo de reabilitação direcionado a pessoas com sequelas neurológicas, torna-se importante um atendimento com um olhar mais amplo, na busca de proporcionar maior funcionalidade para a criança. Muitas são as barreiras encontradas durante o processo de reabilitação, ressaltando que é ainda mais precário quando se trata das pessoas que residem na zona rural. A falta de acesso, acolhimento, vagas em ambulatórios, condições socioeconômicas e limitações físicas fazem com que aumentem as dificuldades durante a busca por acesso ao serviço de saúde, tornando-o menos acessível para moradores dessa região (Oliveira *et al.* 2018).

Oliveira *et al.* (2018) ainda refletem sobre a dificuldade diversificada de cada paciente. Muitos precisam se deslocar até a zona urbana para receber atendimento especializado, pois não são ofertados na zona rural, resultando em maior dificuldade de deslocamento, além de diversos fatores incapacitantes.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo tem como proposta analisar a realidade e os desafios durante o processo de reabilitação em crianças com comprometimento neuromotor que residem na zona rural.

A pesquisa consiste em um estudo de campo com caráter exploratório e descritivo, de abordagem quali-quantitativa. Conforme Lunetta e Guerra (2023), uma pesquisa realizada em campo envolve a coleta de dados diretamente com pessoas ou grupos, permitindo uma análise mais específica dos fatos e fenômenos da realidade. Existem diversas técnicas que podem ser aplicadas na coleta de dados, resultando em conclusões mais fidedignas. A pesquisa também se propõe a ser um estudo exploratório, que, de acordo com Augusto *et al.* (2013), proporciona um maior aprofundamento sobre o assunto investigado, especialmente quando se trata de um tema pouco conhecido ou explorado. Nesse tipo de pesquisa, a coleta de dados é feita por meio de entrevistas com pessoas que vivenciam a realidade relacionada à questão em estudo.

Ainda segundo Augusto *et al.* (2013), o estudo de caráter descritivo tem como objetivo principal descrever os fatos e fenômenos que ocorrem em uma determinada realidade. Esse tipo de estudo busca obter informações sobre uma condição que já está definida como uma problemática a ser investigada.

Para Schneider, Fujii e Corazza (2017), as pesquisas científicas que combinam abordagens qualitativas e quantitativas apresentam bases complementares em seus resultados, tornando o projeto ainda mais enriquecedor. A junção desses métodos tem como objetivo fornecer informações para uma análise mais detalhada da questão em estudo. Além disso, proporciona análises estruturais e processuais mediante os métodos abordados.

### 4.2. LOCAL E PERÍODO DE APLICABILIDADE DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida na clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado, situada na cidade de Icó, interior do Ceará (CE). A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2024.

O município tem como cidades vizinhas Jaguaribe (Norte), Umari (Sul), Orós (Oeste) e o estado Rio Grande do Norte (Leste). É dividido em seis distritos: Cruzeirinho, Três Bodegas, Icozinho, Lima Campos, Pedrinhas e São Vicente. Segundo dados do IBGE (2022), o município tem aproximadamente 62.622 mil habitantes, sendo a maioria residente na zona rural.

A cidade conta com diversas redes de atendimento especializado em saúde, incluindo a clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado. Essa clínica oferece uma variedade de serviços à população de Icó, todos gratuitos, facilitando o acesso a atendimentos especializados em diversas áreas, tais como Dermatofuncional, Traumato-Ortopedia, Fisioterapia Cardiorrespiratória, Uroginecológica, Aquática, Neurofuncional, Pediatria Respiratória e Motora. Além desses, ofertam serviços de Psicologia e Enfermagem.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desta pesquisa foi composta por cuidadores ou responsáveis por crianças que recebem atendimento fisioterapêutico na Clínica Escola do Centro Universitário Vale do Salgado, especificamente no setor de pediatria.

Trata-se de uma amostra não-probabilística por conveniência, composta pelos responsáveis pelas crianças com comprometimento neuromotor que residem na zona rural e recebem atendimento fisioterapêutico na unidade onde a pesquisa será realizada.

##### 4.3.1. Critérios de Inclusão

A pesquisa foi conduzida com base nos seguintes critérios de inclusão: cuidadores de crianças com idade entre seis meses e 7 anos e 6 meses, diagnosticadas com comprometimento neuromotor e que estejam sendo acompanhadas na clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado; cuidadores com idade superior a 18 anos; residentes na zona rural do município de Icó; e cuidadores que apresentem um grau de parentesco e tempo de convívio com a criança.

A pesquisa foi conduzida exclusivamente com cuidadores de crianças nessa faixa etária devido à utilização da Escala PEDI para coleta de dados, a qual é aplicável somente nesse grupo etário. Conforme destacado por Barros *et al.* (2020), o inventário PEDI é empregado para avaliar as habilidades funcionais em crianças nessa faixa etária, identificando possíveis atrasos no desenvolvimento em relação à idade.

##### 4.3.2. Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão abrangiam os responsáveis que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, bem como aqueles que se sentiram desconfortáveis em responder alguma pergunta ou não estiveram disponíveis no local da pesquisa durante o período de coleta de dados.



#### 4.4. INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para iniciar a coleta de dados, inicialmente, foi realizado o envio da carta de anuência à clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado. Após a aprovação da instituição, a pesquisa foi submetida ao comitê de ética para obtenção da devida liberação.

Com o consentimento da unidade e a aprovação do comitê de ética em pesquisa, a pesquisadora iniciou o contato com o responsável pelo setor de atendimento fisioterapêutico pediátrico. Durante esse contato, explicou sobre a pesquisa e esclareceu os procedimentos para garantir o sigilo e a privacidade dos participantes. Além disso, obteve informações sobre a população-alvo da pesquisa, incluindo o número de cuidadores de crianças residentes na zona rural, os horários de atendimento, a acessibilidade ao setor e as formas de contato com os acompanhantes das crianças.

Após isso, cada participante foi contatado e solicitou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Em seguida, foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE B) e do Termo de Autorização para Uso de Imagem e Voz (APÊNDICE C).

Os encontros com os participantes que concordaram em participar da pesquisa foram conduzidos presencialmente nas instalações do campo de pesquisa. As entrevistas foram realizadas em um espaço reservado, apenas com o entrevistador e o entrevistado, visando evitar constrangimentos ou inseguranças por parte deste último. Os encontros foram agendados levando em consideração as preferências de datas e horários de cada participante, com prioridade para a realização da coleta durante o tempo de atendimento das crianças, otimizando assim a disponibilidade do participante.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: um questionário semi-estruturado (APÊNDICE E), elaborado pela própria pesquisadora, utilizado para levantar o perfil dos participantes e das crianças, assim como investigar os desafios vivenciados pelos mesmos; e a Escala Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) (ANEXO A), que foi utilizada para investigar a funcionalidade e independência da criança.

O questionário semi-estruturado foi dividido em três partes: Dados do participante, dados da criança e abordagem geral. Na primeira parte, foram coletadas informações referentes ao participante nos quesitos: nome, idade, sexo, escolaridade, tipo de moradia e média salarial. Nos dados da criança, foram feitas indagações sobre nome, idade, data de nascimento, tipo de parto, tempo gestacional, uso de dispositivo auxiliar e diagnóstico clínico. Na abordagem geral,

foi composta por 15 perguntas direcionadas sobre a acessibilidade ao atendimento fisioterapêutico, como e quando a criança foi encaminhada, quais as principais dificuldades, barreiras e desafios durante o processo de reabilitação.

As indagações por meio do questionário tiveram como objetivo investigar o perfil dos participantes, as características clínicas da criança e averiguar os desafios encontrados no processo de reabilitação para ter acesso ao atendimento.

As respostas dos participantes referentes ao questionário foram coletadas por meio de entrevista, utilizando gravação por meio de um aplicativo de voz (gravador) instalado no próprio celular da pesquisadora, visando agilizar a aplicação e evitar a perda de qualquer dado repassado pelo participante. Todas as falas foram transcritas na íntegra.

A Escala PEDI é um instrumento de avaliação infantil que teve como objetivo proporcionar um levantamento sobre o desempenho funcional da criança e buscar dados em relação ao grau de independência do paciente, avaliando a necessidade de intervenção de cuidadores, bem como a utilização de modificações no ambiente para facilitar seu desempenho. As habilidades foram analisadas em três áreas: autocuidado, mobilidade e função social (Barros *et al.* 2020).

A escala é de origem norte-americana, criada em 1992 e desenvolvida por Haley *et al.* chamada de Pediatric Evaluation of Disability Inventory. Foi traduzida para o português por Marisa Cotta Mancini em 2005. Refere-se a um teste padronizado baseado em julgamento, cuja realização é feita através de entrevista com os pais ou responsáveis que possam informar sobre o desempenho funcional nas atividades diárias da criança e buscar especificar aspectos funcionais na faixa etária de seis meses a sete anos e seis meses de idade (Barros *et al.* 2020; Fernandes, Cabral, 2013).

Esse instrumento abrange a parte I, dividida em três áreas (autocuidado, mobilidade e função social), e a parte II e III, que se relacionam à assistência do cuidador nessas três áreas da vida da criança.

A Parte I refere-se à habilidade funcional, avaliando a funcionalidade da criança em ambiente doméstico, caracterizando a execução das tarefas e atividades do cotidiano. É dividida em três áreas: autocuidado (73 itens), mobilidade (59 itens) e função social (65 itens). A Parte II avalia a assistência do cuidador e qualifica a independência da criança na realização de 20 tarefas nas três áreas: autocuidado (8 itens), mobilidade (7 itens) e função social (5 itens). Na Parte III, avalia as modificações no ambiente e adaptações, identificando se a criança utiliza algumas modificações no ambiente que facilitem sua execução/desempenho (Paicheco *et al.* 2010).

Durante a coleta de dados, os participantes responderam ao inventário manualmente, sobre a funcionalidade nas habilidades motoras da criança. A pesquisadora esteve presente o tempo todo para fornecer assistência, esclarecer dúvidas e explicar o que era perguntado na escala. Para os cuidadores que não sabiam ler, a pesquisadora conduziu o questionário. Os participantes tiveram total direito de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, caso não se sentissem confortáveis ou por qualquer outro motivo ou situação.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

As falas coletadas através da entrevista foram transcritas na íntegra, analisadas por categorias e separadas e organizadas em blocos de acordo com o tema das perguntas. Ao final, foram categorizadas e interpretadas.

Os dados coletados de forma quantitativa através da Escala PEDI e do questionário (na parte direcionada ao perfil dos participantes) estes foram tabulados utilizando o microsoft excel, versão 15.0, sendo transformados em porcentagens estruturados em gráficos. Após toda coleta de dados, os áudios foram transcritos, analisados e interpretado para melhor resultado da pesquisa.

O protocolo PEDI é dividido em três partes (autocuidado, mobilidade e função social). Na primeira parte, são obtidos três escores brutos totais que indicam o desempenho da criança nessas três áreas mencionadas. Como a escala é constituída por números diferentes de itens, para realizar a comparação, somam-se os escores brutos de cada etapa e, em seguida, transformam-se em escores contínuos, que refletem os níveis de incapacidade da criança. A transformação dos escores brutos para contínuos possibilita a comparação dos domínios de função da criança (Vasconcelos, 2008).

O inventário tem como finalidade identificar a capacidade funcional e a performance nas tarefas diárias em relação a autocuidados, mobilidade e função social. Para interpretar a escala, o inventário será aplicado em três partes, sendo analisado da seguinte forma: para cada item da parte I, é atribuído um escore de 1 ponto quando a criança é capaz de realizar a atividade funcional ou 0 se não for capaz de realizar a tarefa. Ao final, realiza-se uma soma para quantificar o valor total. Na parte II, é pontuado em uma escala ordinal, que varia de 5 a 0.

Quando a criança desempenha a tarefa de forma independente, sem ajuda (escore 5), consegue realizar com supervisão (escore 4), assistência mínima (escore 3), assistência moderada (escore 2), assistência máxima (escore 1) ou é completamente dependente,

necessitando de assistência total (0). Na parte III, não há uma escala quantitativa (Paicheco *et al.* 2010).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A presente pesquisa foi respaldada pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Sendo uma pesquisa que envolve seres humanos, mas com abordagem social e humana, passou pelo comitê de ética e pesquisa, podendo assim ser colocada em prática.

Durante todas as etapas da pesquisa, foram respeitados os princípios básicos da bioética, assegurando os direitos e deveres referentes à comunidade científica e aos indivíduos da pesquisa. As informações coletadas foram preservadas sob sigilo e anonimato total e absoluto, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora, em conformidade com as normas éticas e legais.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS) para análise de preceitos éticos e legais, sendo aprovado com o número de parecer 6.714.650. O parecer está disponível ao final deste documento, correspondendo ao (APÊNDICE F).

Para assegurar o anonimato dos participantes, foram atribuídos números de codificação aos entrevistados. Todas as informações coletadas foram tratadas com total confidencialidade, conforme estabelecido na leitura do TCLE (APÊNDICE A), na assinatura do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE B) e na assinatura do Termo de Consentimento de Voz e Imagem (APÊNDICE C).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra inicial foi composta por 11 (onze) cuidadores responsáveis por crianças atendidas na clínica-escola da UNIVS. No entanto, 04 (quatro) cuidadores não foram entrevistados devido à ausência nas consultas fisioterapeúticas, justificada por diversos motivos, como a falta de transporte público (carro da saúde), chuvas intensas, rios transbordando, entre outros fatores. Além disso, 01 (um) cuidador não pôde participar da pesquisa por não ter convivência suficiente com a neta, o que impediu a resposta às perguntas. Resultou-se em uma amostra final de 06 participantes que correspondem a 54,55% da amostra inicial.

Para facilitar a compreensão dos resultados analisados, os mesmos foram distribuídos em quatro seções, sendo estas: SEÇÃO 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes (cuidadores); SEÇÃO 2 - Perfil clínico das crianças acompanhadas pelos participantes da pesquisa; SEÇÃO 3 - Caracterização do nível de capacidade funcional das crianças mediante a escala PEDI; e a SEÇÃO 4 - Desafios encontrados no processo de reabilitação. A seguir, encontra-se a descrição completa de cada seção.

### 5.1. SEÇÃO 1- CARATERIZAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES (CUIDADORES)

Nesta seção, são apresentadas informações sobre os cuidadores das crianças incluídas no estudo. Contemplando dados como idade, gênero, nível de escolaridade, média salarial, ocupação e outras características sociodemográficas relevantes. Essas informações ajudam a compreender o contexto em que as crianças estão inseridas e a influência desses fatores no processo de cuidado e reabilitação.

**Tabela 01-** Caraterização do perfil sociodemográfico dos participantes

<b>SEXO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
FEMININO	6	100%
MASCULINO	0	0%
<b>IDADE</b>	<b>N°</b>	
IDADE MINIMA	22	
IDADE MÉDIA	31.83	
IDADE MAXÍMA	44	
<b>PROFISSÃO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
AGRICULTOR (A)	5	83.33%

ESTUDANTE	1	16,67%
<b>RENDA FAMILIAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
MENOR OU IGUAL A UM SALÁRIO MÍNIMO	6	100%
ENTRE UM E DOIS SALÁRIOS MÍNIMOS	0	0%
MAIOR OU IGUAL A DOIS SALÁRIOS MÍNIMOS	0	0%
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
SEM ESCOLARIDADE	0	0%
ENS. FUND. INCOMPLETO	1	16,67%
ENS. FUND. COMPLETO	3	50,00%
ENS. MÉDIO INCOMPLETO	0	0,0
ENS. MÉDIO COMPLETO	1	16,67%
ENS. SUP. INCOMPLETO	1	16,67%
ENS. SUP. COMPLETO	0	0,0

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Os dados mencionados em relação ao gênero dos participantes, indica uma predominância significativa de mulheres na amostra, com 100% dos participantes sendo do sexo feminino, totalizando 6 indivíduos. Isso corrobora com a observação de Frota *et al.* (2014), que ressalta que as mães frequentemente assumem o papel principal de cuidadoras, sacrificando oportunidades de trabalho ou estudo para atender às necessidades especiais de saúde dos filhos, enquanto os pais geralmente se concentram mais no suporte financeiro da família. Assim, as mães muitas vezes se tornam as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos quando estes apresentam necessidades especiais de saúde.

Na amostra pode-se observar uma distribuição de idades que varia de 22 a 44 anos, onde a idade mínima registrada foi de 22 anos, enquanto a idade máxima registrada foi de 44 anos.

No contexto profissional, a distribuição das profissões dos participantes (cuidadores) envolvidos no estudo identifica-se que, maioria dos participantes, 5 deles (representando 83.33% do total), são agricultoras. Ficando somente uma única participante (16.67% do total) que é estudante.

O fato de os participantes serem agricultores pode desencadear diversas barreiras relacionadas à acessibilidade, o que corrobora com o estudo de Magalhães *et al.* (2022), no qual se relata que, em um estudo realizado com agricultores do extremo sul do Rio Grande do Sul, os moradores de zonas rurais enfrentam inúmeras dificuldades. Esses indivíduos enfrentam desafios e barreiras substanciais para acessar os serviços de saúde, sendo essas dificuldades mais complexas em comparação com as enfrentadas na área urbana.

Na renda salarial, o resultado na tabela indica que a totalidade dos participantes tem renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo, sendo estes 100% da amostra. Isso pode influenciar significativamente o contexto socioeconômico dos participantes e ter implicações

importantes para o estudo em termos de acesso a recursos, qualidade de vida e possíveis intervenções necessárias. Comparando com este dado, Florêncio (2020) destaca que as famílias de crianças com doenças crônicas enfrentam desafios financeiros devido aos altos custos associados a terapias, procedimentos e equipamentos especializados. Além disso, as despesas adicionais de deslocação e a perda de renda de um dos pais, frequentemente necessário para cuidar da criança, intensificam essa pressão financeira. Consequentemente, essa situação tem um impacto negativo no bem-estar e na qualidade dos cuidados oferecidos às crianças afetadas.

A maioria dos participantes (n=50%) possui apenas ensino fundamental, seguido por 16,67% com ensino fundamental incompleto, 16,67% com ensino médio completo e 16,67% com ensino superior incompleto.

Na amostra, foi revelado que 50% dos participantes possuem apenas o ensino fundamental, o que pode influenciar no processo de reabilitação da criança. Kobarg e Vieira (2008) identificaram, através de um estudo, que o nível de escolaridade, associado à localização da moradia, influencia na percepção que a mãe tem do seu filho. Mães que residem na zona urbana, com alto nível de escolaridade, preocupam-se mais com a estimulação e educação dos filhos, diferentemente das mães que residem na zona rural. Ou seja, as mães agem de maneira distinta, o que pode estar diretamente ligado à situação de vida de cada uma.

Em outra pesquisa, Medeiros (2020), reflete sobre a escolaridade do cuidador, e diz ser essencial para determinar a saúde da criança, uma vez que indica o nível de conhecimento e as práticas relacionadas à saúde e ao bem-estar infantil.

## 5.2. SEÇÃO 2: PERFIL CLÍNICO DAS CRIANÇAS ACOMPANHADAS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O perfil clínico das crianças acompanhadas pelos participantes desse estudo é uma parte crucial da caracterização da amostra. A Tabela 1 apresenta um resumo dos dados sobre o sexo, idade cronológica e idade gestacional das crianças. Esses dados são essenciais para entender as características individuais das crianças no contexto do estudo e podem influenciar diretamente nas análises e conclusões obtidas.

**Tabela 02-** Distribuição por gênero, idade cronológica e idade gestacional das crianças acompanhadas pelos cuidadores

<b>GÊNERO</b>	<b>N °</b>	<b>%</b>
FEMININO	2	33,33%
MASCULINO	4	66,67%
<b>IDADE CRONOLÓGICA</b>	<b>N°</b>	

IDADE MÍNIMA	1,6	
IDADE MÉDIA	3,83	
IDADE MÁXIMA	7	
<b>IDADE GESTACIONAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
34 SEM	1	16,67%
36 SEM	2	33,33%
39 SEM	1	16,67%
NÃO RELATADO	2	33,33%

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

No contexto do Perfil clínico das crianças, os dados referentes a distribuição do sexo das crianças, dos seis participantes, 2 (33,33%) são do sexo feminino, enquanto 4 (66,67%) são do sexo masculino.

A tabela mostra a idade das crianças atendidas, variando de 1 ano e 6 meses a 7 anos. A idade cronológica da criança está diretamente relacionada às funções e habilidades desenvolvidas por ela. Conforme descrito por Passos *et al.* (2020), nos primeiros anos de vida, as crianças adquirem habilidades essenciais como controle motor, linguagem e interação social. Esse desenvolvimento está associado à mielinização do Sistema Nervoso Central, que é mais intensa nessa fase. Portanto, estímulos e cuidados durante esse período desempenham um papel crucial no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças.

A tabela ainda mostra a distribuição da idade gestacional das crianças atendidas, com a maioria (n=2) nascidos com 36 semanas de gestação, seguido da mesma porcentagem de casos não relatados. Destacando ainda, que houve nascimentos com 34 e 39 semanas gestacionais. Esses dados apontam para uma variedade de situações que podem influenciar as necessidades de cuidados, especialmente aquelas nascidas prematuramente.

De acordo com Marques (2023) quando um bebê nasce antes das 37 semanas de gestação, é considerado prematuro. Os bebês prematuros extremos são aqueles nascidos com menos de 28 semanas, enquanto os muito prematuros nascem entre as 28 e 32 semanas. Por fim, os prematuros moderados ou tardios são os nascidos entre as 32 e 37 semanas de gestação.

Considerando a classificação apontada por Marques (2023), percebe-se que 50% da amostra é classificada como prematuro.

É crucial destacar que a gravidez antes 37 e 38 semanas e 6 dias, chamada de termo precoce, pode ter mais complicações do que aquelas entre 39 e 40 semanas e 6 dias, consideradas termo completo. Isso é importante porque a prematuridade é classificada de acordo com a Idade Gestacional (IG) do Recém-Nascido (RN) (Maia *et al.* 2022).



Na tabela abaixo apresenta dados relacionados ao diagnóstico clínico das crianças, bem como informações sobre o tempo de diagnóstico e o uso de dispositivos auxiliares.

**Tabela 3** - Perfil clínico das crianças acompanhadas pelos cuidadores

<b>DIAGNÓSTICO CLÍNICO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
PARALISIA CEREBRAL	3	50,00%
ATRASSO DESENVOLVIMENTO MOTOR	2	33,33%
AGENESIA DO CORPO CALOSO	1	16,67%
<b>TEMPO DE DIAGNÓSTICO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
INFERIOR A 6 MESES	2	33,33%
ENTRE 6 MESES E 1 ANO	1	16,67%
ENTRE 1 ANO E 5 ANOS	3	50,00%
ACIMA DE 5 ANOS	0	0,0%
<b>USO DE DISPOSITIVO AUXILIAR</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
NÃO UTILIZA	5	83,33%
UTILIZA	1	16,67%

**Fonte:** Dados da pesquisa, (2024)

A análise dos diagnósticos clínicos das crianças acompanhadas pelos cuidadores revela que a paralisia cerebral é a condição mais comum, afetando 50% das crianças, seguida pelo atraso no desenvolvimento motor, correspondendo a 33,33% das patologias. A agenesia do corpo caloso é menos frequente, sendo diagnosticada em uma criança, representando 16,67%.

Em relação ao tempo de diagnóstico, este se configura no tempo em que a criança é diagnosticada com patologias. Nesse contexto, observa-se que a maioria das crianças (50%) foi diagnosticada entre 1 e 5 anos de idade. Em seguida, algumas foram diagnosticadas com menos de 6 meses (33,33%). O diagnóstico precoce é extremamente importante para iniciar o tratamento adequado. Corroborando com essa fala, Buzzatto (2023) diz que desde o período neonatal até a adolescência, a semiologia neuropediátrica dedica-se à análise clínica e interpretação dos sinais e sintomas neurológicos em crianças, promovendo assim, um diagnóstico precoce que contribui de forma significativa para a promoção da saúde cerebral e neuromuscular infantil.

No que se refere ao uso de dispositivos auxiliares, a maioria das crianças (83,33%) não utilizam, enquanto apenas uma criança utiliza, correspondendo a (16,67%). Dois participantes não utilizam esses dispositivos, pois têm um ano e seis meses de idade e foram diagnosticados clinicamente com atraso no desenvolvimento motor, recebendo o diagnóstico entre 5 meses e 1 ano de vida. Outros dois participantes não utilizam esses dispositivos porque não possuem cadeira de rodas para uso da criança. O não uso de dispositivos auxiliares pode influenciar

diretamente a qualidade de vida da criança, resultando frequentemente em adaptações domiciliares na ausência desses dispositivos.

Um estudo realizado por Andrews *et al.* (2020) com cuidadores de crianças com paralisia cerebral correlaciona as necessidades do uso de dispositivos auxiliares, evidenciando que a ausência de dispositivos de mobilidade impedia as crianças de se locomoverem de forma independente, obrigando os cuidadores a carregá-las de um lugar para outro e restringindo-as à posição deitada. Isso limitava sua participação na vida familiar e comunitária, muitas vezes levando ao isolamento e abandono dessas crianças em casa. Segundo Andrade (2011), certos fatores podem ser considerados barreiras ou facilitadores, dependendo da necessidade específica de cada caso.

Nesse sentido, é crucial que a avaliação dos fatores ambientais leve em conta o contexto vivido pela criança ou adolescente. Andrade (2011) ainda destaque que, para abordar o desafio de classificar a funcionalidade de crianças com problemas neurológicos, é essencial utilizar um sistema multiaxial de classificações que integre diversos domínios. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) oferece uma base robusta para avaliar os impactos funcionais e psicossociais de várias condições clínicas. Assim, é crucial desenvolver instrumentos baseados na CIF para facilitar sua aplicação prática na clínica.

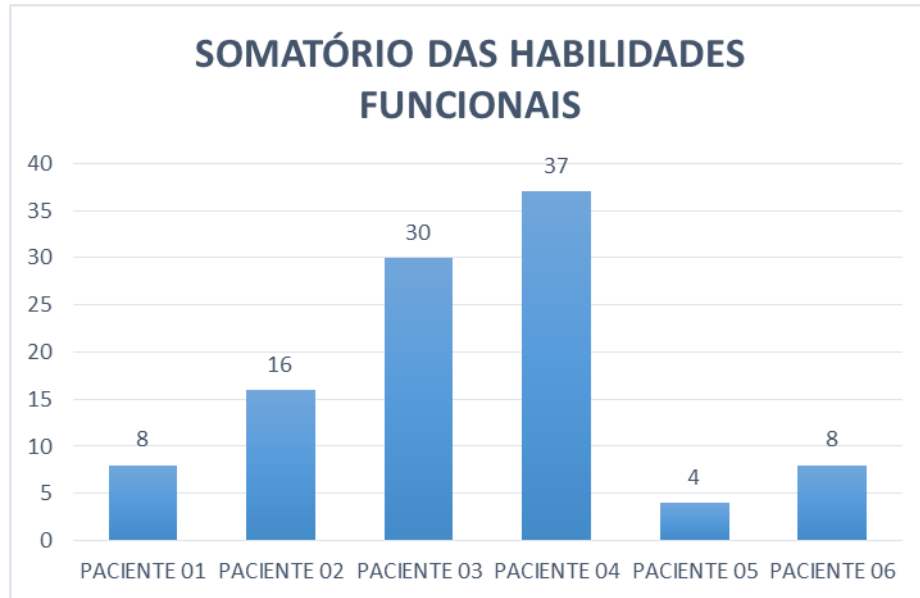
### 5.3. SEÇÃO 3: CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE CAPACIDADE FUNCIONAL DAS CRIANÇAS MEDIANTE A ESCALA PEDI

Na Seção 3, é realizada a interpretação do nível de capacidade funcional das crianças por meio da utilização da escala PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory). Esta escala é uma ferramenta de avaliação amplamente utilizada para medir as habilidades funcionais de crianças com deficiências ou incapacidades, abrangendo áreas como autocuidado, mobilidade e função social (Paicheco *et al.*, 2010).

Nesta parte da pesquisa, as respostas foram categorizadas com o termo "Paciente" seguido de uma numeração, determinada pela ordem da coleta dos dados, visando garantir a confidencialidade dos dados e proporcionar uma análise clara e organizada dos resultados obtidos.

A seguir será apresentado o Gráfico 1, no qual será distribuído o somatório geral dos itens coletados correspondente as habilidades funcionais da escala PEDI, que incluem os domínios: autocuidado, mobilidade e função social.

**Gráfico 1-** Somatório geral da pontuação dos domínios das habilidades funcionais.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

A parte da escala PEDI referente as Habilidades funcionais é composto por 197 itens, dividido em três domínios, onde quanto maior a pontuação, maior caracteriza-se a funcionalidade da criança

No gráfico 1, observa-se que os pacientes 03 e 04, mesmo com pontuação inferior ao estipulado, ainda apresentaram maior pontuação comparado aos demais pacientes. Fazendo uma correlação com o diagnóstico clínico, os mesmos não apresentam patologias associadas, apenas atraso de desenvolvimento neuromotor, onde os pacientes 01, 02, 05 e 06 apresentam PC e agenesia do corpo caloso, condições clínicas que geram grande repercussão no quadro motor das crianças.

Como visto na nos dados apresentados, os participantes com atraso no desenvolvimento motor apresentam maior rendimento na funcionalidade em comparação as crianças com PC ou agenesia do corpo caloso. Nessa perspectiva, tal fenômeno pode influenciar nas atividades de vida diária. Souza (2021) pontua que o desenvolvimento motor, durante a infância, a criança desenvolve aquisição de habilidades motoras de acordo com seu processamento, realizando aprendizagem como, manipular objetos e locomoções (andar, correr, saltar).

De acordo com Carvalho, Sobrinho (2019), a encefalopatia crônica não progressiva da infância ou também denominada de Paralisia Cerebral (PC) é uma condição em que ocorre dano no sistema nervoso central durante seu desenvolvimento, resultando em diversos distúrbios

motores, sensoriais, perceptivos e cognitivos nos indivíduos afetados. Relatam ainda que, a capacidade de locomoção é prejudicada em crianças com Paralisia Cerebral (PC) quando comparadas a crianças sem essa condição.

No que diz respeito a Agenesia do Corpo Caloso, Lima, Aguiar (2019), discorre sobre a patologia caracterizando-a como uma condição congênita caracterizada pela falta completa ou parcial do desenvolvimento do corpo caloso. Embora ocorra em ambos os sexos, é mais comum em indivíduos do sexo masculino. Tanto a forma parcial quanto a completa da Agenesia do Corpo Caloso resultam em déficits em vários aspectos do desenvolvimento. A gravidade das consequências depende de diversos fatores, podendo variar de casos leves a comprometimentos mais severos.

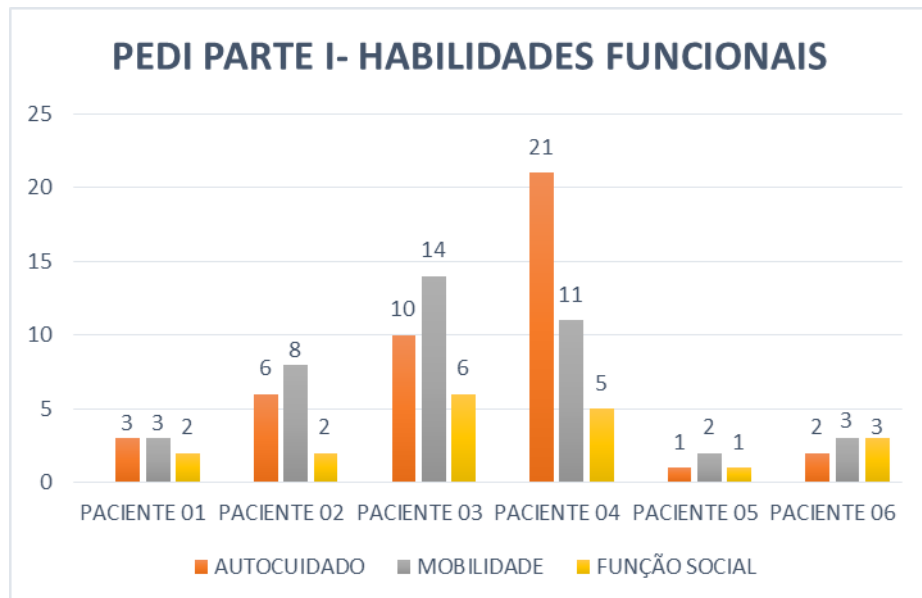
Eustáquio (2024) afirma que, as crianças com paralisia cerebral podem apresentar uma variedade de características clínicas, uma vez que os distúrbios motores estão frequentemente ligados a problemas sensoriais, cognitivos, de comunicação, percepção e/ou comportamentais, além de possíveis distúrbios epiléticos. Corroborando, no presente estudo, percebeu-se que os participantes com diagnóstico de paralisia cerebral, apresentaram um impacto significativo na sua capacidade funcional, de acordo com a escala PEDI.

A PEDI identifica três aspectos fundamentais do desenvolvimento funcional. O primeiro diz respeito às habilidades presentes no repertório da criança (parte 1). O segundo aspecto considera o nível de independência na realização das atividades diárias ou a participação do cuidador (parte 2). Por fim, o terceiro aspecto aborda as modificações no ambiente que são feitas para facilitar o desempenho funcional (Fernandes; Cabral, 2014).

A escala avalia as mudanças funcionais em atividades de autocuidado, mobilidade e função social. No que diz respeito ao autocuidado, isso inclui alimentação, vestimenta e atendimento a necessidades fisiológicas. Quanto à mobilidade, abrange o uso de veículos, cadeiras, utilização de instalações sanitárias, locomoção em ambientes internos e externos, bem como a capacidade de subir escadas. No aspecto da função social, considera-se a compreensão, a comunicação verbal, a interação com amigos e a participação na comunidade (Melo 2011).

No gráfico 2 encontra-se os dados referente a Parte I da Escala PEDI, que se direciona as habilidades funcionais, sendo os dados distribuídos por paciente e por domínio (autocuidado, mobilidade e função social)

**Gráfico 2-** Distribuição, por paciente, do somatório das Habilidades Funcionais da Escala PEDI de acordo com cada domínio



**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

No somatório total da parte I da escala indica que quanto maior a pontuação total, maior é a independência funcional da criança e menor é o comprometimento motor. Obtém-se uma pontuação total de 197 itens, podendo ser quantificado 0, quando a criança é incapaz de realizar e, 1 quando é capaz de realizar a ação do item investigado.

De acordo com os resultados do gráfico 2, observa-se que na área de autocuidado, com pontuação máxima de 73 pontos, a maior pontuação obtida foi de 21 pontos, registrada por um participante com atraso no desenvolvimento motor. Em contraste, os participantes com paralisia cerebral alcançaram apenas 1 ponto nessa área.

Diante do resultado, percebe-se que as crianças que participaram da pesquisa apresentam baixo nível de capacidade funcional nas habilidades funcionais relacionadas à área do autocuidado. Mediante esses dados, os participantes demonstram dificuldades nas atividades relacionadas à alimentação, ao vestir-se e às necessidades fisiológicas. O resultado obtido correlaciona-se com o estudo de Melo (2011). No qual, de acordo com a pontuação fornecida

pela criança no domínio autocuidado, identifica-se a dificuldade nas ações como alimentação, higiene pessoal, banho, vestir/despir, uso do toalete, e continência urinária e fecal.

Na área de mobilidade, com uma pontuação máxima de 59 pontos, a maior pontuação obtida pelos participantes foi de 14 pontos, alcançada por um participante com atraso no desenvolvimento motor, enquanto os participantes com paralisia cerebral e agenesia do corpo caloso pontuaram apenas 3 pontos. Através desses dados, observa-se que os participantes apresentam um alto nível de incapacidade na área de mobilidade, que abrange o uso de carro, cadeira, banheiro, andar em ambientes fechados, ao ar livre e em escadarias.

Esse achado está em consonância com um estudo realizado por Fernandes, Cabral (2013), no qual foi evidenciado um alto nível de incapacidade nas crianças no domínio da mobilidade, abrangendo habilidades como manter-se sentado sem apoio, manter-se apoiado em equipamentos ou em adultos, passar de deitado para sentado na cama ou berço, sentar-se na beirada da cama, subir e descer da própria cama, e mover-se pelo ambiente sem dificuldade. O estudo de Fernandes, Cabral (2014) também revelou grandes dificuldades na área de mobilidade, destacando a necessidade de assistência intensificada na reabilitação motora, na manutenção da postura adequada para facilitar a locomoção e nas transferências das crianças.

Na área de função social, com uma pontuação máxima de 65 pontos, a maior pontuação obtida foi de 6 pontos, também por participantes com atraso motor, enquanto os participantes com paralisia cerebral alcançaram no máximo 1 ponto. Segundo Melo (2011), a área de função social está relacionada à compreensão, fala, interações com amigos e na comunidade. Diante disso, observa-se através dos dados que os participantes apresentam um alto grau de incapacidade nas funções sociais. Os resultados indicam que todas as crianças que participaram da pesquisa apresentam baixo nível de funcionalidade no âmbito da função social, não realizando ações como compreensão funcional, expressão funcional, resolução de problemas, brincar, auto informação, orientação temporal, participação em tarefas domésticas, noções de autoproteção e função na comunidade.

Compreende-se que, através dos resultados na parte 1 da escala (gráfico 2), todos os participantes obtiveram pontuações abaixo das estipuladas para crianças com habilidades funcionais preservadas. Conforme corroborado por Fernandes e Cabral (2014), as crianças avaliadas apresentam comprometimento motor grave, de acordo com suas pontuações, o que indica um atraso significativo no desenvolvimento em todas as áreas. A parte 2 da escala relaciona-se ao nível de ajuda oferecida pelo cuidador à criança em três áreas: autocuidado, mobilidade e função social. São categorizadas 20 atividades funcionais envolvendo as três áreas supracitadas. A pontuação varia de zero (0) a cinco (5): quando a criança é independente em

determinada ação, recebe 5 pontos; quando necessita de supervisão, recebe 4 pontos; quando recebe assistência mínima, 3 pontos; assistência moderada, 2 pontos; assistência máxima, 1 ponto; e 0 pontos quando a assistência é total (Bonomo *et al.* 2007)

Ao analisar os dados da pesquisa, observou-se que todas as crianças participantes pontuaram zero (0) em todos os domínios da parte 2 da escala, correspondendo a ajuda total do cuidador em todas as áreas. Isso abrange alimentação, vestimenta, higiene, controle urinário, transferências no banheiro, no carro, no chuveiro, locomoção em ambientes internos e externos, escadas, compreensão funcional e segurança.

A Parte 3 da escala PEDI avalia as modificações no ambiente necessárias para que a criança possa realizar 20 atividades funcionais nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. As pontuações são designadas por letras (N, C, R e E), que indicam o tipo de modificação necessária para a criança. Quando nenhuma modificação é necessária, a letra N é usada; se a modificação é centrada na criança, como o uso de fraldas, a letra C é utilizada; se envolve o uso de equipamento de reabilitação, como órteses, a letra R é atribuída; e quando são necessárias modificações extensivas, como dispositivos que ampliem as capacidades funcionais, a letra E é utilizada (Mélo, 2011).

A análise dos dados mostrou que as crianças com atraso no desenvolvimento motor pontuaram predominantemente com a letra C, indicando que as modificações necessárias estavam centradas na criança. Em contraste, crianças com paralisia cerebral e agenesia do corpo caloso apresentaram uma combinação de pontuações C e R. Elas necessitavam de modificações centradas na criança em áreas de autocuidado e de equipamentos de reabilitação para auxiliar na mobilidade. Isso reflete a necessidade de dispositivos auxiliares para a realização de ações nesse domínio.

#### 5.4. SEÇÃO 4 - DESAFIOS ENCONTRADOS NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

A parte relacionada aos desafios no processo de reabilitação em crianças residentes na zona rural, foi investigada através de um questionário elaborado pela autora, sendo o mesmo aplicado em formato de entrevista, onde todas as falas foram gravadas e todas as falas foram transcritas integralmente, visando facilitar a interpretação dos resultados obtidos.

As questões abordadas foram organizadas em quatro categorias distintas, de acordo com os temas abordados em cada uma delas. Na **categoria 1**, foram agrupadas as questões relacionadas ao processo para obter acesso ao atendimento fisioterapêutico, abrangendo as **perguntas de número 1 a 5**. A **categoria 2** aborda a distância entre a moradia dos participantes e os meios de locomoção disponíveis para acessar o atendimento fisioterapêutico, englobando

as **questões de 6 a 9**. As **questões 10 a 13** foram categorizadas na **categoria 3**, que se refere aos desafios e barreiras enfrentados pelos participantes para acessar o atendimento fisioterapêutico. Por fim, a **categoria 4** trata dos benefícios percebidos e os facilitadores ao acesso da fisioterapia contemplando as questões de número 14 e 15.

### **Categoria 1 - Processo para obter acesso ao atendimento fisioterapêutico**

Nesta categoria, foram realizadas investigações relacionadas ao processo de obtenção de atendimento fisioterapêutico, as quais incluíram cinco (5) perguntas norteadoras. Estas perguntas abordaram o momento em que os responsáveis decidiram buscar atendimento fisioterapêutico para as crianças, o momento em que tiveram acesso ao atendimento pela primeira vez, se esse acesso foi por meio de encaminhamento médico, os procedimentos subsequentes após o encaminhamento (caso tenha ocorrido), o tempo decorrido até o início do atendimento, e por último, o local inicial de atendimento da criança, seja no sistema público ou privado de saúde.

As respostas associadas a essas perguntas mostram-se bastante semelhantes entre si, com a maioria das mães conduzindo seus filhos em busca de atendimento fisioterapêutico devido à percepção de atrasos em certas aquisições típicas da idade das crianças. Nesse sentido, elas direcionam seus esforços para buscar serviços de saúde, inicialmente, buscando por Médicos nas Unidades Básicas de Saúde e Pediatras, após notarem sinais de atraso no desenvolvimento motor de seus filhos. Dois participantes relataram que suas crianças foram encaminhadas para fisioterapia enquanto estavam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), enquanto outros mencionaram que receberam recomendações de terceiros que identificaram atrasos no desenvolvimento motor das crianças. Assim, as mães procuraram serviços especializados para atender às necessidades de seus filhos.

Quando indagadas sobre o acesso à fisioterapia pela primeira vez, as mães relataram que suas crianças receberam atendimento pela primeira vez entre 8 meses e 1 ano e 5 meses de idade. Inicialmente, três crianças foram atendidas pela primeira vez na clínica escola da UNIVS, enquanto outras duas começaram na Policlínica Dr. Sebastião Limeira Guedes (ICÓ). Uma criança iniciou seu tratamento em casa, com assistência multiprofissional.

Após o contato com um profissional de saúde, todas as crianças foram encaminhadas para fisioterapia por meio de encaminhamento médico e pediátrico, sem relatos de um primeiro contato direto com um fisioterapeuta. As mães também relataram que suas crianças aguardaram entre 1 mês a 1 ano e 5 meses para receber o atendimento inicial. E todas as crianças foram



inicialmente atendidas no sistema público de saúde. Para averiguar sobre o tempo de espera para o atendimento inicial, elaboramos a seguinte pergunta: **PERGUNTA 2<sup>a</sup>**: Quando teve acesso ao atendimento fisioterapêutico pela primeira vez?

*“Foi quando ele tinha 1 ano e 5 meses que tive acesso aqui”*  
(Participante 3).

*“Ele tinha 11 meses quando conseguiu”* (Participante 1)

Através das falas das mães, percebe-se que houve um longo período de espera para o primeiro atendimento das crianças, como pode ser confirmado pelas seguintes declarações. Diante dessas afirmações, observa-se que as crianças conseguiram acesso ao atendimento após um tempo significativo de espera. Por exemplo, a participante 3 relatou que aguardou pelo atendimento por 1 ano e 5 meses. Tal achado corrobora com um estudo realizado por Magalhães *et al.* (2022), que relata que os moradores de zonas rurais enfrentam várias dificuldades. Assim, esses indivíduos lidam com desafios e barreiras diversas para acessar os serviços de saúde, que são mais complexos em comparação com aqueles na área urbana.

### **Categoria 2-** Distância da moradia até o local de atendimento, e meios de locomoção

Na segunda categoria, a entrevista foi direcionada para identificar a distância entre a residência dos participantes e o local de atendimento, além de investigar os meios de locomoção utilizados por eles.

Quando foram indagadas sobre “Você mora muito longe do atendimento fisioterapêutico? quanto tempo até chegar? quantos quilômetros de distância?”, todas as participantes da amostra consideraram a distância percorrida até o local de atendimento como significativamente longa, variando entre 15 minutos e uma hora de deslocamento. Quando questionadas sobre a extensão em quilômetros do percurso, apenas uma mãe soube fornecer essa informação, relatando que percorria 23 quilômetros, dos quais metade do trajeto era composto por estradas rurais, como pode-se confirmar com as falas a seguir.

*“sim! leva uns 40 minutos se for de moto, mas se for no carro da saúde demora mais, porque vai passando nas casas das outras crianças. os quilômetros são 23 km”* (Participante 06).

*“Moro longe, eu não sei dizer os minutos certos, mas acho que é uns 40 a 1 hora, e os quilômetros também não sei”* (Participante 03).

Diante dos achados, identifica-se que a distância entre a moradia e o local de atendimento foi considerada, segundo os dados, como um longo percurso para conseguir atendimento fisioterapêutico. Esses dados corroboram com um estudo realizado por Silva *et al.* (2020), que evidenciou que a distância entre o serviço e a residência das crianças foi a dificuldade mais referida pelos participantes no estudo, havendo uma associação estatisticamente significativa entre a distância e o tempo de locomoção até o estabelecimento.

Em relação aos meios de locomoção, os participantes relataram que trazem as crianças nos carros da saúde oferecidos pelo município. Outros utilizam seus próprios carros ou motos, enquanto alguns relatam que utilizam topiques. Assim, fornece uma divisão entre os carros da saúde oferecidos pelo município quanto os veículos próprios dos participantes, como carros ou motos, além das topiques. Silva *et al.* (2020) realizaram um estudo que se correlaciona com esse achado, evidenciando que o afastamento entre a moradia e o local de atendimento gera dificuldades na acessibilidade. Surgem problemas com transporte, dependência da ambulância da saúde e, principalmente, a falta de recursos para custear a locomoção, especialmente quando os participantes residem na zona rural.

Logo, ao serem questionadas sobre a frequência dos atendimentos por semana, percebe-se que 100% da amostra frequenta os atendimentos apenas uma vez por semana.

### **Categoria 3-** Desafios e barreiras enfrentados para acesso ao atendimento fisioterapêutico

Nesta categoria, investiga-se os principais desafios e barreiras que os participantes enfrentam para conseguir atendimento especializado em fisioterapia. Composta por quatro (4) perguntas voltadas para investigar se a locomoção é um fator que dificulta os atendimentos, quais os principais desafios enfrentados, se a situação financeira influencia na reabilitação e qual a principal dificuldade a criança enfrenta por ter que se deslocar da zona rural até a zona urbana.

Quando questionadas sobre se a locomoção é um fator que dificulta o processo de reabilitação, todas as respostas foram afirmativas. Na perspectiva das mães, a locomoção influencia diretamente, tornando a reabilitação mais difícil. Foram relatados diversos casos, sendo o principal a falta de disponibilidade dos carros da saúde, que frequentemente não comparecem no dia agendado devido a problemas como falta de combustível ou outros fatores mencionados pelos motoristas. Além disso, a dificuldade de transporte em motocicletas é uma questão, especialmente quando se trata de trazer uma criança cadeirante. Para identificar tais fatores, elaboramos a seguinte pergunta:

**PERGUNTA 10<sup>a</sup>:** A locomoção é um fator que dificulta os atendimentos?

*“Sim, porque às vezes o carro falta e, assim, perdemos o atendimento. Às vezes, o motorista inventa uma desculpa, o que dificulta ainda mais vir. Além disso, é longe para trazê-la, então ficamos esperando, porque o carro vem cedo e não chega próximo ao horário do atendimento”*  
(Participante 02).

Percebeu-se também que, durante o inverno, a dificuldade aumenta para aquelas que enfrentam estradas e passagens em rios. Uma mãe relata que a maior dificuldade está em ter que esperar até tarde para retornar para casa, pois, ao utilizar as topiques, é necessário aguardar o horário de retorno delas, ficando no centro da cidade com a criança até que esteja disponível para retornar. Os dados obtidos corroboram um estudo realizado por Silva *et al.* (2020), que menciona problemas como a inadequação dos transportes, a dependência de ambulâncias incapazes de atender toda a população e a falta de recursos para custear o transporte e o deslocamento, especialmente em áreas rurais.

Ao serem questionados sobre o principal desafio enfrentado para conseguir o atendimento fisioterapêutico, os participantes relatam uma variedade de obstáculos. Estes englobam desde questões de locomoção e desafios financeiros até enfrentar chuvas, estradas com lama e ter que carregar a criança nos braços. Além disso, a espera pelo atendimento também foi mencionada como uma dificuldade significativa.

Na interrogação relacionada à influência da situação financeira no processo de reabilitação, todas as participantes afirmaram que influencia pois, se tivessem condições financeiras, levariam as crianças mais vezes aos atendimentos, considerando até mesmo a possibilidade de conciliar com atendimentos fisioterapêuticos particulares. Corroborando com Silva *et al.* (2021), no estudo realizado por eles, demonstrou que a limitação de recursos financeiros, decorrente da baixa renda dos participantes, é um fator significativo. Constatou-se que essa dificuldade está fortemente relacionada a um tempo de espera prolongado para obter acesso aos serviços de fisioterapia.

Em relação às dificuldades enfrentadas pelas crianças ao se deslocarem da zona rural até a cidade, muitos desafios são relatados. Destaca-se a questão da locomoção, onde a criança precisa se deslocar para um ambiente não adaptado para suas necessidades. Além disso, surgem problemas relacionados aos horários, uma vez que os ônibus partem muito cedo da zona rural e retornam muito tarde. Muitas crianças precisam acordar às 4 horas da manhã para conseguir acesso aos serviços, enquanto outras aguardam o ônibus até as 13:00 para retornar para casa.

Essa espera prolongada antes e depois do atendimento pode causar estresse nas crianças, devido aos horários distantes das consultas.

Outros fatores complicadores estão relacionados às condições climáticas, como chuvas intensas e rios cheios, que além de dificultarem o deslocamento, representam perigos adicionais. Alguns fatores podem ser observados nas falas dos participantes, conforme investigado pela pergunta 13, e vemos a seguir.

**PERGUNTA 13<sup>a</sup>** Qual a principal dificuldade a criança enfrenta por ter que se deslocar da zona rural até a zona urbana para o atendimento fisioterapêutico?

*“A dificuldade principal é ter que levá-lo até Icó. Porque ele não anda, fica muito estressado, cansado. Já passei o rio com ele para pegar o carro do outro lado, mas a água estava baixa. Essas coisas são difíceis” (Participante 06).*

*“É ele vir no ônibus, acordar cedo, ficar esperando o ônibus para voltar com ele, às vezes ele dorme no meu braço, ele fica estressado” (Participante 03).*

Uma mãe (Participante 06) relatou que levar seu filho até Icó é muito difícil. Ele não pode andar, fica estressado e cansado durante a viagem. Ela mencionou já ter atravessado um rio com a criança para pegar o carro do outro lado, o que mostra a dificuldade relacionada das barreiras geográficas. Outra mãe (Participante 03) mencionou que seu filho enfrenta dificuldades ao viajar de ônibus. Ele precisa acordar cedo e esperar longos períodos até que o ônibus esteja disponível para levá-los de volta para casa, o que causa estresse na criança, que às vezes dorme nos braços da mãe devido ao cansaço.

Essas respostas mostram como a falta de infraestrutura e as distâncias significativas criam barreiras substanciais para o acesso aos serviços de fisioterapia, resultando em estresse e desgaste para as crianças e suas cuidadoras.

#### **Categoria 4-** Benefícios e facilitadores ao acesso à fisioterapia

A quarta e última categoria aborda os benefícios e facilitadores percebidos pelos cuidadores no processo de reabilitação, sob a perspectiva destes. Consiste em duas perguntas destinadas a identificar, na percepção dos cuidadores, quais benefícios eles atribuem à criança por meio do atendimento fisioterapêutico e quais fatores facilitariam o acesso aos serviços de fisioterapia se residissem na zona urbana.

Ao perguntar aos participantes quais os benefícios que as crianças poderiam obter com a fisioterapia, observa-se um entendimento por parte das mães sobre a importância desse tratamento no processo de reabilitação. Todas relatam que foi por meio da fisioterapia que as crianças conseguiram realizar algumas ações que anteriormente não conseguiam, tais como movimentar a cabeça lateralmente, controlar o tronco e sentar. As falas dos participantes se correlacionam entre si nas respostas. Para identificar esses benefícios, foi realizada a seguinte pergunta:

**PERGUNTA 14<sup>a</sup>:** O que você aponta como principal benefício no acompanhamento fisioterapêutico?

*“Para mim, no caso do (\*\*\*) tudo, depois que começou, eu percebi que ele começou a segurar a cabeça, coisa que ele não fazia, e mexer os braços ele já mexe depois da fisio, porque quando eu saí da UTI com ele, ele não fazia absolutamente nada, olhar para o lado ele não conseguia. Então, muita coisa foi através da fisioterapia. Eu vejo que ele conseguiu aqui!” (Participante 1).*

*"É tudo à fisioterapia, ajuda demais, em termos de tudo. Benefício enorme a fisioterapia, pois ajuda na melhora da criança" (Participante 2).*

Como visto anteriormente, as falas das participantes denotam o entendimento das mães sobre a importância do acompanhamento fisioterapêutico e que, através deste acompanhamento, as crianças já demonstram melhorias em seu quadro clínico. Diante da evolução das crianças, associa-se, pelas falas das mães, a um estudo realizado por Silva et al. (2021), que afirma que as crianças com paralisia cerebral (PC) enfrentam desafios funcionais na execução de suas atividades diárias (AVDs) devido à diminuição de força, amplitude de movimento restrita, limitações articulares e alterações no controle motor. O estudo também destaca que a fisioterapia é fundamental na reabilitação, oferecendo oportunidades que promovem o desenvolvimento de suas habilidades funcionais. Nesse sentido, foi possível observar, a partir das falas acima, que os cuidadores notam esses avanços.

No contexto dos facilitadores, em relação à perspectiva dos participantes na facilitação do acesso à fisioterapia para crianças que residem na zona rural, a maior parte da amostra refletiu sobre a possibilidade de trazer a criança mais vezes aos atendimentos fisioterapêuticos caso morassem na zona urbana. Eles não se preocupariam com transporte, gastos e, principalmente, a espera antes e depois do atendimento, não precisando sair de casa tão cedo. Para entender a perspectiva das mães em relação ao assunto, elaboramos a seguinte pergunta:

**PERGUNTA 15<sup>a</sup>:** O que na sua opinião facilita o acesso a fisioterapia aqui na zona urbana (cidade)?

*“Facilitava porque eu poderia vir mais vezes, mais perto, não teria preocupação com os gastos, e também não precisava ficar esperando com ele no comércio até a volta do ônibus, porque o atendimento é às 10:00 horas. Aí chega cedo, fica esperando, e quando acaba tem que esperar até 11:40 para voltar, e ainda chega lá só 12 e pouco, quase 13:00 horas” (Participante 3).*

*“Facilitaria a locomoção, o tempo, pois chegaria bem na hora do atendimento, não precisaria esperar. Acredito que, nessa questão da locomoção, seria mais facilitado, assim como na questão da espera pelo atendimento” (Participante 4).*

As participantes destacaram que morar mais perto dos serviços de fisioterapia facilitaria o acesso ao tratamento. Uma mãe (Participante 03) mencionou que poderia levar seu filho com mais frequência e evitar longas esperas antes e depois do atendimento. Outra mãe (Participante 04) ressaltou que a locomoção seria mais eficiente, permitindo chegar no horário exato do atendimento sem longas esperas. Essas falas mostram a importância da proximidade dos serviços de saúde para a eficácia do tratamento e o bem-estar das famílias.

Correlacionando com a fala de Magalhães *et al.* (2022), que reflete sobre a acessibilidade ao SUS, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acesso à saúde no Brasil tem se expandido gradualmente para melhorar a qualidade de vida da população. No entanto, ainda existem desigualdades na distribuição dos serviços de saúde, com uma cobertura mais extensa nas áreas urbanas. Esse desequilíbrio torna o monitoramento das condições de saúde nas zonas rurais consideravelmente mais difícil. Esse fato se relaciona com as declarações das mães, que refletem sobre a facilidade de acesso aos serviços de saúde na zona urbana.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram um cenário preocupante quanto ao perfil sociodemográfico dos cuidadores e às condições clínicas das crianças. Todos os cuidadores eram mulheres, a maioria agricultoras, com baixa renda e variados níveis de escolaridade. Essas condições socioeconômicas desfavoráveis dificultam o acesso a serviços de saúde e a recursos necessários para o cuidado adequado das crianças.

As crianças acompanhadas apresentavam principalmente paralisia cerebral, atraso no desenvolvimento motor e agenesia do corpo caloso. Embora o diagnóstico precoce fosse comum, a maioria das crianças não utilizava dispositivos auxiliares essenciais e necessitava de adaptações ambientais em suas residências. A avaliação funcional, realizada através da escala PEDI, revelou que crianças sem diagnóstico patológico associado, apresentando apenas atraso no desenvolvimento motor, tinham um desempenho funcional superior em comparação àquelas com paralisia cerebral ou agenesia do corpo caloso. No entanto, todas as crianças apresentaram um nível significativo de dependência, exigindo assistência total dos cuidadores para a realização de atividades diárias.

Conclui-se que uma série de desafios significativos são enfrentados pelos cuidadores de crianças da zona rural com comprometimento neuromotor no acesso ao atendimento fisioterapêutico. A distância considerável até os locais de tratamento, a irregularidade dos meios de transporte, os problemas financeiros, mudanças climáticas e as condições geográficas adversas são barreiras que impactam negativamente o processo de reabilitação daqueles que residem na zona rural com comprometimento neuromotor e necessitam de assistência fisioterapêutica.

Embora este estudo tenha revelado diversos desafios enfrentados pelos cuidadores de crianças da zona rural com comprometimento neuromotor no acesso ao atendimento fisioterapêutico, percebe-se que ainda há uma grande lacuna na pesquisa sobre essa temática. A falta de estudos aprofundados faz com que muitas das dificuldades vividas por essas famílias permaneçam desconhecidas e subestimadas. Esse cenário impede a criação de políticas públicas eficazes que poderiam melhorar significativamente o acesso e a qualidade dos serviços de reabilitação para essas crianças. É essencial que futuras pesquisas se dediquem a explorar mais detalhadamente essas questões, trazendo à luz as histórias e as necessidades dessas famílias, para que intervenções mais humanas e eficazes possam ser desenvolvidas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Tatiane Ribeiro et al. Fisioterapia Motora no Desenvolvimento Neuropsicomotor Infantil/Motor Physiotherapy in Neuro-Psychomotor Child Development. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 13, n. 48, p. 684-692, 2019.

ANDRADE, Peterson Marco O. et al. Perfil cognitivo, déficits motores e influência dos facilitadores para reabilitação de crianças com disfunções neurológicas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, p. 320-327, 2011.

ANDREWS, Carin et al. Deficiências, limitações funcionais e acesso a serviços e educação para crianças com paralisia cerebral em Uganda: um estudo de base populacional. **Medicina do Desenvolvimento e Neurologia Infantil**, v. 4, pág. 454-462, 2020.

ARAÚJO, Mychelle Giordano Mota et al. Microcefalia em decorrência do vírus Zika: Revisão de Literatura. **Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia**, v. 8, n. 1, p. 33-43, 2020.

AUGUSTO, Cleiciele Albuquerque et al. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 51, p. 745-764, 2013.

BUZZATTO, LARISSA CRYSTINE FERNANDES SILVA. **SEMIOLOGIA NEUROPEDIÁTRICA**. 2023. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Carlos.

CARVALHO, Mayana Nicolau; SOUZA SOBRINHO, Talline Franciany. **CIF e paralisia cerebral: a influência dos fatores ambientais nas atividades e participação social** 2019.

DA SILVA, Ariane Gomes et al. Concepção do cuidador acerca do desenvolvimento da criança com paralisia cerebral após intervenção fisioterapêutica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e7310917797-e7310917797, 2021.

DE BARROS, Rosemary Santos et al. Principais instrumentos para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças no Brasil. **Brazilian journal of development**, v. 6, n. 8, p. 60393-60406, 2020.

DA SILVA, Fabiana Cavalcante; RIBEIRO, Wanderson Alves; DOS SANTOS, Larissa Christiny Amorim. Cuidados de enfermagem ao recém-nascido com hidrocefalia: Uma revisão da literatura. **E-Acadêmica**, v. 3, n. 3, p. e1233276-e1233276, 2022.

DE BRITO, Bárbara Lavinha Feitosa; DE SOUZA, Daniela Heitzmann Amaral Valentin; DE ARRUDA, Isabela Tatiana Sales. Fatores clínicos e sociais associados à espinha bífida: um estudo bibliográfico. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 8102-8108, 2021.

DE LUNETTA, Avaetê; GUERRA, Rodrigues. Metodologia da pesquisa científica e acadêmica. **Revista OWL (OWL Journal)-REVISTA INTERDISCIPLINAR DE ENSINO E EDUCAÇÃO**, v. 1, n. 2, p. 149-159, 2023.

DE MENEZES VASCONCELOS, Rosângela Lins. **AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL DE ACORDO COM NÍVEIS DE COMPROMETIMENTO MOTOR**, 2008.



DE MORAES, Ramon Moraes et al. Intervenções fisioterapêuticas na distrofia muscular de duchenne: revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 5182-5194, 2021.

DE OLIVEIRA TORRES, Geovana; DE ARAÚJO DANTAS, Meryeli Santos; DE LUCENA, Kerle Dayana Tavares. TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO CUIDADO À CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba**, v. 1, n. 2, 2023.

DE OLIVEIRA, Rosângela Maria Fernandes. Acesso dos pacientes com afecções neurológicas residentes na zona rural ao serviço de fisioterapia. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 5, p. S200-S207, 2018.

EUSTÁQUIO, Annaisa Beatriz Rocha Batista. FATORES AMBIENTAIS E PERFIL DE FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL: ESTUDO TRANSVERSAL. **Movimenta (ISSN 1984-4298)**, v. 17, n. 1, 2024.

FERNANDES, Sara Correa; SILVA, Karoline Costa Alves. QUALIDADE DE VIDA DA CRIANÇA PORTADORA DE HIDROCEFALIA: **uma revisão da literatura**. 2019.

FERNANDES, Daiana Sganzella; CABRAL, AYESA DE BRITO. APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE DISFUNÇÃO (PEDI) EM CRIANÇAS PORTADORAS DE PARALISIA CEREBRAL. **REVISTA SAÚDE MULTIDISCIPLINAR**, v. 1, n. 1, 2013.

FERREIRA, Maria Tatiane Silva; BARBOSA, Maria Udete Facundo. **CONTRIBUIÇÃO DA FISIOTERAPIA NO DESENVOLVIMENTO MOTOR DE UMA CRIANÇA COM HIDROCEFALIA: estudo de caso**. Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC), v. 3, n. 1, 2017.

FINAK, Paulina et al. SERVIÇOS DE TERAPIA PARA CRIANÇAS E JOVENS QUE VIVEM EM ZONAS RURAIS DE PAÍSES DE RENDIMENTO ELEVADO: **uma revisão do âmbito**. **Deficiência e Reabilitação**, v. 45, n. 11, pág. 1893-1915, 2023.

FROTA, Mirna Albuquerque et al. Perfil sociodemográfico familiar e clínico de crianças com cardiopatia congênita atendidas em uma instituição hospitalar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 2, p. 239-246, 2014.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE)**. Censo Brasileiro de 2022, ICÓ-CE <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/ico/panorama>. Acesso em Novembro de 2023.

KOBARG, Ana Paula Ribeiro; VIEIRA, Mauro Luis. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 21, p. 401-408, 2008.

LOBO, Hyago Gomes et al. CONTRIBUIÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS À FUNCIONALIDADE DO PACIENTE COM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS. **Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia**, v. 8, n. 1, p. 96-100, 2020.

LUCIO, Maria Clara Fagundes et al. Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com Espinha Bífida. **Revista Neurociências**, v. 31, p. 1-23, 2023.

MAGALHÃES, Denise Lima et al. Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e50411326906-e50411326906, 2022.

MAIA, Alef Alioscha Andrade et al. Fatores de risco da prematuridade: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 2, p. e9711-e9711, 2022.

MALVEZZI, Giuliana Frediani; SILVA, Joana Queiroz da. A fisioterapia precoce motora no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com microcefalia acometidas pelo zika vírus. 2020.

MARQUES, Maria Inês Sengo. **A análise do impacto da prematuridade na vinculação mãe-bebê**. Tese de Doutorado. 2023.

MARTINS, Emanuela Juvenal et al. Taxa de desenvolvimento de torque dos músculos do cotovelo em pacientes com espinha bífida. **Acta Fisiátrica**, v. 29, n. Supl. 1, p. S54-S56, 2022.

MEDEIROS, Cibele Macêdo Araújo de et al. Perfil neuromotor de crianças com paralisia cerebral e a qualidade de vida dos cuidadores. 2020.

MÉLO, Tainá Ribas. Escalas de avaliação do desenvolvimento e habilidades motoras: AIMS, PEDI, GMFM e GMFCS. **Fisioterapia em neuropediatria**, p. 23-42, 2011.

MENEZES, Edênia da Cunha; SANTOS, Flávia Aparecida Hora; ALVES, Flávia Lôbo. Disfagia na paralisia cerebral: uma revisão sistemática. **Revista CEFAC**, v. 19, p. 565-574, 2017.

NASCIMENTO, A. et al. Consenso para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con distrofia muscular de Duchenne. **Neurología: Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología**, v. 34, n. 7, p. 469-481, 2019.

NORBERT, Adriana Andreia De Fatima et al. A importância da estimulação precoce na microcefalia. **Salão do Conhecimento**, 2016.

OLIVEIRA, Cristiely Francisca Santos; FERREIRA, Tásia Peixoto de Andrade. Percepção dos cuidadores de crianças com doenças neurológicas sobre o tratamento fisioterapêutico. **Rev. Saluvista.[Internet]**, v. 36, p. 1081-92, 2017.

OLIVEIRA, Emmanuelle Marie Albuquerque et al. Breves considerações sobre o tumor cerebral e hidrocefalia infantil. **Editores Licuri**, p. 28-37, 2023.

PAICHECO, Roseli et al. Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental. **Med Reabil**, v. 29, n. 1, p. 9-12, 2010.

PASSOS, Taciana Silveira et al. DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: PANORAMA SOBRE AS PRINCIPAIS TEMÁTICAS DE ESTUDO A PARTIR DA ANÁLISE DE GRAFOS. **DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS-PRÁTICAS**, v. 1, n. 1, p. 531-543, 2020.

SANTOS, Josefa Francielly Matos; SANTOS, Bianca Ribeiro. A importância do lúdico na fisioterapia neurológica infantil, 2023.

SILVA, Allan dos Santos da; VALENCIANO, Paola Janeiro; FUJISAWA, Dirce Shizuko. Atividade Lúdica na Fisioterapia em Pediatria: Revisão de Literatura1. **Revista Brasileira de educação Especial**, v. 23, n. 4, p. 623-636, 2017.

SILVA, J.; LAMAS, Dheliane Roberta Faria; ANDRIANO, Lilian Abramo. A importância do tratamento fisioterapêutico na estimulação precoce em pacientes com hidrocefalia—uma revisão bibliográfica. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano, v. 4, p. 24-39.

SILVA, Verônica Andrade da et al. Acesso à fisioterapia de crianças e adolescentes com deficiência física em instituições públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2859-2870, 2020.

SOUZA, Sílvia Thaís da Silveira Maia et al. Caracterização do desenvolvimento motor e equilíbrio corporal em indivíduos com deficiência intelectual e sua correlação com a idade cronológica. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 29268-29285, 2021.

SOARES, Karen Fonseca et al. Aplicação da toxina botulínica tipo a associada a fisioterapia para o ganho de adm e redução de espasticidade em crianças com paralisia cerebral do tipo espástica—revisão bibliográfica. **REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS—UNIVERSO BELO HORIZONTE**, v. 1, n. 5, 2022.

VELOSO, MariaJosineide Lima et al. AA INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NOS PACIENTES COM MICROCEFALIA E ZIKA VÍRUS. **Revista Científica Rumos da inFormação**, v. 3, n. 1, p. 139-158, 2022.

WATHIER, Gislaine de Oliveira; CANELLA, Glauco César da Conceição. Importância da Fisioterapia no Tratamento de Doenças Neurológicas. **V Simpósio de Educação Física e Fisioterapia**. Juína, 2020.

SCHNEIDER, Eduarda Maria; FUJII, Rosangela Araujo Xavier; CORAZZA, Maria Júlia. Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 9, p. 569-584, 2017.

## ANEXO-A: INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE

Versão 1.0 – Brasileira

Nome: \_\_\_\_\_ Data do teste: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Identificação: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

### Sumário dos Escores

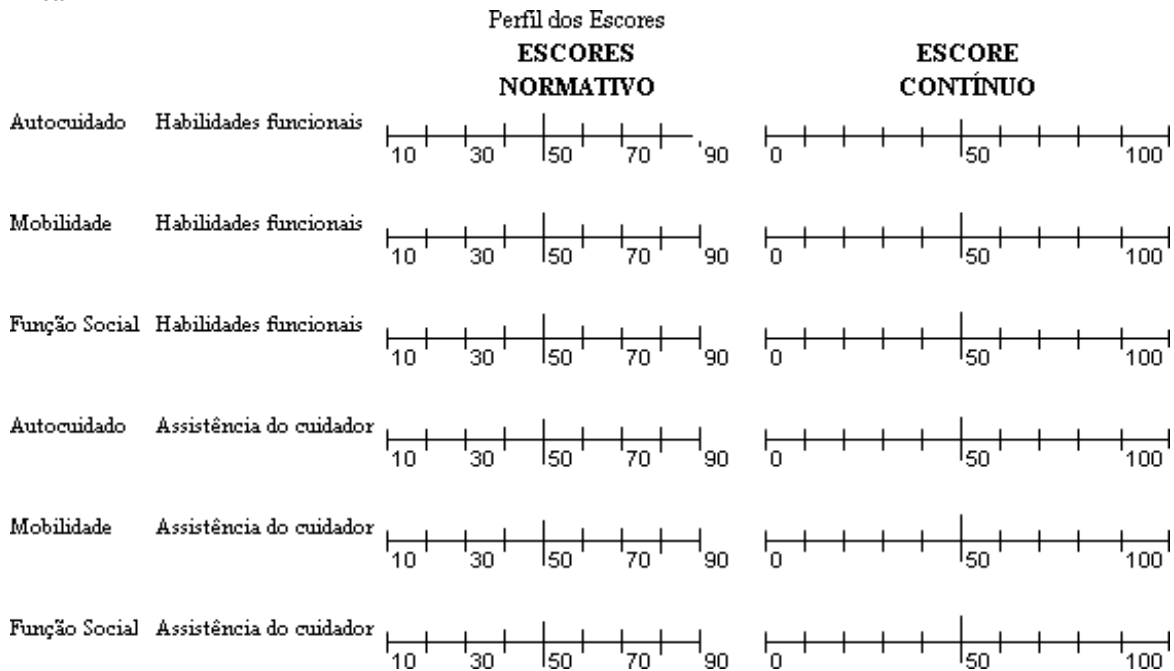
Escores Compostos

#### Área

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

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

#### Área



## PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY – PEDI

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

Versão 1.0 Brasileira

---

**Stephen M.Haley, Ph., PT.; Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/L; Larry H. Ludlow, Ph.D.; Jane T. Haltiwanger, M.A., Ed.M., Peter J. Andrellos, Ph.D.**  
1992, New England Medical Center and PEDI Research Group.

### Formulário de Pontuação

#### Sobre a Criança

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F

Idade:                      Ano                      Mês                      Dia

Entrevista                      \_\_\_\_\_

Nascimento                      \_\_\_\_\_ Id.

Cronológica                      \_\_\_\_\_

Diagnóstico (se houver): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_  
primário                      adicional

#### Situação Atual da Criança

Hospitalizada  mora em casa

Cuidado intensivo  mora em instituição

Reabilitação

Outros (especificar): \_\_\_\_\_

Escola ou outras instalações: \_\_\_\_\_

Série escolar: \_\_\_\_\_

Notas: \_\_\_\_\_

#### Sobre o entrevistado (pais ou responsável)

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: M                      F

Parentesco com a criança: \_\_\_\_\_

Profissão (especificar): \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

#### Sobre o examinador

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

**Sobre a avaliação** Recomendada por: \_\_\_\_\_

Razões da avaliação: \_\_\_\_\_

---

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

#### Parte I – Habilidades Funcionais: 197 itens

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

**0** = incapaz ou limitado na capacidade de

Executar o item na maioria das situações.

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

#### Parte II – Assistência do adulto de referência:

20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

**5** = independente

**4** = Supervisão

**3** = Assistência mínima

**2** = Assistência moderada

**1** = Assistência máxima

**0** = Assistência total

#### Parte III – Modificações: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

**N** = Nenhuma modificação

**C** = Modificação centrada na criança  
(não especializada)

**R** = Equipamento de reabilitação

**E** = Modificações extensivas

**Por favor, certifique-se de responder todos os itens**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## **APÊNDICE -A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

Prezado Sr.(a).

Jeynna Suyanne Pereira Venceslau CPF: 03007689317, como pesquisadora principal e Maria Amanda Félix Pereira, CPF 07606031380 e RG 20150857769, como pesquisadora auxiliar, do Centro Universitário Vale do Salgado, está realizando a pesquisa intitulada: PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM COMPROMETIMENTO NEUROMOTOR: REALIDADE E DESAFIOS, que tem como objetivos: Investigar os desafios encontrados para o acesso a reabilitação das crianças com comprometimento neuromotor, residentes na zona rural; avaliar o nível de capacidade funcional nas crianças investigadas e averiguar como se apresenta o grau de independência funcional das crianças da zona rural com comprometimento neuromotor.

Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: A primeira parte será realizada através de uma entrevista destinada aos pais/ cuidadores, por meio de um questionário semiestruturado que será dividido em três partes: Dados do participante, dados da criança e abordagem geral. Na primeira parte será coletada informações referentes ao participante nos quesitos, nome, idade, sexo, escolaridade, tipo de moradia e média salarial. Nos dados da criança, será feita indagações sobre, nome, idade, data de nascimento, tipo de parto, tempo gestacional, uso de dispositivo auxiliar e diagnóstico clínico. A parte destinada a abordagem geral, será composta por 15 perguntas sendo direcionadas sobre a acessibilidade ao atendimento fisioterapêutico, como e quando a criança foi encaminhada, quais as principais dificuldades, barreiras e desafios durante o processo de reabilitação, assim como o perfil dos participantes, as características clínicas da criança e averiguar os desafios encontrados no processo de reabilitação para ter acesso ao atendimento. A segunda parte da coleta será aplicada a escala PEDI (Pediatric Evaluation of Disability), que avalia três domínios: Habilidade funcional (parte I), mobilidade (parte II) e função social (parte III). O inventário tem como objetivo proporcionar um levantamento sobre o desempenho funcional da criança e busca dados em relação ao grau de independência do paciente, para avaliar a necessidade de intervenção de cuidadores, bem como a utilização de modificações no ambiente para facilitar seu desempenho. A coleta será desenvolvida em forma de entrevista com gravação de voz com tempo estipulado em 40 minutos.

Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em disponibilizar o seu tempo para responder ao questionário e a escala avaliativa, que serão aplicados em forma de entrevista, ressaltando que será utilizado o tempo em que ficará esperando o atendimento do seu (sua) filho (a) finalizar, não sendo necessário se ocupar em outro momento. O estudo será realizado na clínica Escola do Centro universitário vale do salgado (UNIVS) no momento de espera dos atendimentos de Fisioterapia Pediátrica, em uma sala reservada. Nesse estudo para atender aos princípios do anonimato e sigilo do participante serão atribuídos numerações em forma de codificação para que não ocorra o vazamento das informações.

Os procedimentos utilizados serão a aplicação de um questionário e a Escala PEDI. Os riscos dessa pesquisa são classificados como nível médio, pois os participantes podem apresentar cansaço ou aborrecimento ao responder a escala e o questionário, sendo amenizados solicitando a resposta no tempo do participante, sem pressa, e se for necessário com pausas durante o preenchimento dos questionários, como também, pode também gerar constrangimento ao se expor, ou até mesmo alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias, também desconforto, vergonha ou estresse. Para ser evitado todos esses sentimentos, a pesquisa será desenvolvida em um local reservado, onde permanecerá apenas o pesquisador e o entrevistado e todas as informações coletadas serão resguardadas em total sigilo, com acesso exclusivo apenas do pesquisador, assim como nenhum nome será divulgado, onde todas as entrevistas e questionários serão numerados para manter o anonimato.

Ademais, para assegurar todos os participantes, serão tomadas medidas de proteção que asseguram o bem-estar físico e mental dos entrevistados, garantindo o anonimato, e a proteção por meio dos termos assinados, assegurados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como já apontado anteriormente. E caso seja desencadeado algum problema na autoestima ou desordem psicológica, o entrevistado será encaminhado ao setor de psicologia da clínica escola da UNIVS para acompanhamento psicológico.

Os benefícios esperados com este estudo se configuram no surgimento de esclarecimentos a respeito dos principais desafios que essas crianças enfrentam durante o processo de reabilitação, podendo esclarecer a realidade que eles vivenciam para o público da Clínica Escola da UNIVS, assim como para comunidade em geral. Uma pesquisa nesse tema pode fornecer uma visão preciosa, pois, oferta conhecimentos sobre a realidade vivenciada por esses indivíduos, permitindo assim uma maior atenção direcionada a esta temática e talvez possíveis ações que possam amenizar os desafios encontrados pela população estudada.

A pesquisadora não cobrará nenhum valor monetário aos participantes da pesquisa, como também, não fornecerá nenhum valor financeiro ao pesquisado. No entanto, vale ressaltar, que os participantes serão beneficiados, pois terão acesso ao resultado do projeto, obtendo novos conhecimentos e esclarecimento em relação a realidade e desafios durante o processo de reabilitação das crianças. Ressalta-se ainda benefícios para a comunidade acadêmica, através da publicação dos resultados da pesquisa permitindo assim esclarecer quais os desafios encontrados e facilitando a visão dos profissionais que acompanham esse público sobre a realidade enfrentada na zona rural. As respostas e dados coletados serão utilizados de forma exclusiva par fins de pesquisa e serão mantidos em sigilo, usando números em forma de codificação, tanto no questionário, quanto nos resultados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a pesquisadora principal Jeynna Suyanne Pereira Venceslau através do e-mail: jeynnasuyanne@univs.edu.br, ou telefone (88) 99623-3796, nos seguintes horários: 08:00 às 17:00hs.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário Vale do Salgado-UNIVS localizado à Rua Monsenhor Frota, 609, Icó-CE, telefone (88) 3561- 2760. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

Local \_\_\_\_ data \_\_\_\_

---

Assinatura do Particionaste

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE-B TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

---

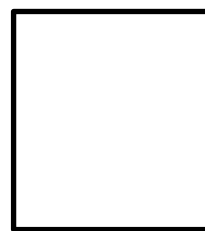
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu \_\_\_\_\_, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número \_\_\_\_\_, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa **PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM COMPROMENTIMENTO NEUROMOTOR: REALIDADE E DESAFIOS**, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

---

Assinatura do Pesquisador



## APÊNDICE-C: TERMO DE CONSENTIMENTO DE VOZ E IMAGEM

### TERMO DE CONSENTIMENTO DE VOZ E IMAGEM

---

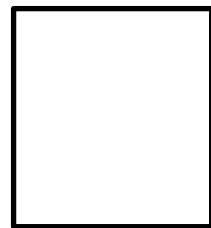
Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu \_\_\_\_\_, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número \_\_\_\_\_, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO DE VOZ E IMAGEM em participar voluntariamente da pesquisa PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM COMPROMENTIMENTO NEUROMOTOR: REALIDADE E DESAFIOS, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE-D: DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA



**CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO-UNiVS**  
**CNPJ: 03.338.261/0003-76**

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

---

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ exercendo o cargo de \_\_\_\_\_ do CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO (UNiVS), com CNPJ \_\_\_\_\_, declaro ter lido o projeto intitulado, PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM COMPROMENTIMENTO NEUROMOTOR: REALIDADE E DESAFIOS de responsabilidade do pesquisador (a) principal JEYNNA SUYANNE PEREIRA VENCESLAU, CPF 03007689317 e RG 2005034056540 com pesquisador (a) auxiliar MARIA AMANDA FÉLIX PEREIRA, CPF 07606031380 e RG 20150857769 e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do Centro Universitário Vale do Salgado–UNiVS, autorizaremos a realização deste projeto nesta unidades Básicas de Saúde tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

---

Local e data

---

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## APÊNDICE-E: QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

Nº DA ENTREVISTA \_\_\_\_\_

### DADOS DO PARTICIPANTE

NOME: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

TIPO DE MORADIA: CASA PRÓPRIA ( ) ALUADAGA ( )

LOCAL DE MORADIA: ZONA RURAL( ) ZONA URBANA( )

MÉDIA SALARIAL: \_\_\_\_\_

### DADOS DA CRIANÇA

NOME: \_\_\_\_\_

DN: / / IDADE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTO: \_\_\_\_\_ TEMPO GESTACIONAL: \_\_\_\_\_

TEMPO DE DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

USO DE DISPOSITIVO AUXILIAR PARA MARCHA OU MOBILIDADE:

( ) NÃO ANDA ( ) NÃO ( ) SIM, SE SIM QUAL: \_\_\_\_\_

ESTUDA: SIM ( ) NÃO ( )

QUADRO CLÍNICO: ( ) DIPLEGIA ( ) TETRAPLEGIA

### ABORDAGEM GERAL- BARREIRAS E FACILITADORES

- 1) QUANDO RESOLVEU LEVAR A CRIANÇA PARA O ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO?
- 2) QUANDO TEVE ACESSO AO ATENDIMENTO FISITERAPÊUTICO PELA PRIMEIRA VEZ?
- 3) LEVOU POR MEIO DE ENCAMINHAMENTO? (SE SIM) QUEM ENCAMINHOU?
- 4) APÓS O ENCAMINHAMENTO, QUANTO TEMPO LEVOU PARA SER ATENDIDO?
- 5) INICIALMENTE, A CRIANÇA FOI ATENDIDA NO SISTEMA: PÚBLICO ( ) PRIVADO ( ).
- 6) VOCÊ MORA MUITO LONGE DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO? QUANTO TEMPO ATÉ CHEGAR? QUANTOS QUILÔMETROS DE DISTÂNCIA?
- 7) QUAL O MEIO DE TRANSPORTE É UTILIZADO PARA LEVAR A CRIANÇA AO ATENDIMENTO?
- 8) O TRANSPORTE É ( ) PARTICULAR ( ) PÚBLICO
- 9) QUANTOS DIAS NA SEMANA A CRIANÇA FAZ ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO AQUI NA CLÍNICA?
- 10) A LOCOMOÇÃO É UM FATOR QUE DIFICULDA OS ATENDIMENTOS?
- 11) QUAL FOI O PRINCIPAL DESAFIO ENFRENTADO PARA ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO?
- 12) A SITUAÇÃO FINANCEIRA INFLUENCIA NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA CRIANÇA?

- 13) QUAL A PRINCIPAL DIFICULDADE A CRIANÇA ENFRENTA POR TER QUE SE DESLOCAR DA ZONA RURAL ATÉ A ZONA URBANA PARA O ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO?
- 14) O QUE VOCÊ APONTA COMO PRINCIPAL BENEFÍCIO NO ACOMPANHAMENTO FISIOTERAPÊUTICO?
- 15) O QUE NA SUA OPINIÃO FACILITA O ACESSO A FISIOTERAPIA AQUI NA ZONA URBANA (CIDADE)?

## APÊNDICE-F: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
VALE DO SALGADO - UNIVS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROCESSO DE REABILITAÇÃO EM CRIANÇAS DA ZONA RURAL COM COMPROMETIMENTO NEUROMOTOR: realidade e desafios

**Pesquisador:** Jeynna Suyanne Pereira Venceslau

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 78247624.2.0000.0301

**Instituição Proponente:** TCC EDUCACAO, CIENCIA E CULTURA LTDA - EPP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.714.650

#### Apresentação do Projeto:

O projeto tem como título "Processo de reabilitação em crianças da zona rural com comprometimento neuromotor: realidade e desafios". O pesquisador inicialmente descreve que o desenvolvimento infantil ocorre desde processo de vida intrauterina, onde desenvolve crescimento físico, maturação neurológica, aquisição de habilidades cognitivas e sociais. Nesse período o feto encontra-se desenvolvendo o sistema nervoso central, estando nessa etapa mais susceptível a adquirir doenças (Oliveira; Ferreira, 2017). O pesquisador ainda acrescenta que a Fisioterapia Neurofuncional Pediátrica é uma especialidade que busca prevenir, reabilitar e estabilizar consequências de problemas ligados ao sistema nervoso central e periférico da criança. O pesquisador explica que no processo de reabilitação de crianças com comprometimento neuromotor, que residem na zona rural, existem diversos fatores que dificultam a acessibilidade e o acompanhamento precoce, podendo destacar, os poucos recursos ofertados a essas famílias, seja socioeconômico ou socioemocional, além da grande quantidade de profissionais despreparados atuando na região rural. Ainda segundo Finak et al. (2023), uma das principais barreiras é a pobreza, uma vez que, qualquer custo adicional torna-se mais difícil arcar com despesas necessárias como alimentação e locomoção para obter atendimentos. O pesquisador destaca a importância de contextualizar, as necessidades enfrentadas e buscar estratégias que favoreçam melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, não só no âmbito saúde; mas também dirigir informações e conhecimentos, na

**Endereço:** Rua Monsenhor Frota, nº 609 - Centro - Bloco A, térreo

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 63.430-000

**UF:** CE

**Município:** ICO

**Telefone:** (88)3561-9200

**E-mail:** cepunivs@univs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.714.650

tentativa de direcionar o olhar da sociedade sobre a realidade que muitos enfrentam, onde, além da patologia em si, existem inúmeras condições que retardam o acesso à saúde, prolongando sequelas e diminuindo as chances de tratamento precoce. Sobre os participantes, a amostra será composta por cuidadores ou responsáveis de crianças com comprometimento neuromotor, que são atendidas na clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), residentes no município de Icó-Ce. A coleta de dados acontecerá por meio de entrevista, sendo ela norteadada por um questionário semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora, buscando identificar os perfis dos participantes e analisar através de perguntas, quais os principais desafios enfrentados durante o processo de reabilitação, e a utilização da escala PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory), que avalia a capacidade funcional de crianças de seis meses de idade até sete anos e seis meses de idade.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme consta no projeto, o objetivo primário da pesquisa é: analisar a realidade no processo de reabilitação em crianças da zona rural com comprometimento neuromotor.

Já como objetivos secundários, o pesquisador dispõe, conforme descrito no projeto a: investigar os desafios encontrados para o acesso a reabilitação das crianças com comprometimento neuromotor, residentes na zona rural; avaliar o nível de capacidade funcional nas crianças investigadas; averiguar como se apresenta o grau de independência funcional das crianças da zona rural com comprometimento neuromotor.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Na brochura do projeto, enviado ao CEP, o pesquisador relata que os procedimentos utilizados serão a aplicação de um questionário e a Escala PEDI. O pesquisador descreve que os riscos dessa pesquisa são classificados como nível médio, pois os participantes podem apresentar cansaço ou aborrecimento ao responder a escala e o questionário, sendo amenizados solicitando a resposta no tempo do participante, sem pressa, e se for necessário com pausas durante o preenchimento dos questionários, como também, pode também gerar constrangimento ao se expor, ou até mesmo alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias, também desconforto, vergonha ou estresse. Para ser evitado todos esses sentimentos, a pesquisa será desenvolvida em um local reservado, onde permanecerá apenas o pesquisador e o entrevistado e todas as informações coletadas serão resguardadas em total sigilo, com acesso exclusivo apenas do pesquisador, assim como nenhum nome será divulgado, onde todas as entrevistas e questionários serão numerados para manter o

**Endereço:** Rua Monsenhor Frota, nº 609 - Centro - Bloco A, térreo

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 63.430-000

**UF:** CE

**Município:** ICO

**Telefone:** (88)3561-9200

**E-mail:** cepunivs@univs.edu.br

Continuação do Parecer: 6.714.650

anonimato. Ademais o pesquisador acrescenta que, para assegurar todos os participantes, serão tomadas medidas de proteção que asseguram o bem-estar físico e mental dos entrevistados, garantindo o anonimato, e a proteção por meio dos termos assinados, assegurados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, como já apontado anteriormente. E caso seja desencadeado algum problema na autoestima ou desordem psicológica, o entrevistado será encaminhado ao setor de psicologia da clínica escola da UNIVS para acompanhamento psicológico.

Já em relação aos benefícios, o pesquisador ressalta a importância do esclarecimento da realidade que estes pacientes vivenciam tanto para o público da Clínica Escola da UNIVS, assim como para comunidade em geral. O pesquisador acrescenta que essa pesquisa pode fornecer uma visão diferenciada, pois, oferta conhecimentos sobre a realidade vivenciada por esses indivíduos, permitindo assim uma maior atenção direcionada a esta temática e talvez possíveis ações que possam amenizar os desafios encontrados pela população estudada. Foi ressaltado ainda os benefícios para a comunidade acadêmica, através da publicação dos resultados da pesquisa permitindo assim esclarecer quais os desafios encontrados e facilitando a visão dos profissionais que acompanham esse público sobre a realidade enfrentada na zona rural. Por fim, o pesquisador relata que os participantes deste estudo serão beneficiados, pois terão acesso ao resultado do projeto, obtendo novos conhecimentos e esclarecimento em relação a realidade e desafios durante o processo de reabilitação das crianças.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente estudo é relevante para que a sociedade e comunidade científica compreendam os desafios diários durante o processo de reabilitação pelos participantes estudados nesta da pesquisa, bem como, o nível de capacidade funcional, o grau de independência, os meios de acessibilidade e os fatores socioeconômicos do público alvo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O pesquisador apresentou:

1. Projeto PB com informações básicas preenchido;
2. Carta de anuência, em formato pdf, apresentada;
3. Cronograma de pesquisa, em formato word, apresentado;
4. Instrumento "Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade" apresentado;
5. Orçamento da pesquisa, em formato word, apresentado;

**Endereço:** Rua Monsenhor Frota, nº 609 - Centro - Bloco A, térreo

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 63.430-000

**UF:** CE

**Município:** ICO

**Telefone:** (88)3561-9200

**E-mail:** cepunivs@univs.edu.br



Continuação do Parecer: 6.714.650

6. Formulário do Questionário Semiestruturado, em formato word, apresentado;
7. Termo de consentimento de imagem e voz, em formato word, apresentado;
8. TCLE, em formato word, apresentado;
9. TCPE, em formato word, apresentado;
10. Brochura completa do projeto, em formato word, apresentado;
11. Folha de rosto, em formato pdf, apresentada.

**Recomendações:**

Encaminhar o relatório final ao CEP/CONEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2292900.pdf	29/02/2024 11:05:57		Aceito
Outros	TERMO_IMAGEM_VOZ.docx	29/02/2024 10:53:59	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Outros	TCPE.docx	29/02/2024 10:53:44	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SEMIESTRUTURADO.docx	29/02/2024 10:53:14	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Outros	INVENTARIO_PEDI.pdf	29/02/2024 10:52:45	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.pdf	29/02/2024 10:51:47	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC_FINAL_SUBMISSAO.docx	29/02/2024 10:51:10	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/02/2024 10:47:21	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/02/2024 10:46:52	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	29/02/2024 10:46:37	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/02/2024 10:46:01	Jeynna Suyanne Pereira Venceslau	Aceito

**Endereço:** Rua Monsenhor Frota, nº 609 - Centro - Bloco A, térreo

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 63.430-000

**UF:** CE

**Município:** ICO

**Telefone:** (88)3561-9200

**E-mail:** cepunivs@univs.edu.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO  
VALE DO SALGADO - UNIVS



Continuação do Parecer: 6.714.650

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

ICO, 20 de Março de 2024

---

**Assinado por:**  
**CICERO MAGÉRBIO GOMES TORRES**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Monsenhor Frota, nº 609 - Centro - Bloco A, térreo

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 63.430-000

**UF:** CE

**Município:** ICO

**Telefone:** (88)3561-9200

**E-mail:** cepunivs@univs.edu.br