



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Cristiane Paiva Alves

**ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO PRELIMINAR DO INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE NA
INFÂNCIA - IAFII**

São Carlos

2010



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

Cristiane Paiva Alves

**ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO PRELIMINAR DO INSTRUMENTO
PARA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE NA
INFÂNCIA - IAFII**

Texto elaborado para Exame de Defesa apresentado ao Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Educação Especial.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Simões Martinez

São Carlos

2010

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

P149ea

Paiva-Alves, Cristiane.

Elaboração e aplicação preliminar do instrumento para
Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade na Infância -
IAFII / Cristiane Paiva Alves. -- São Carlos : UFSCar, 2010.
138 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2010.

1. Estudantes deficientes físicos. 2. Pré-escolares. 3.
Avaliação. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade,
Incapacidade e Saúde (CIF). 5. Estudantes - atividades. I.
Título.

CDD: 371.91 (20^a)

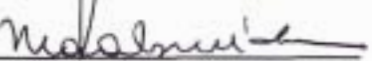


Banca Examinadora da Dissertação de **Cristiane Paiva Alves**

Profa. Dra. Cláudia Maria Simões Martinez
(UFSCar)

Ass. 

Profa. Dra. Maria Amelia Almeida
(UFSCar)

Ass. 

Profa. Dra. Andréa Rizzo dos Santos Boettger
Giardineto
(Unesp/Marília)

Ass. 

Financiamento:
Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

Dedicatória:

Dedico esta dissertação

Ao meu esposo Roberto, por sua cumplicidade, paciência e dedicação essenciais.

Aos meus pais, Hélio e Rosangela, incentivadores e colaboradores diretos ou indiretos, mas indispensáveis por nunca me deixarem desistir.

Aos meus avós, irmãos, tios, primos e amigos pelo apoio, paciência, e compreensão em todos os momentos, principalmente os de ausência.

AGRADECIMENTOS:

À todas as crianças e responsáveis, sem os quais essa pesquisa não seria possível, por me ensinarem muito com suas histórias de vida e por sua disposição sincera em participar da aplicação do instrumento.

Agradeço a orientação, o apoio e a sabedoria da orientadora Prof^a Dra. Cláudia Maria Simões Martinez neste trabalho de dissertação.

A Prof^a Dra. Maria Amélia Almeida por me permitir o privilégio do seu convívio e contínuo aprendizado no PPGEES (Programa de Pós Graduação em Educação Especial).

Às amigas do LAD (Laboratório de Atividade e Desenvolvimento) Elisa, Caroline, Renata, Débora e Fabiana por dividirem momentos de intenso aprendizado e amizade.

À terapeuta ocupacional e doutoranda, Gerusa, por seu apoio em momentos de dúvidas e sua contribuição na tradução dos questionários. Ao fisioterapeuta e esposo, Roberto, por suas revisões dos textos em inglês e pelo apoio sempre presente.

À colega de profissão e pós-graduação, Karina Zanni, por suas colaborações metodológicas e técnicas na execução da pesquisa.

À I turma de terapia ocupacional e aos professores da UNESP de Marília, pelos momentos de intenso crescimento, aprendizagem e perseverança que compartilhamos.

Às funcionárias do PPGEES Elza e Carol, pela atenção e paciência em momentos de decisão e burocracia. Ao colega de LAD, Éder, por ouvir minhas angústias, estar sempre de bom humor e pronto para ajudar.

À todos, meus sinceros agradecimentos.

Pelo sonho é que vamos

Pelo sonho é que vamos,
comovidos e mudos.

Chegamos? Não chegamos?
Haja ou não haja frutos,
pelo sonho é que vamos.

Basta a fé no que temos.
Basta a esperança naquilo
que talvez não teremos.
Basta que a alma demos,
com a mesma alegria,
ao que desconhecemos
e ao que é do dia a dia.

Chegamos? Não chegamos?
- Partimos. Vamos. Somos.

(Sebastião da Gama)

RESUMO

A identificação precoce de problemas no desenvolvimento de habilidades físicas, psíquicas e sociais, na fase pré-escolar, pode contribuir para os procedimentos de intervenção. A criança com deficiência física enfrenta, diariamente, desafios para aprendizagem no processo de inclusão escolar. Considerando essa realidade, a presente pesquisa objetivou descrever a influência da interação entre os componentes da CIF-CJ no processo de avaliação da funcionalidade e incapacidade de crianças com deficiência física por seqüela de prematuridade em processo de inclusão na pré-escola. Para tanto, foi elaborado um instrumento denominado Instrumento para Avaliação de Funcionalidade e Incapacidade na Infância, para crianças de 3 a 6 anos (IAFII), composto por um plano de atividades que contemplou domínios de *atividade e participação* da CIF-CJ e foi construído com base nos roteiros de análise de atividades da terapia ocupacional, além de dois questionários para *função e estrutura corporal e fatores ambientais*. Participaram do estudo três crianças, do sexo feminino com idades de C1, 4 anos; C2, 6 anos; e C3, 5 anos, nascidas pré-termo e com o diagnóstico de paralisia cerebral do tipo hemiparesia espástica e suas responsáveis. As crianças são atendidas em uma unidade de atendimento ambulatorial, vinculada a uma Universidade, que presta atendimento multiprofissional, em uma cidade de médio porte no interior de São Paulo. O presente estudo contempla as etapas de elaboração do instrumento bem como a aplicação do mesmo, cujos resultados foram descritos em forma de estudos de caso. Os dados da avaliação da funcionalidade e incapacidade das referidas crianças, a partir dos domínios de *funções e estruturas corporais* mostraram que as maiores deficiências encontram-se nas *estruturas relacionadas ao movimento*. Estes resultados estão em consonância com os achados obtidos a partir da avaliação nos domínios de *tarefas e demandas gerais e mobilidade* que também indicaram as dificuldades das participantes nas ações que exigiam o uso de movimentos dos membros superiores, com exceção de C3 que também apresenta déficit cognitivo acentuado. Aliado a isso, as crianças apresentaram dificuldades exacerbadas nas ações que exigiam o uso de movimentos globais dos membros inferiores, inclusive naquelas que exigiam sustentação e equilíbrio desses membros. Em relação a outro componente, *fatores ambientais*, o relato das responsáveis revelou haver um maior número de influência positivas destes na vida das crianças, destacando: o apoio emocional e material ofertado por suas famílias e amigos. Analisando-se as informações advindas dos três componentes da CIF-CJ, é possível afirmar que, apesar de haver estrutura oriunda dos facilitadores ambientais, há também a carência de equipamentos dos quais as crianças poderiam se beneficiar para facilitar a realização de muitas tarefas, tanto em casa, quanto na escola. Em função dos resultados obtidos discute-se a importância da avaliação da funcionalidade e incapacidade de crianças com disfunção física a partir da interação entre os três componentes: *funções e estruturas corporais, atividade e participação e fatores ambientais*, que resulta no **estado de saúde**. A detecção do estado de saúde de pré-escolares em processo de inclusão se destaca como importante ferramenta para estimular cuidados direcionados e proporcionar melhores resultados na inclusão escolar. Por fim, do ponto de vista metodológico o IAFII se mostrou adequado para a realização de estudos futuros em maior escala.

Palavras-chaves: Deficiência Física por Prematuridade. Inclusão Pré-escolar. Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – Crianças e Jovens (CIF - CJ). Desenvolvimento Infantil. Atividades.

ABSTRACT

The early identification problems in the development of physical, psychic and social abilities, in the preschool phase, can contribute for intervention procedures. The child with physical deficiency faces, daily, challenges for learning in the process of school inclusion. Considering this a reality, the present research aimed to describe the influence of interaction among the components of the ICF-CY. In the evaluation process of functionality and incapacity in children with physical deficiency, originated from the sequels of prematurity in the process of school inclusion for the preschooler. For that, it was elaborated a preliminarily called instrument, Instrument for the Evaluation of Functionality and Incapacity in Infancy, for children of 3 until 6 years (IAFII). It was performed a study case, object of the present study, to verify the relevancy of the proposal of the instrument and the feasibility of the plan. In this study 3 children in process of preschool inclusion were selected, from the feminine sex. C1, 4 years old; C2, 6 years old; and C3, 5 years old. Preterm born, diagnosed with hemiparesis spastic cerebral palsy. And their care givers. The children were taken care in an ambulatorial attendance unit, tied with a University, that gives multiprofessional attendance, in a city of average portage in the interior of São Paulo. The present study contemplates the stages of the instrument elaboration as well as its applications. Its results were described in studies case. The data of the functionality and incapacity evaluation in the related children, beginning from the functions and corporal structures domains, had shown that the biggest deficiencies were found in the structures related to the movement. These results according with the findings obtained from the evaluation in the tasks and general demands and mobility domains, which had also indicated the difficulties of the participants in the actions that demanded the use of movements of the superior members, except C3, that presented cognitive deficit. Allied to this, the children presented more accentuated difficulties in the actions that demanded the use of global movements of the inferior members, also in those that demanded balance and sustentation of these members. In relation to another component, the environment factors, in the descriptions of the care givers, disclose to have positive influence in the lives of the children, emphasizing the emotional and material support offered by the family and friends. Analyzing the information that had come from the three components of the CIF-CJ, it's possible to affirm that, although exists the structure originated from the environments facilitiers, there is also a lack of equipment which the children could be beneficiated to facilitate the accomplishment of many tasks, in the house as well as in the school. In function of the acquired results, the importance of the evaluation of the functionality and incapacity of the children with physical disability is argued, starting from the interaction between the three components: corporal functions and structures, activity and participation and environment factors, disclosing in the health condition. The preschooler in inclusion process' health condition detection showed itself as an important tool to stimulate focused care, resulting in better scholar inclusion results. Finally, on the methodological point of view, the IAFII proved itself adequate for future studies with larger number of participants.

Key-words: Physical deficiency for Prematurity. Preschool inclusion. International classification of Functionality Disability and Health - Children and Youth (ICF-CY). Children development. Activities.

APRESENTAÇÃO

Sou parte da primeira turma do curso de Terapia Ocupacional em uma universidade pública do estado de São Paulo. Meus professores diziam que as primeiras turmas costumavam apresentar características muito peculiares. Admito que logo nos primeiros anos da graduação não conseguia entender o que essa afirmação, feita com tanta convicção pudesse significar, mas com o passar do tempo fui capaz de perceber sua influência em minha vida. Fomos desbravadores. Lutamos juntos, alunos e professores, por cada detalhe da construção do curso, do espaço físico, o material de consumo, a contratação de professores e também a busca por um espaço em uma universidade essencialmente politizada e militante. A maior lição aprendida foi de que se acreditamos em algo, podemos torná-lo realidade.

O envolvimento com as questões não apenas do meu curso, mas também com as da universidade, fez com que eu estivesse em contato direto com os professores, coordenadores e diretores da instituição. Desse contato, surgiu minha vontade de continuar naquele ambiente. Recordo-me de uma palestra que assisti nos primeiros dias de aula na qual, o Prof. Sadao Omote muito experiente na área de pesquisa discursou de forma didática sobre o que era ser cientista, e tentou desmistificar a idéia do homem descabelado que provocava explosões e dava gargalhadas horripilantes em seu laboratório isolado do mundo. Ele falava de um cientista que poderia modificar realidades com o conhecimento que podia gerar, e ao invés da busca pelo isolamento, existia o interesse no coletivo. Disse também que para tornar-se um cientista, só havia um caminho, a pós-graduação *stricto sensu*. O que parecia um palavrão, mais tarde se tornaria parte bem quista de minha trajetória.

Na universidade em que me graduei, o curso de terapia ocupacional pertencia ao departamento de educação especial. Sendo assim, tive uma formação voltada a esse tema. Houve constantes e profundas discussões teóricas durante minha formação, principalmente sobre a inclusão escolar. Mas intrigou-me a realidade encontrada fora dos domínios da teoria. Quando iniciei o contato com instituições que atendiam crianças com necessidades educacionais especiais - NEE, pude perceber que muito do que era visto na universidade a respeito dessas crianças não era colocado em prática e isso ocorria por diversos motivos como os sociais, econômicos, políticos, entre outros. Foi nesse cenário que tive a certeza de querer tentar de alguma maneira transpor para a prática a teoria.

Pensei que poderia unir minha inclinação à vida acadêmica e a vontade de ser cientista a uma maneira de visualizar de forma sistemática todos os fatores que poderiam influenciar a vida daquelas crianças. Sendo a terapia ocupacional uma área do conhecimento que analisa a saúde a partir de uma abordagem biopsicossocial, acreditei que me encontrava em um ponto de partida.

Ao pesquisar sobre formas de sistematização da análise biopsicossocial, percebi que muito pouco havia sido feito. Nessa busca entrei em contato com a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – CIF, que oferecia subsídios à criação de instrumentos para sistematizar a análise de fatores biológicos, psicológicos e sociais envolvidos em uma situação de saúde. Deu-se início, então, às incontáveis horas de estudo e reflexão sobre a CIF na busca de uma maneira para realizar a tarefa por mim mesma designada. Desse modo, surgiu o meu projeto de pesquisa para o mestrado que procurava da melhor forma possível cumprir com aquilo tudo que um dia imaginei.

Acredito que não só de fatores pessoais se caracterize um estado de saúde. A saúde de uma criança com NEE é também resultado das interações sociais e ambientais que esta vivencia. É, portanto, uma relação complexa entre diversos fatores que a meu ver, precisavam ser investigados de forma mais aprofundada. Para realizar esta investigação busquei dentre os programas de pós-graduação em educação especial do país, linhas nas quais meu projeto pudesse se encaixar. Cheguei ao Programa de Pós Graduação em Educação Especial - PPGEES – e à sua linha de pesquisa denominada “prevenção de deficiências” que pareciam ter muito em comum com o meu projeto que tratava de prevenção secundária.

Este tipo de prevenção se define por um conjunto de ações que primam pela identificação e correção de qualquer desvio da normalidade, de forma mais precoce possível, visando a diminuição da prevalência da doença. A prevenção secundária consiste em um diagnóstico precoce e tratamento imediato, que ao meu ver poderiam ser promovidos com o uso de uma avaliação biopsicossocial.

No PPGEES tive a oportunidade de aprender com docentes competentes sobre métodos de pesquisa, a importância do rigor científico e dos aspectos éticos envolvidos. A multidisciplinaridade do programa me propiciou um enriquecimento teórico e pessoal que acredito ter sido muito importante para minha formação. Minhas expectativas foram atendidas, tanto em relação ao programa quanto em relação à pesquisa. O presente estudo me trouxe a oportunidade de refletir sobre a importância da criação do instrumento para sistematizar a análise biopsicossocial das crianças com NEE, e a continuar minha busca pela geração de conhecimentos, por meio da validação do IAFII, com intuito de prevenir deficiências e ajudar a criar novos desfechos de vida para essas crianças. Ao reportar-me à minha curta, porém opulenta trajetória acadêmica, só posso sentir-me impelida a continuar pelo caminho que lá atrás escolhi.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organização hierárquica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	25
Figura 2 – Interação entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde. OMS (2003).....	27
Figura 3 - Kit IAFII para atividades.....	49
Figura 4 – Fases que especificam os procedimentos de coleta de dados.....	59
Figura 5 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das funções corporais, por grau de deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAIFII.....	64
Figura 6 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das estruturas corporais, por extensão da deficiência, natureza da alteração e localização da deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAIFII.....	66
Figura 7 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>tarefas e demandas gerais</i> do IAIFII.....	69
Figura 8 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>comunicação</i> do IAIFII.....	70
Figura 9 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>mobilidade</i> do IAIFII.....	72
Figura 10 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>de auto-cuidados</i> do IAIFII.....	73
Figura 11 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>de relações e interações interpessoais</i> do IAIFII.....	75
Figura 12 - Ocorrências dos qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios <i>dos fatores ambientais</i> do IAIFII.....	77
Figura 13 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das funções corporais, por grau de deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAIFII.....	81
Figura 14 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das estruturas corporais, por extensão da deficiência, natureza da alteração e localização da deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAIFII.....	83
Figura 15 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>tarefas e demandas gerais</i> do IAIFII.....	85

Figura 16 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>comunicação</i> do IAIFII.....	87
Figura 17 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>mobilidade</i> do IAIFII.....	88
Figura 18 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>de auto-cuidados</i> do IAIFII.....	90
Figura 19 - Ocorrências dos qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios <i>dos fatores ambientais</i> do IAIFII.....	93
Figura 20 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das funções corporais, por grau de deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAIFII.....	97
Figura 21 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das estruturas corporais, por extensão da deficiência, natureza da alteração e localização da deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAIFII.....	99
Figura 22 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>tarefas e demandas gerais</i> do IAIFII.....	102
Figura 23 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>comunicação</i> do IAIFII.....	103
Figura 24 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>mobilidade</i> do IAIFII.....	104
Figura 25 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>de auto-cuidados</i> do IAIFII.....	106
Figura 26 - Ocorrências dos qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios <i>dos fatores ambientais</i> do IAIFII.....	109
Figura 27 – Síntese das ocorrências dos qualificadores de funções corporais.....	112
Figura 28 - Síntese das ocorrências dos qualificadores de <i>aprendizagem e aplicação do conhecimento</i>	113
Figura 29 - Síntese das ocorrências do <i>tarefas e demandas gerais</i>	114
Figura 30 - Síntese das ocorrências de <i>comunicação</i>	115
Figura 31 - Síntese das ocorrências de <i>mobilidade</i>	116
Figura 32 - Síntese das ocorrências <i>aprendizagem e aplicação do conhecimento</i>	117
Figura 33 - Síntese das ocorrências <i>relações interpessoais e áreas da vida</i>	118
Figura 34 - Síntese das ocorrências de facilitadores ambientais.....	119
Figura 35 - Síntese das ocorrências <i>barreiras ambientais</i>	120

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios selecionados da CIF-CJ, suas definições, as variáveis elencadas ou método de avaliação.....	41
Quadro 2 - Plano de atividades do IAFII.....	46
Quadro 3 – Caracterização dos participantes.....	56
Quadro 4 - Componentes do questionário CIF-CJ e forma de avaliação.....	58
Quadro 5 - Componentes da CIF-CJ e respectivos qualificadores.....	59
Quadro 6 - Qualificadores da CIF e descrição dos critérios de atribuição de cada qualificador.....	61
Quadro 7 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>aprendizagem e aplicação do conhecimento</i> do IAIFII.....	64
Quadro 8 - Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiências das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAFII.....	66
Quadro 9 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>aprendizagem e aplicação do conhecimento</i> do IAFII.....	68
Quadro 10 - Ocorrências do qualificador nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>tarefas e demandas gerais</i> do IAFII.....	69
Quadro 11 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>comunicação</i> do IAFII.....	70
Quadro 12 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>auto-cuidados</i> do IAFII.....	73
Quadro 13- Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>relações e interações interpessoais</i> do IAFII.....	74
Quadro 14- Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>de áreas principais da vida</i> do IAFII.....	81
Quadro 15 - Ocorrências do qualificador de nenhuma barreira ou facilitador, atribuídos domínios de <i>fatores ambientais</i> do IAFII.....	82
Quadro 16 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>aprendizagem e aplicação do conhecimento</i> do IAIFII.....	84
Quadro 17 - Ocorrências do qualificador nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>tarefas e demandas gerais</i> do IAFII.....	85

Quadro 18 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>comunicação</i> do IAFII.....	86
Quadro 19 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>auto-cuidados</i> do IAFII.....	90
Quadro 20 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>relações e interações interpessoais</i> do IAFII.....	91
Quadro 21 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios <i>de áreas principais da vida</i> do IAFII.....	91
Quadro 22 - Ocorrências do qualificador de nenhuma barreira ou facilitador, atribuídos domínios de <i>fatores ambientais</i> do IAFII.....	92
Quadro 23 - Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiências das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAFII.....	97
Quadro 24 - Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiências das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAFII.....	99
Quadro 25 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>aprendizagem e aplicação do conhecimento</i> do IAFII.....	101
Quadro 26 - Ocorrências do qualificador nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>comunicação</i> do IAFII.....	103
Quadro 27 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>relações e interações interpessoais</i> do IAFII.....	107
Quadro 28 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de <i>áreas principais da vida</i> do IAFII.....	107
Quadro 29 - Ocorrências do qualificador de nenhuma barreira ou facilitador, atribuídos domínios de <i>fatores ambientais</i> do IAFII.....	108

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	18
1.1 - PREMATURIDADE E PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO.....	18
1.2 – CONTRIBUIÇÕES DA CIF-CJ NOS PROCESSOS DE INCLUSÃO ESCOLAR.....	22
1.2.1 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE – CIF.....	24
1.2.2 – CIF PARA CRIANÇAS E JOVENS.	28
2 - OBJETIVO.....	34
2.1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
3 - MÉTODO.....	35
4 – ESTUDO 1: APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	35
4.1 - QUESTIONÁRIO CIF-CJ - Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos.....	36
4.2 - TRADUÇÃO.....	38
4.3 - ELABORAÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES BASEADO NOS DOMÍNIOS SELECIONADOS NO COMPONENTE ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO.....	41
4.3.1 - NATUREZA DAS ATIVIDADES.....	45
4.3.2 - MATERIAIS UTILIZADOS NO PLANO DE ATIVIDADES.....	49
4.4 - O IAFII.....	50
5 – ESTUDO 2: APLICAÇÃO DO IAFII.....	55
5.1 - ASPECTOS ÉTICOS.....	55
5.2 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	55
5.3 – PARTICIPANTES.....	55
5.4 - LOCAL.....	57
5.5 – IMPLEMENTAÇÃO DO IAFII.....	57
6 - ANÁLISE DOS DADOS DA APLICAÇÃO DO IAFII.....	61
6.1 – CONCORDÂNCIA ENTRE JUÍZES.....	61
7 - RESULTADOS.....	63
7.1 – ESTUDO DE CASO 1 – INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA C1.....	63
7.1.1 - FUNÇÕES CORPORAIS.....	64
7.1.2 - ESTRUTURAS CORPORAIS.....	66
7.1.3 - ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO.....	68

7.1.3.1 - APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO.....	68
7.1.3.2 - TAREFAS E DEMANDAS GERAIS.....	69
7.1.3.3 - COMUNICAÇÃO.....	70
7.1.3.4 - MOBILIDADE.....	72
7.1.3.7 - AUTO-CUIDADOS.....	73
7.1.3.6 - RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS.....	74
7.1.3.7 - ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA.....	75
7.1.4 - FATORES AMBIENTAIS.....	76
7.1.5 - ESTADO DE SAÚDE DE C1.....	79
7.2 – ESTUDO DE CASO 2 – INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA C2.....	80
7.2.1 - FUNÇÕES CORPORAIS.....	81
7.2.2 - ESTRUTURAS CORPORAIS.....	82
7.2.3 - ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO.....	84
7.2.3.1 - APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO.....	84
7.2.3.2 - TAREFAS E DEMANDAS GERAIS.....	85
7.2.3.3 - COMUNICAÇÃO.....	86
7.2.3.4 - MOBILIDADE.....	88
7.2.3.5 - AUTO-CUIDADOS.....	90
7.2.3.6 - RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS.....	91
7.2.3.7 - ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA.....	91
7.2.4 - FATORES AMBIENTAIS.....	92
7.2.5 - ESTADO DE SAÚDE DA C2.....	95
7.3 – ESTUDO DE CASO 3 – INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA C3.....	96
7.3.1 - FUNÇÕES CORPORAIS.....	97
7.3.2 - ESTRUTURAS CORPORAIS.....	99
7.3.3 - ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO.....	101
7.3.3.1 - APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO.....	101
7.3.3.2 - TAREFAS E DEMANDAS GERAIS.....	102
7.3.3.3 - COMUNICAÇÃO.....	102
7.3.3.4 - MOBILIDADE.....	104
7.3.3.5 - AUTO-CUIDADOS.....	106
7.3.3.6 - RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS.....	107
7.3.3.7 - ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA.....	107
7.3.4 - FATORES AMBIENTAIS.....	108

7.3.5 - ESTADO DE SAÚDE DE C3.....	111
7.4 – SÍNTESE COMPARATIVA DOS RESULTADOS	112
7.4.1 - FUNÇÕES CORPORAIS.....	112
7.4.2 - ATIVIDADE DE PARTICIPAÇÃO.....	113
7.4.2.1 - APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO	113
7.4.2.2 - TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	114
7.4.2.3 - COMUNICAÇÃO	115
7.4.2.4 - MOBILIDADE.....	116
7.4.2.5 - AUTO-CUIDADOS	117
7.4.2.6 - RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS E AREAS PRINCIPAIS DA VIDA	118
7.4.2.7 - FATORES AMBIENTAIS	119
8 - DISCUSSÃO	121
9 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
10 – REFERÊNCIAS.....	130
ANEXOS	138

ANEXO I - Parecer do comitê de ética

ANEXO II - Componentes e seus respectivos domínios contidos no *Questionário CIF-CJ Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos*

ANEXO III - Análise dos termos que apresentaram discordância nos processos de tradução e retro tradução

ANEXO IV – Versão final da tradução

ANEXO V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO VI - Resumo de informações de saúde (traduzido)

1. INTRODUÇÃO

1.1. PREMATURIDADE E PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO

Na década de 60 foram introduzidos os primeiros cuidados neonatais intensivos nos países desenvolvidos. Os avanços destes cuidados aumentaram a taxa de sobrevivência de crianças prematuras. Em decorrência disso, houve um aumento significativo da prevalência de incapacidades importantes em crianças prematuras.

No Brasil, desde os anos 80, tem se verificado um aumento progressivo e significativo dos índices de sobrevivência de crianças prematuras e de muito baixo peso tratadas em Unidades e Tratamentos Intensivos Neonatais, em função dos avanços tecnológicos e científicos da área médica (HOLMGREN; HÖGBERG, 2001). O nascimento prematuro é fator de risco para desordens no desenvolvimento da criança, como déficits em desempenhos cognitivos e escolares, problemas emocionais e comportamentais, problemas neurológicos, de coordenação motora e de saúde física (HILLE et al, 1994; MU, 1996; SAIGAL et al, 1994; THOMPSON et al, 1997). A prematuridade também pode ocasionar a paralisia cerebral, que é uma grande causa de incapacidade na infância (LUNDY-EKMAN, 2004; PATO et al., 2002).

Recém-nascidos pré-termo são aqueles nascidos com 37 semanas ou menos de idade gestacional, sendo que aqueles com menos de 32 semanas são considerados pré-termo extremos (OMS, 2007). Os bebês de baixo peso são aqueles que nascem com 2.700 gramas ou menos; os nascidos abaixo de 1.700 gramas são denominados de muito baixo peso, e os bebês nascidos com menos de 1000 gramas são denominados extremo baixo peso (LINHARES et al., 2004). Segundo a Organização Mundial de Saúde, OMS (2007) os nascimentos prematuros ocorrem em cinco a nove por cento de todas as gestações, sendo a principal causa de mortalidade perinatal em países em desenvolvimento.

De acordo com Linhares (2004) o nascimento prematuro leva a uma série de fatores de risco associados, constituindo uma cadeia de adversidades biológicas simultâneas e sucessivas decorrentes da própria condição de risco neonatal. Além dos fatores de risco de natureza

biológica e psicológica presentes na vida de crianças nascidas prematuras, também podem ser encontrados fatores sociais de risco devido a condições do ambiente familiar em desvantagem, no tocante a níveis sócio-econômico e educacional; os “indicadores geradores de pobreza”, ao mesmo tempo em que são fatores causais da prematuridade, são fatores de risco agravantes para o desenvolvimento desse bebê. Para a autora, o desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso, apresenta maior probabilidade de ocorrência de problemas em diferentes áreas e fases evolutivas quando comparado com crianças nascidas a termo.

Desde o nascimento os prematuros são percebidos por suas mães como mais irritáveis, choronas e hipoativas que as crianças nascidas a termo. Distúrbios como hiperatividade, problema de temperamento, desatenção, comportamento opositor e/ou estereotipado, ansiedade, inibição social e tiques, são também observados no decorrer do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo com baixo peso em comparação com crianças a termo (LEVY- SHIFF et al., 1994). De acordo com Linhares, Bordin e Carvalho (2004) a aprendizagem e adaptação psicossocial da criança prematura impulsionaram a realização de diversas pesquisas, cujos resultados sinteticamente indicaram que: crianças nascidas em condição de baixo peso e de prematuridade, quando comparadas a crianças nascidas a termo com peso igual ou superior a 2.700 gramas, são mais propensas a apresentar deficiências cognitivas, desordens emocionais, problemas de aprendizagem e dificuldades comportamentais.

Assim, há a necessidade de atentar para as condições do meio médico e social como fatores que podem influenciar de forma muito importante os eventos fisiológicos atuais e o desenvolvimento futuro do bebê pré-termo (BEHRMAN, 2007). Lewis et al. (1988 apud MARTINS, 2007) destacam três conjuntos de fatores que devem ser considerados na identificação de crianças com risco de problemas no desenvolvimento, são eles: a) fatores de risco da própria criança (componentes biológicos, temperamento e sintomatologia); b) fatores de risco do ambiente familiar (história parental e funcionamento familiar), e c) da comunidade (suporte social, escola, contexto cultural e nível sócio econômico). No primeiro conjunto, incluem-se as condições de prematuridade e baixo peso ao nascimento, que são fatores orgânicos de alto risco ao desenvolvimento infantil. Ressalta-se, porém, que as condições neurológicas e familiares da criança atuam de modo significativo para atenuar ou agravar o desencadeamento dessas dificuldades (SIMEONSSON, 2006).

Kalmár (1996) e Bradley e et al. (1994) mostram a importância do ambiente na promoção do desenvolvimento infantil, demonstrando que a qualidade do ambiente familiar tem mais peso que fatores de risco perinatais em sua capacidade para prever resultados a longo prazo. Crianças nascidas pré-termo com baixo peso vivendo em condições de pobreza, mas experimentando um ambiente com três ou mais fatores protetores (variedade de estimulação, suporte emocional, responsividade parental e aceitação do comportamento infantil) são mais propensas a mostrar sinais de resiliência. Sendo assim, o ambiente assume um papel importante, na medida em que recursos externos podem ser mobilizados no sentido de promover mediação adequada a essas crianças, dando-lhes condições para a ativação dos recursos que lhes permitirão um funcionamento cognitivo dentro de parâmetros satisfatórios (KEYSOR, 2006).

Em pesquisa desenvolvida por Martins et al. (2004) com crianças pré-termo nascidas com muito baixo peso, os resultados mostraram que estas crianças, aos seis anos de idade, apresentaram desenvolvimento motor, de linguagem e cognitivo compatível com o grupo controle. Por outro lado, verificou-se alta incidência de problemas na área comportamental. As dificuldades observadas no início do desenvolvimento neuropsicomotor foram superadas posteriormente; porém ambos os grupos apresentaram indicadores elevados de dificuldade de adaptação psicossocial.

A literatura revela, entretanto, a escassez de estudos envolvendo crianças com seqüelas de prematuridade em fase pré-escolar (MARTINS et al., 2004), fase na qual muitas habilidades físicas, psíquicas e sociais são desenvolvidas. A identificação de problemas no desenvolvimento dessas habilidades, na fase pré-escolar, pode prevenir o aparecimento futuro de lacunas no desenvolvimento e de problemas de aprendizagem. A maioria dos estudos desenvolvidos até o momento focaliza os efeitos físicos ou psicossociais isolados do nascimento prematuro. Portanto, estes estudos fornecem um retrato limitado, centrando-se apenas em aspectos isolados da saúde. O nascimento prematuro é um fator de risco para problemas na saúde da criança. No entanto, não é fator determinante para a ocorrência destes. O desenvolvimento é resultado de uma relação complexa entre fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Estes fatores podem se comportar de maneira positiva ou negativa sobre a saúde, e dependendo de suas interferências, ocasionam a funcionalidade ou a incapacidade. A identificação precoce de problemas no desenvolvimento das habilidades físicas, psíquicas e sociais da criança em

processo de inclusão pré-escolar, é de extrema importância para o direcionamento dos procedimentos de intervenção preventiva ou de reabilitação.

Martins et al. (2004) afirmam, ao final de sua pesquisa, que estudos futuros devem levar em conta, além das avaliações de desempenho desenvolvimental, a análise de processos de mediação social que atuam marcadamente no desenvolvimento da criança.

1.2 CONTRIBUIÇÕES DA CIF-CJ NOS PROCESSOS DE INCLUSÃO ESCOLAR

A criança, no período pré-escolar, depara-se com demandas e desafios para o seu desenvolvimento, principalmente nas áreas cognitiva e comportamental. Na área cognitiva, a criança desenvolve a flexibilidade de pensamento, a habilidade de criar estratégias para resoluções de problemas utilizando-se de princípios e regras conhecidos e a capacidade de estabelecer relações espaciais, temporais e causais entre os objetos. Na área de interação social, a criança desenvolve a regulação de seu comportamento e a capacidade de fornecer às pessoas com as quais convive informação a respeito de suas necessidades e interesses. Na área física usa sua mobilidade para explorar o ambiente e construir conhecimentos, anda, corre e se desloca por diversos ambientes, aprimora e desenvolve habilidades motoras (COLL et al., 1995).

De acordo com a CIF-CJ (WHO, 2007) as interações não se dão apenas em nível social, mas também com influência de fatores intrínsecos (e.g. relacionados à saúde física e mental) e extrínsecos (aqueles relacionados ao ambiente), sendo essas interações constantes, dinâmicas e multidirecionais.

A inclusão é uma mudança *sine qua non* na sociedade, para que a pessoa portadora de deficiência possa se desenvolver e exercer a cidadania (SASSAKI, 1997). A inclusão é um processo de desenvolvimento social que envolve a participação de todos os segmentos sociais, que juntos buscam resolver problemas, discutir soluções e equiparar oportunidades para todos. No Brasil, a educação inclusiva constitui-se legalmente em um direito assegurado a todas as pessoas, independente de suas diferenças e necessidades, conforme consta na Constituição Federal de 1988 e na Lei de Diretrizes e Base da Educação Nacional/LDB – 9394/96.

A Constituição Federal de 1988, no capítulo III, seção I – Da Educação, garante por meio do artigo 208, alínea III: "atendimento especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino". (BRASIL, 1988)

A Lei de Diretrizes e Bases, nº. 9.394/96, visando contemplar os princípios estabelecidos pela Declaração de Salamanca (1994), no capítulo V, explicita em seu artigo 79 que:

Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais: I – currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades (BRASIL, 1996).

A tentativa do governo em incluir pessoas com Necessidades Educacionais Especiais no ensino regular, culminou em um aumento das matrículas dessa clientela no sistema educacional brasileiro. De acordo com os dados do Ministério da Educação, no ano de 2006, 63% dos alunos deficientes foram matriculados nas classes regulares da educação básica, totalizando (50.430) cinquenta mil, quatrocentos e trinta alunos matriculados nos estabelecimentos registrados em 2006, sendo que no ano de 1998 apenas (6.500) seis mil e quinhentas escolas públicas tinham alguma matrícula de aluno com deficiência (LORENZONI, 2006).

Apesar desse aumento, a educação inclusiva ainda apresenta vários desafios, e para que de fato aconteça, não basta o aluno estar inserido no ambiente escolar. A inclusão depende de muitos fatores tais como os ambientais, os de atitude, os curriculares, as habilidades e dificuldades da criança com deficiência, a preparação de profissionais, a conscientização de todos os envolvidos, entre outros (ARAÚJO & OMOTE, 2007; OLIVEIRA, 2007).

No caso de crianças nascidas prematuras Linhares (2001) aponta que a condição de baixo peso e prematuridade não deve ser considerada de maneira isolada quando se busca a compreensão do impacto no decorrer do desenvolvimento da criança. E afirma que a maneira mais recomendável é considerar esta condição como fator operante de um sistema bastante complexo, em que diversos aspectos encontram-se inter-relacionados em contexto específico e individual, determinando as formas de interação do indivíduo com o meio.

As pesquisas no campo da educação especial buscam a geração de conhecimentos para encontrar meios que favoreçam a aprendizagem de crianças com necessidades educacionais. Nesse sentido, a avaliação da funcionalidade e incapacidade das crianças, é de extrema importância para detecção das habilidades e dificuldades da criança com deficiência física por seqüela de prematuridade que podem influenciar no processo de inclusão na pré-escola. A avaliação de cada um destes fatores e suas possíveis interações pode ser feita a partir do uso da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – Crianças e Jovens CIF -

CJ (WHO, 2007), uma versão da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde - CIF (OMS, 2003), adaptada à especificidade dos períodos da infância e adolescência, atendendo ao fato das primeiras décadas de vida (de 0 a 18 anos) se caracterizarem pelo rápido crescimento e desenvolvimento com mudanças significativas no funcionamento físico, social e psicológico.

A CIF-CJ trata-se de uma classificação biopsicossocial que considera a existência de um sistema complexo e inter-relacional do qual o prematuro é parte integrante. Este sistema é composto por fatores que podem influenciar de forma positiva ou negativa no seu desenvolvimento, dependendo das interações que ocorrerão entre os integrantes do sistema. A avaliação dos fatores biopsicossociais e suas possíveis interações pode ser sistematizada com base nos parâmetros conceituais e estruturais da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – Crianças e Jovens - CIF - CJ (WHO, 2007). A maioria dos estudos desenvolvidos até o momento foca-se em efeitos físicos isolados ou aspectos psicossociais do nascimento prematuro. Entretanto, estes estudos fornecem um retrato limitado, centrando-se apenas em aspectos isolados da saúde.

A CIF-CJ é uma versão derivada da CIF, por isso, as duas apresentam os mesmos sistemas de classificação que serão posteriormente apresentados na descrição da estrutura e organização da classificação.

1.2.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE - CIF

A CIF conceitua deficiência como produto da interação entre seus Componentes: funções e estruturas do corpo, atividade, participação, fatores ambientais e pessoais (Fatores Contextuais) com o estado de saúde. Nela, deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio importante ou uma perda. As deficiências de estrutura podem constituir uma anomalia, defeito, perda ou outro desvio importante nas estruturas corporais.

A funcionalidade é usada como terminologia básica, que cobre os componentes de funções do corpo, atividade e participação social. Sendo a funcionalidade usada como aspecto positivo e a incapacidade como aspecto negativo de descrição do estado de saúde. De acordo com esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades, a restrição na participação social e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (OMS, 2003).

A CIF é composta por duas partes sendo uma referente à “Funcionalidade e Incapacidade” e outra referente a “Fatores Contextuais”. A primeira parte, “Funcionalidade e Incapacidade”, subdivide-se em dois componentes: (a) Funções e Estruturas do Corpo e (b) Atividades e Participação. A segunda parte, Fatores Contextuais, subdivide-se em: (c) Fatores Ambientais e (d) Fatores Pessoais. A Figura 1 apresenta uma ilustração de ambas as partes.

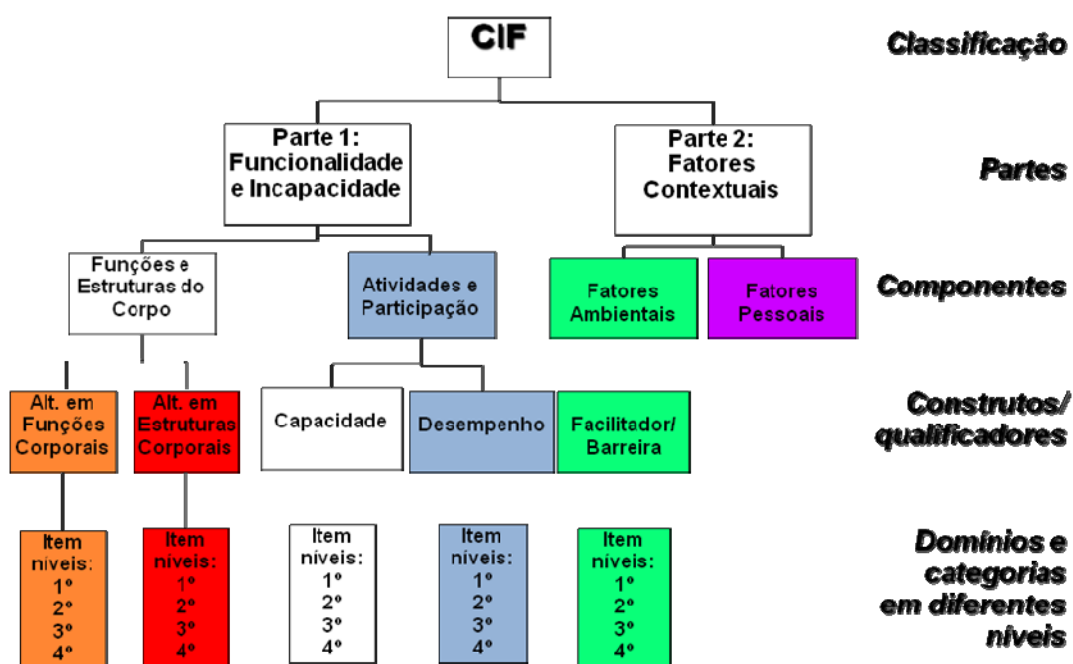


Figura 1 - Organização hierárquica da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

No sistema de classificação da CIF, esses componentes são identificados por letras, sendo: b (de *body*) para Funções do Corpo; s (de *structure*) para Estruturas do Corpo; d (de *domain*) para Atividades e Participação; e (de *environment*) para Fatores Ambientais.

As letras indicativas de cada componente analisado (b, s, d, e) são seguidas por um código numérico iniciado pelo número do capítulo (um dígito), seguido pelo número de segundo nível (dois dígitos) e pelo número do terceiro nível (um dígito), conforme o exemplo a seguir.

d4 = a letra indica que o componente considerado é “Atividade e Participação”; 4 indica o número do capítulo dentro deste componente que, neste exemplo, é “Mobilidade”.

d440 = 40 (em negrito) indica uma subdivisão do capítulo 4 que, no presente exemplo é refere-se a “Movimentos Finos da Mão” (classificação de segundo nível).

d4402 = 2 (em negrito) indica outra subdivisão dentro de Movimentos Finos da Mão que, neste caso é “Manipular” (classificação de terceiro nível)

Os domínios do componente “Atividades e Participação” estão incluídos em uma lista única que abrange de forma ampla as áreas vitais (desde o aprendizado básico ou a mera observação até áreas mais complexas como interações interpessoais ou de trabalho). A CIF focaliza sua atenção para os Fatores Contextuais que reúnem dois componentes: Fatores Ambientais e Fatores Pessoais. Os Fatores Ambientais têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e estão organizados de forma seqüencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até ao ambiente geral. Os Fatores Pessoais também são um componente dos Fatores Contextuais, mas eles não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos. Os Fatores Ambientais devem ser codificados sob a perspectiva da pessoa cuja situação está sendo descrita. Por exemplo, as rampas ou os passeios e lances rebaixados sem piso antiderrapante devem ser codificadas como um facilitador para um usuário de cadeira de rodas, mas como um obstáculo para uma pessoa cega. No modelo da CIF cada componente sofre ações e age sobre os demais, e todos sofrem as influências dos fatores ambientais (Figura 2).

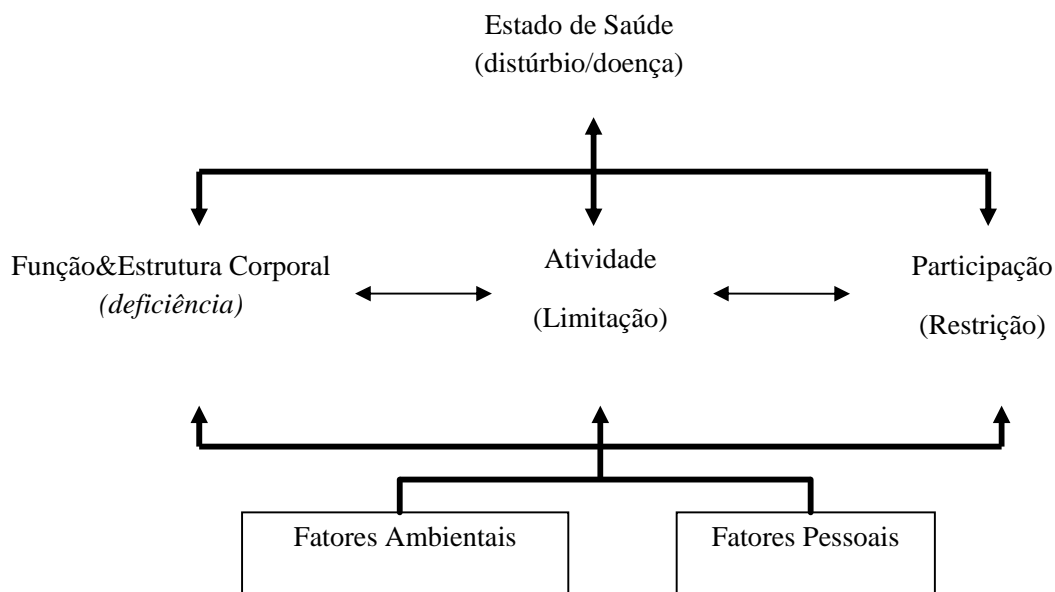


Figura 2 – Interação entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (OMS, 2003).

Para ilustrar esta relação, será dado o exemplo de uma criança que nasce sem uma unha. Esta malformação é uma deficiência de estrutura que não interfere com a função da mão da criança ou no que a criança é capaz de fazer com aquela mão, de maneira que não há limitação da capacidade da criança. Do mesmo modo, pode não haver nenhum problema de desempenho – como brincar com outras crianças sem ser importunada ou excluída da brincadeira – devido a essa malformação. Portanto, a criança não tem limitações de capacidade ou problemas de desempenho (OMS, 2003).

Em termos da sua aplicabilidade, destaca-se que houve ampla utilização da CIF no Setor da Saúde, Seguridade Social, Setor da Educação, Setor do Trabalho, Setor de Economia e Desenvolvimento, Legislação e Direito, entre outros. Porém, não existiam domínios que fossem sensíveis às mudanças associadas com o desenvolvimento das crianças e jovens, que acompanhassem as características dos diferentes grupos etários e dos contextos mais significativos para as crianças e jovens (WHO, 2007).

Partindo do pressuposto de que as fases da infância apresentam peculiaridades e que os domínios da CIF não poderiam avaliá-las, inicia-se a elaboração de uma versão da CIF para crianças e jovens.

1.2.2 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE INCAPACIDADE E SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS – CIF-CJ

A versão CIF-CJ concluída recentemente, em novembro de 2007, obedece à estrutura e organização da CIF e engloba um total de 237 novos códigos que contemplam conteúdos específicos e detalhes adicionais, relevantes na infância e na adolescência. Nesta versão adaptada foi dada atenção especial às questões-chave no desenvolvimento e crescimento das crianças e jovens (WHO, 2007).

A CIF-CJ define componentes da saúde relacionados ao bem-estar de crianças e jovens. Estes componentes incluem desde funções mentais para atenção, memória e percepção até atividades de brincadeira, aprendizagem, vida familiar e educação, divididos em diferentes domínios (SIMEONSSON et al., 2006). A assistência social, o sistema legal e a educação pública são codificadas em Fatores Ambientais, e pela primeira vez terá um sistema de classificação com aplicabilidade direta nessas esferas.

Segundo Simeonsson et al. (2006) a CIF-CJ pode contribuir para a prática, política e pesquisa de muitas maneiras. Especificamente, a Classificação pode:

- (a) fornecer uma estrutura para a prática interdisciplinar;
- (b) traçar perfis da funcionalidade e rendimento da criança;
- (c) esclarecer diagnósticos e comorbidades clínicas;
- (d) fornecer, com base na funcionalidade, planejamento para tratamentos/intervenções particularizados;
- (e) ofertar códigos para identificar resultados de intervenções;
- (f) fornecer documentação sobre as mudanças ocorridas na funcionalidade; e
- (g) esquematizar a documentação das variáveis da pesquisa.

A nova proposta da Classificação é de tirar o foco da doença, com base em diagnósticos específicos de cada profissional, para dar ênfase à classificação das características da funcionalidade infantil. Essa é uma mudança importante que propõe a homogeneização de conceitos e termos utilizados no tratamento dessa população e também vai contra a estigmatização da incapacidade. Desta maneira, possibilita a integração de profissionais na atuação junto a crianças com incapacidades.

A criança com incapacidades pode ser assistida por diversas pessoas como os profissionais de saúde, professores, familiares, entre outras, que interferem de maneira positiva ou negativa em sua vida. Cada pessoa envolvida tem seus próprios conceitos a respeito da incapacidade, mas podem compartilhar de uma linguagem comum, do modelo da CIF-CJ, para definir as características da criança, intervenções e suportes ambientais necessários (FLORIAM et al, 2006).

A Base Filosófica da elaboração da CIF-CJ, foi fundamentada na prevenção de deficiências na infância. Todo o conteúdo da Classificação está em conformidade com as convenções internacionais e declarações de direitos das crianças, como a Declaração de Salamanca (BRASIL, 1994), que enfatiza o direito das crianças com incapacidades e de seus pais, de receber cuidados especiais para as condições específicas de cada criança e ressalta que a assistência deve ser gratuita e estruturada para promover efetivo acesso à educação e saúde (WHO, 2007).

O termo e conceito de “atraso de desenvolvimento” foram incluídos na definição do qualificador genérico, que determina a gravidade e extensão do problema para as funções e estruturas do corpo e atividades e participação. O fato de terem incluídos os termos é um aspecto crucial nesta nova versão, pois, entende o caráter relevante das variações, ligadas à idade, e às mudanças nas funções ou estruturas do corpo que podem interferir na aquisição de competências, associadas com diferenças individuais no crescimento e desenvolvimento da criança, sobretudo nos períodos da infância (WHO, 2007).

Segundo a OMS (2003) a CIF-CJ oferece uma ferramenta científica internacional para mudar o paradigma do modelo puramente médico para um modelo integrado biopsicossocial de funcionalidade humana e incapacidade. Constitui um valioso instrumento na pesquisa em

incapacidade, em todas as suas dimensões, física, psíquica e social. A CIF-CJ, também fornece um modelo conceitual e a classificação necessária para instrumentos que avaliam o ambiente social e físico (SIMEONSSON, 2006).

Segundo Simmeonsson et al., (2001) muitos estudos nos Estado Unidos, utilizaram a CIF-CJ em pesquisas que mediram o desenvolvimento pessoal e social da criança. No Japão, O Instituto Nacional de Educação Especial, escreveu e editou um “Manual para uso da CIF para crianças e jovens” aprovado pela OMS em 2007. Cinco mil cópias foram vendidas e o manual foi reimpresso. O Sistema de Educação Especial (SEE) do Japão, diz que as crianças com necessidades educacionais especiais devem ter suas necessidades atendidas em qualquer escola e que a CIF-CJ possibilita o acesso às necessidades de cada criança e pode ser usada para avaliar as mudanças em cada função, após a intervenção. O SEE, ainda menciona, a importância da linguagem comum, oferecida na CIF-CJ, para a comunicação de pessoas envolvidas no processo de inclusão, e para a elaboração de planos individuais de ensino com a colaboração de todos os envolvidos (TOKUNAGA et al, 2007).

Como parte do presente estudo a pesquisadora realizou uma revisão da literatura com busca nas bases de dados, *LILACS*, *MEDLINE*, *SciELO* e *PubMed* a partir dos termos “*occupational therapy*”, “*International Classification of functioning, disability and health – ICF*” ou “*International Classification of functioning disability and health for children e youth – ICF-CY*”. Os resultados revelam 8 artigos internacionais, publicados de 2003 a 2009, sendo 6 artigos sobre a CIF e 2 artigos sobre a CIF-CJ. Este pequeno número de artigos encontrados sobre a CIF-CJ e terapia ocupacional, justifica-se pelo fato da publicação da classificação ser muito recente.

Nota-se que a maioria dos artigos sobre CIF e a terapia ocupacional como Hanglund (2003), Mu (2004), Stamm et al. (2006), Morris (2006), Shaw et al. (2007), tratam da CIF de maneira conceitual ou do uso da classificação em conjunto com outros instrumentos, com exceção de Kirchberger et al. (2007) que propõe a avaliação da artrite reumatóide por um *Core Set*. A criação dos *Core Sets*, que são listas resumidas da CIF, baseadas em determinada condição de saúde (doença ou transtorno) para uso multidisciplinar, foi uma das tentativas de padronização do uso da CIF. São listas muito resumidas que restringem o universo da CIF. Os

artigos tratam da importância do modelo proposto pela classificação, mas relatam dificuldades na aplicação prática para avaliação.

Os artigos sobre a CIF-CJ e terapia ocupacional tratam da aplicação da classificação de duas maneiras. McDougall e Wright (2009) analisa o uso da CIF-CJ em conjunto com outro instrumento, denominado *Goal Attainment Scaling (GAS)* para avaliar diversas fases do processo terapêutico ocupacional focado na família e concluiu que a combinação da CIF-CJ com o *GAS* serviu para coordenar, simplificar e sistematizar a avaliação e ajudar na prática baseada nos resultados das avaliações. E Zakirova-Engstrand e Granlund (2009) aplicaram um dos três componentes da CIF-CJ, que consiste nos *fatores ambientais*, em famílias de crianças com diversos tipos de deficiências, em duas culturas diferentes, para analisar a sua utilidade para classificar intervenções. Os autores concluíram que os fatores ambientais são facilmente classificados com o uso da CIF-CJ, mas que alguns itens deveriam ser incluídos nesse componente.

Os usos da CIF-CJ relatados nos artigos, não contemplaram seus três componentes (*funções e estruturas corporais, atividade e participação e fatores ambientais*) ou o fizeram em conjunto com outro instrumento. Portanto, não puderam avaliar os aspectos biopsicossociais e suas possíveis interações que podem resultar em funcionalidade ou incapacidade. Avaliação essa, proposta e defendida pela classificação.

A dificuldade de aplicação da CIF e CIF-CJ é relatada na maioria dos artigos encontrados. Como em Araújo (2008) que em sua dissertação de mestrado, realizou uma revisão bibliográfica do uso da CIF por fisioterapeutas e após analisar 11 artigos, concluiu que até o presente momento, apesar do interesse pela adoção do modelo da CIF, existem poucos estudos em curso sobre a avaliação do seu impacto na atenção à saúde. Isso decorre de ser uma classificação recente, complexa e que apresenta certo grau de dificuldade em sua utilização.

Farias e Buchalla (2007) dizem que do ponto de vista prático, a aplicação da CIF durante uma consulta requer um tempo muito maior do que o habitual. Uma questão apontada concerne à classificação de *atividades e participação*. Se diferentes estratégias de codificação são utilizadas, uma vez que existe uma variabilidade de apreciação dependente do contexto social e

cultural, isso coloca dificuldades para a comparação de dados entre um local e outro, pois, as diferenças culturais também afetam as chances de atividade e participação.

Ainda existe muita discordância entre os pesquisadores (HANGLUND, 2003; UM, 2004; STAMM et al., 2006; MORRIS, 2006; SHAW et al., 2007; MCDOUGALL & WRIGHT, 2009) sobre como operacionalizar o uso da CIF, apesar de muitos concordarem que ela deve ser utilizada (FARIAS e BUCHALLA, 2007; SIMEONSSON, 2006; KIRCHBERGER et al., 2007; ZAKIROVA-ENGSTRAND & GRANLUND, 2009). Embora a CIF tenha trazido valiosas contribuições conceituais, o fato de ser ampla e complexa, faz com que os grupos que a estudam façam a sua aplicação da “maneira que conseguem” (FARIAS & BUCHALLA, 2007). A revisão de literatura informa que ainda não há um caminho padrão, nem regras pré-estabelecidas para uso da CIF-CJ.

É importante enfatizar que a CIF-CJ não é um instrumento e sim uma classificação. Embora, não o seja, ela serve como recurso que orienta o planejamento e a aplicação de instrumentos em diversos contextos de avaliações, servindo como uma espécie de banco de dados. Com a publicação da CIF-CJ, surge a necessidade do desenvolvimento de instrumentos que viabilizem sua aplicação (SIMEONSSON et al, 2006).

A OMS estimula diferentes formas de utilização/aplicação desta classificação, mas não apresenta e nem cobra padrões para isto. Em um dos componentes da CIF-CJ, *atividade e participação*, a falta de padronização parece ser prejudicial para a fidedignidade das observações.

Nesse sentido, acredita-se que a Terapia Ocupacional, possa contribuir com seu instrumental de trabalho, baseado na análise de atividades, que de acordo com Erhardt & Merrill (2002), podem ser de diversas naturezas como as atividades da vida diária (alimentar-se, tomar banho, realizar higiene pessoal e vestir-se); atividades produtivas (laborais, escolares e de cuidado domiciliar); e atividades de lazer (incluindo-se a atividade lúdica). O uso da atividade como instrumental pode subsidiar a avaliação, da funcionalidade e da incapacidade dessas crianças. O acesso às informações pode viabilizar planos de trabalho que priorizem a atuação de profissionais de saúde e professores, tanto na reabilitação, quanto na intervenção precoce, para

minimizar eventuais limitações no desempenho funcional, ocasionadas pela deficiência física e, assim, facilitar/otimizar o processo de inclusão escolar.

Nota-se que, apesar, de a classificação ter uma base conceitual e estrutural sólida, a sua aplicação ainda não foi sistematizada com a criação de instrumentos. Diante disso, acredita-se na relevância de se propor um instrumento de avaliação, na forma de um **plano de atividades** para operacionalização do componente *atividade e participação* da CIF-CJ. Destaca-se que este componente ainda não apresenta uma proposta de atividades definidas, em cada domínio na classificação, enquanto os outros componentes (funções e estruturas corporais e fatores ambientais) apresentam seus critérios de avaliação claramente definidos. Entretanto, nenhum componente da classificação apresenta-se em forma de instrumento para aplicação em avaliações. Desse modo, o presente estudo propõe-se a elaborar um instrumento denominado Instrumento para Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade na Infância - **IAFII** com definições de parâmetros para avaliação do desenvolvimento de crianças com deficiência física por seqüela de prematuridade. A meta é responder à seguinte questão de pesquisa:

A operacionalização da CIF-CJ para análise de Funções e Estruturas Corporais, Fatores Ambientais e de Atividade e Participação pode trazer contribuições na compreensão da funcionalidade e incapacidade de crianças com deficiência física por seqüela de prematuridade em processo de inclusão na pré-escola?

2 OBJETIVO

Elaborar, implementar e avaliar um instrumento para verificar a interação entre os componentes da CIF-CJ e suas conseqüências na identificação da funcionalidade e incapacidade de crianças com deficiência física por seqüela de prematuridade em processo de inclusão na pré-escola.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Elaborar Instrumento sob parâmetros conceituais da CIF-CJ.
- 2) Traduzir o *Questionnaire –version I.B.*
- 3) Elaborar um plano de atividades que contemple os domínios de Atividade e Participação.
- 4) Aplicar o Instrumento para averiguar sua sensibilidade ao avaliar a funcionalidade e incapacidade de crianças com deficiência física.

3 MÉTODO

O presente estudo, de caráter avaliativo, foi realizado com o intuito de elaborar e testar a aplicabilidade do Instrumento para Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade na Infância - IAFII em relação ao grau de dificuldade e o tempo necessário para avaliação, bem como para averiguar se o instrumento conseguiria atingir o objetivo para o qual foi proposto, o de descrever a situação de saúde da criança. Para tanto, foram realizados dois estudos, o ESTUDO 1 que consistiu nas etapas de construção do instrumento e o ESTUDO 2 que consistiu nas etapas referentes à aplicação do IAFII.

4 ESTUDO 1: ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

De acordo com Baristella & Britto (2002) a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode” fazer na sua vida diária, através da avaliação das funções dos órgãos ou sistemas, e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Embora a classificação não se constitua em um instrumento de avaliação, ela serve como recurso que orienta o planejamento e a aplicação em diversos contextos de avaliações. Portanto, segundo Simeonsson et al (2006), com a publicação da CIF-CJ, surge a necessidade do desenvolvimento de instrumentos que viabilizem a aplicação da Classificação.

Desse modo, a primeira etapa do presente estudo objetivou elaborar um instrumento com definições de parâmetros para avaliação de uma determinada população, no caso, as crianças pré-escolares com deficiência física de graus leve, moderado e grave, adquirida por seqüelas prematuridade, de 3 a 6 anos.

O instrumento preliminarmente denominado, Instrumento para Avaliação de funcionalidade e Incapacidade na Infância, para crianças de 3 a 6 anos, (IAFII) é constituído por

partes dos Componentes Funções e Estrutura Corporal, Atividade e Participação e Fatores Ambientais da CIF-CJ.

O IAFII foi elaborado a partir do uso de domínios constantes no ***Questionário CIF-CJ, Versão 1.B, para avaliação de crianças de 3 a 6 anos***, elaborado pelo grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2004). A pesquisadora teve acesso ao supracitado Questionário, por meio de um membro do Centro Colaborador da OMS no Brasil, FSP/USP, juntamente com a autorização para o uso deste em pesquisa.

Os domínios do Componente *Atividade e Participação* do ***Questionário CIF-CJ, Versão 1.B, para avaliação de crianças de 3 a 6 anos***, foram analisados com base em roteiros de análise de atividades em Terapia Ocupacional para a construção de um roteiro de observação que faz parte do IAFII.

A elaboração do IAFII foi realizada por meio de três etapas:

- 1) Tradução do QUESTIONÁRIO CIF-CJ Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos
- 2) Avaliação dos domínios selecionados no Componente *Atividade e Participação*
- 3) Natureza das Atividades.

4.1 QUESTIONÁRIO CIF-CJ - Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos

Neste questionário, o grupo de trabalho da OMS usou as definições de cada domínio e os transformou em questões, com o intuito de testar a aplicação da CIF-CJ, foram selecionados domínios de cada um dos Componentes, em função da faixa etária proposta, de 3 a 6 anos.

Os Componentes e seus respectivos domínios contidos no ***QUESTIONÁRIO CIF-CJ Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos***, fazem parte dos Capítulos que são apresentados a seguir¹:

¹ A versão completa dos componentes e domínios que fazem parte dos capítulos está anexo (ANEXO II).

Funções Corporais (contém 27 domínios)

- Capítulo 1: Funções Mentais
- Capítulo 2: Funções Sensoriais e da Dor
- Capítulo 3: Funções da Voz e da Fala
- Capítulo 4: Funções dos Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório
- Capítulo 5: Funções Digestivas, Metabólicas e Endócrinas
- Capítulo 6: Funções Geniturinárias e Reprodutivas
- Capítulo 7: Funções Relacionadas ao Movimento
- Capítulo 8: Funções da Pele e Estruturas Relacionadas

Estruturas Corporais (contém 11 domínios)

- Capítulo 1: Estrutura do Sistema Nervoso
- Capítulo 2: Olho, Ouvido e Estruturas Relacionadas
- Capítulo 3: Estruturas Relacionadas a Voz e Fala
- Capítulo 4: Estruturas dos Sistemas Cardiovascular, Hematológico, Imunológico e Respiratório
- Capítulo 5: Estruturas Digestivas, Metabólicas e Endócrinas
- Capítulo 6: Estruturas Geniturinárias e Reprodutivas
- Capítulo 7: Estruturas Relacionadas ao Movimento
- Capítulo 8: Pele e Estruturas Relacionadas

Atividade e Participação (contém 62 domínios)

- Capítulo 1: Aprendizagem e aplicação do conhecimento
 - Capítulo 2: Tarefas e demandas gerais
 - Capítulo 3: Comunicação
 - Capítulo 4: Mobilidade
 - Capítulo 5: Cuidado pessoal
 - Capítulo 6: Vida Doméstica
 - Capítulo 7: Interações e relacionamentos interpessoais
-

- Capítulo 8: Áreas principais da vida

Em Fatores Contextuais: serão analisados os Fatores Ambientais que constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Dentre os Fatores Ambientais, utilizaremos.

Fatores Ambientais (contém 38 domínios)

- Capítulo 1: Produtos e Tecnologia
- Capítulo 2: Ambiente Natural e Mudanças Ambientais Feitas pelo ser Humano
- Capítulo 3: Apoio e Relacionamentos
- Capítulo 4: Atitudes
- Capítulo 5: Serviços, Sistemas e Políticas

4.2 TRADUÇÃO

Para que a tradução do ***QUESTIONÁRIO CIF-CJ Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos***, fosse adequada ao idioma nacional, fez-se necessária a escolha de uma metodologia para tradução. Este processo foi realizado para maximizar o alcance de equivalência semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o texto fonte e o texto alvo. No processo de tradução do questionário, empregou-se a metodologia de Beaton (2000), que apresenta um protocolo com seis etapas a serem cumpridas para tradução e adaptação transcultural. Para a tradução realizada na presente pesquisa que tem por objetivo a utilização do instrumento traduzido em atividades científicas, foram adotadas as etapas descritas a seguir.

ETAPA I: Tradução Inicial

Na primeira etapa foram realizadas duas traduções iniciais (T1 E T2). A primeira tradução (T1) foi feita por uma terapeuta ocupacional, participante de um grupo de estudos em

Educação Especial, que possui o entendimento técnico do texto. A segunda tradução (T2) foi feita por um fisioterapeuta que tem o domínio da língua inglesa.

ETAPA II: Comparação entre as traduções

Na segunda etapa foi realizada a comparação entre os textos traduzidos (T1 e T2). Os termos que apresentaram discordância foram analisados na presença da pesquisadora e do tradutor que tem domínio da língua inglesa, para buscar o consenso a respeito de termos técnicos e da melhor tradução. Tal procedimento deu origem a terceira versão do texto, em português (T3).

ETAPA III: Retrotradução

Na terceira etapa do processo foi solicitado a um terceiro tradutor, também provido de domínio da língua inglesa, que realizasse uma retrotradução do texto final (T3), para a língua inglesa novamente, o que resultou na quarta versão, em inglês novamente (T4).

ETAPA IV: Comparação entre a retrotradução e o texto original

Nesta etapa, o texto retrotraduzido (T4) foi comparado ao texto original (em inglês), e a partir desta comparação, os termos que apresentaram discordância foram enumerados e seus significados analisados, com o intuito de evitar a dubiedade de termos. Os termos que apresentaram discordância nas duas comparações supracitadas, apresentam-se em anexo. (ANEXO III)

Ao final das etapas do processo de tradução do texto, foi possível perceber que foram poucas as diferenças entre as versões (T1 e T2) bem como as diferenças entre a retrotradução

(T4) e o texto original que também foram pequenas. O instrumento traduzido para o português teve perdas conceituais insignificantes em relação ao texto original em língua inglesa. Dando origem, assim à versão final do processo de tradução, os questionários do IAFII.

Acredita-se que o baixo grau de dificuldade encontrado na tradução do questionário se deva ao fato de o texto ter sido criado para publicação internacional pela *WHO*, o que indica a possibilidade de cuidadosos critérios na escolha de termos, na perspectiva de evitar dupla interpretação e possibilitar maior número de aplicações do instrumento. Sendo a CIF uma classificação escrita, traduzida em várias línguas, é particularmente importante usar de clareza e precisão para definir os vários conceitos, de maneira que possam ser escolhidos os termos mais apropriados para expressar de maneira não ambígua cada um dos conceitos subjacentes. Também é essencial chegar a um acordo sobre os termos que possam melhor refletir o conteúdo em cada idioma. Com a possibilidade de várias alternativas, é preciso que as decisões sejam tomadas com base em princípios de precisão, aceitabilidade e utilidade geral (OMS CIF, 2003).

Posterior ao criterioso processo de tradução, dos questionários referentes aos Componentes do IAFII, *Funções e Estruturas Corporais e Fatores Ambientais* estavam prontos para aplicação. Porém, Componente *Atividade e Participação*, passou por mais uma etapa antes da aplicação, a etapa de elaboração do plano de atividades. Apresenta-se, no anexo IV a versão final da tradução.

4.3 ELABORAÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES BASEADO NOS DOMÍNIOS SELECIONADOS NO COMPONENTE ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

Cada domínio selecionado apresenta uma definição. A partir do uso dos roteiros de análise de atividades² foram propostas atividades que contemplam estas definições.

Anterior a etapa das análises das atividades, houve o cuidado metodológico de subdividir cada domínio, para o qual seriam criadas atividades, em três variáveis observáveis, com o intuito de definir o foco das observações e para que se atingisse um maior nível de detalhamento.

Os domínios selecionados de Atividade e Participação, suas definições segundo a CIF-CJ e as variáveis elencadas de cada domínio encontram-se listados, a seguir, no Quadro 1. Além disso, existem alguns domínios que não podem ser desdobrados em variáveis ou não podem ser observados no plano de atividades, para esses domínios definiu-se um método de avaliação, que pode ser por observação ou por questionamento. Estes domínios e seus respectivos métodos de avaliação também são apresentados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Domínios selecionados da CIF-CJ, suas definições, as variáveis elencadas ou método de avaliação

CÓDIGO	DEFINIÇÃO CIF-CJ	VARIÁVEIS ELENCADAS OU MÉTODO DE AVALIAÇÃO
Aprendizagem e Aplicação do conhecimento		
d 120	outras percepções sensoriais intencionais utilizar, intencionalmente, os outros sentidos básicos do corpo para captar estímulos, tais como, tocar ou sentir texturas, saborear doces ou sentir o cheiro das flores	Sentir textura Sentir sabor Sentir cheiro

² Na Terapia Ocupacional os Roteiros de Análise de Atividades são utilizados para fragmentar uma dada atividade e analisá-la a partir de itens propostos em cada roteiro. No presente estudo serão utilizados o Roteiro de Análise Geral de Atividade (FRANCISCO, 2004) e Análise de Atividade (WILLARD & SPACKMAN, 2002).

d 131	Aprender através da interação com os objetos aprender através de ações simples com um, dois ou mais objetos, jogo simbólico ou “faz de conta”, como bater com um objeto, bater blocos um no outro e brincar com carrinhos e bonecas	Executar ação simples com brinquedo Executar ação complexa com brinquedo Fazer jogo simbólico “faz de conta”
d 133	Adquirir linguagem desenvolver a competência de representar pessoas, objetos, acontecimentos, sentimentos, através de palavras, símbolos, expressões e frases	Representar pessoas Representar acontecimentos Representar sentimentos
d 137	Adquirir conceitos desenvolver competências para compreender e usar conceitos básicos e complexos relacionados com as características dos objetos, pessoas e acontecimentos d1370 Adquirir conceitos básicos aprender a usar conceitos, tais como tamanho, forma, quantidade, comprimento, igual e oposto	Distinguir tamanho Distinguir forma Distinguir quantidade
d 140	Aprender a ler desenvolver a capacidade de ler material escrito (incluindo Braille) com fluência e precisão, tais como, reconhecer caracteres e alfabetos, vocalizar palavras com a pronúncia correta e compreender palavras e frases	Reconhecer Letras Ler e vocalizar palavras Ler e vocalizar frases
d 145	Aprender a escrever desenvolver a capacidade de produzir símbolos, em forma de texto que representam sons, palavras ou frases que tenham significado (incluindo a escrita Braille), tais como, escrever sem erros e utilizar corretamente a gramática	Escrever letras Escrever palavras Escrever frases
d 150	Aprender a calcular desenvolver a capacidade de trabalhar com números e realizar operações matemáticas simples e complexas, tais como, utilizar símbolos matemáticos para somar e subtrair e aplicar, num problema, a operação matemática correta	Somar Subtrair Multiplicar
TAREFAS E DEMANDAS GERAIS		
d210	Realizar uma única tarefa realizar ações coordenadas simples ou complexas, relacionadas com os componentes mentais e físicos de uma tarefa simples, como por exemplo, iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais necessários para a realizar, decidir o ritmo de execução, e executar, concluir e manter a tarefa	Iniciar uma tarefa Calcular tempo e materiais Concluir e manter tarefa
d220	Realizar tarefas múltiplas realizar, uma após outra ou em simultâneo, ações coordenadas simples ou complexas, consideradas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas	Realizar uma tarefa após a outra Realizar tarefas simultâneas Realizar tarefas múltiplas
d230	Executar a rotina diária realizar ações coordenadas simples ou complexas de modo a poder planear, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia, como por exemplo, administrar o tempo e planear as atividades individuais ao longo do dia	QUESTÃO

d250	Gerir o próprio comportamento realizar ações simples ou complexas e coordenadas para responder de forma consistente a novas situações, pessoas ou experiências	OBSERVAÇÃO
COMUNICAÇÃO		
d310	Comunicar e receber mensagens orais compreender os significados literais e implícitos das mensagens em linguagem oral, como por exemplo, compreender que uma declaração corresponde a um fato ou é uma expressão idiomática	Entender frases Falar frases Entender expressão de linguagem
d315	Comunicar e receber mensagens não verbais compreender os significados literais e implícitos das mensagens transmitidas por gestos, símbolos e desenhos, como por exemplo, perceber que a criança está cansada quando ela esfrega os olhos ou que um alarme significa que há incêndio	Entender e fazer símbolo Entender e fazer gesto Entender e fazer expressão corporal
d330	Falar produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito, como por exemplo, expressar um fato ou contar uma história	Falar palavras Falar frases Contar história
d331	Produções Pré-Linguísticas vocalizar quando presente outra pessoa num ambiente próximo, tais como produzir sons quando a mãe está perto; falar intencional; falar em atividades de dar a vez. Vocalizar em resposta ao discurso através da imitação e sons do discurso em dar a vez	Vocalizar na presença de outra pessoa Vocalizar em resposta (como em um diálogo) Vocalizar em atividades de dar a vez
d335	Produzir mensagens não verbais utilizar gestos, símbolos e desenhos para transmitir mensagens, como por exemplo, negar com a cabeça para indicar desacordo ou fazer um desenho ou um esquema para transmitir um fato ou uma ideia complexa <i>Inclui: produzir linguagem gestual, sinais, símbolos, desenhos e fotografias</i>	Negar com a cabeça Desenhar o que quer dizer Gesticular com as mãos
MOBILIDADE		
d410	Mudar a posição básica do corpo adotar e sair de uma posição corporal e mover-se de um local para outro, como por exemplo, levantar-se de uma cadeira para se deitar na cama, e adotar e sair de posições de ajoelhado ou agachado <i>Inclui: mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé, curvado ou mudar o centro de gravidade do corpo</i>	Mudar da cadeira para o tablado Mudar de agachado para em pé Mudar de sentado para em pé
d415	Manter a posição do corpo manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé no trabalho ou na escola <i>Inclui: manter uma posição de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou de pé</i>	Permanecer sentado Permanecer ajoelhado Permanecer em pé
d440	Utilização de movimentos finos da mão realizar ações coordenadas para manusear objetos, levá-los, manipulá-los e soltá-los utilizando as mãos, dedos e polegar, como por exemplo, pegar em moedas de uma mesa ou girar um botão ou maçaneta <i>Inclui: pegar, segurar, manusear e soltar</i>	Pegar, levantar e soltar objeto utilizando mãos, dedos e polegar Girar botão utilizando mãos, dedos e polegar Transferir objetos entre as mãos

	<i>Exclui: levantar e transportar objetos, (d430)</i>	utilizando mãos, dedos e polegar
d445	Utilização da mão e do braço realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los, utilizando as mãos e os braços, como por exemplo, rodar maçanetas de portas ou atirar ou apanhar um objeto	Atirar objeto Agarrar objeto Girar maçaneta
d450	Andar mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando se passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado <i>Inclui: andar distâncias curtas e longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos</i>	Andar para frente Andar para trás Andar para o lado
CUIDADO PESSOAL		
d510	Lavar-se lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados, como por exemplo, tomar banho em banheira ou chuveiro, lavar mãos e pés, cara e cabelo; e secar-se com uma toalha	QUESTAO
d530	Cuidados relacionados com os processos de excreção indicar a necessidade e prever a eliminação e eliminar os dejetos humanos (fluxo menstrual, urina e fezes) e proceder à higiene subsequente <i>Inclui: regulação da micção, da defecação e dos cuidados com a menstruação</i>	QUESTAO
d540	Vestir-se realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado, segundo uma sequência adequada e de acordo com as condições climáticas e sociais, como por exemplo, vestir, compor e tirar camisas, saias, blusas, calças, roupa interior, saris, quimonos, meias, casacos, calçar sapatos, botas, sandálias e chinelos e chapéus <i>Inclui: pôr ou tirar roupas e calçado e escolher as roupas apropriadas</i>	Vestir meia Vestir blusa Vestir calça
d550	Comer indicar a necessidade de comer, executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos, levá-los à boca e consumi-los de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares	Pedir comida Levar comida à boca com as mãos Levar comida à boca com talher
RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS		
d710	Interações interpessoais básicas interagir com as pessoas de maneira contextual e socialmente adequada, como por exemplo, mostrar consideração e estima quando apropriado, ou reagir aos sentimentos dos outros	Mostrar consideração Dar oi e tchau Reagir aos sentimentos dos outros
AREAS PRINCIPAIS DA VIDA		
d815	Educação pré-escolar aprender num nível inicial de instrução organizada em casa ou na comunidade, concebido essencialmente para introduzir a criança no ambiente escolar e prepará-la para o ensino obrigatório, como por exemplo, adquirir	QUESTÃO

	capacidades numa creche ou ambiente similar como preparação para a entrada na escola (e.g., serviços educativos fornecidos em casa ou contexto da comunidade destinados a promover a saúde e o desenvolvimento cognitivo, motor, da linguagem e social e competências de prontidão para a educação formal).	
--	---	--

4.3.1 - NATUREZA DAS ATIVIDADES

O plano de atividades é composto por atividades cotidianas (de natureza lúdica académicas e de atividades de vida diária), comuns à faixa etária de 3 a 6 anos para avaliar o desempenho em diferentes situações. A seguir segue a descrição das atividades avaliadas:

- Atividades cotidianas (natureza lúdica): tais como as brincadeiras das quais a criança participa;
- Atividades de vida diária: tais como, alimentação, vestuário, higiene, entre outras; e
- Atividades académicas: atividades desenvolvidas em sala de aula, tais como desenhar e pintar.

Para composição do plano de atividades tomou-se a decisão de realizar a avaliação a partir de uma brincadeira estruturada e com enredo. Para tanto, foi escolhido o tema “cachorro”, esta escolha de deu por se tratar de crianças de 3 a 6 anos, que provavelmente, mostrariam afeição por cachorros e por atividades relacionadas a este tema. E segundo Ferland (2006) na brincadeira, a criança manipula espontaneamente objetos de diferentes formas e tamanhos, planeja gestos, desenvolve o controle motor, desloca-se, mantém o equilíbrio, etc. Assim, ao brincar, a criança trabalha constantemente sua função física, mas o faz sem se dar conta.

Particularmente, em situação de avaliação, este tipo de brincadeira pareceu ser conveniente. A escolha do tema “cachorro” também visou à utilização de um único plano de atividades que possibilitou a exploração de vários domínios com o uso de atividades encadeadas sobre o tema, com ambos os sexos, uniformizando ainda mais a avaliação do componente *atividade e participação*.

As variáveis elencadas foram avaliadas com o uso do roteiro de análise de atividades e deram origem às atividades que compõem o plano de atividades do IAFII (Quadro 2).

Quadro 2 – Plano de atividades do IAFII

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO - PLANO DE ATIVIDADES – IAFII		
ATIVIDADES/ QUESTÃO/ OBSERVAÇÃO	Domínio/ Variável Elencada ou Método de Avaliação de Atividade e Participação	Qualifica dor de Desempen ho
Tem algum problema para seguir a rotina diária?	d230 Executar a rotina diária	
Apresenta algum problema para tomar banho?	d510 Lavar-se	
Apresenta algum problema para vestir-se?	d540 Vestir-se	
Apresenta algum problema de incontinência urinária?	d530(1) Cuidados relacionados aos processos de excreção	
Apresenta algum problema de incontinência fecal?	d530(2) Cuidados relacionados aos processos de excreção	
Apresenta algum problema para freqüentar a pré-escola?	d815 Educação pré-escolar	
Jogue a bolinha	d445(1)/ Atirar objeto	
Segure a bolinha (d445)	d445(2)/ Agarrar objeto	
Segure as duas bolinhas e me diga qual delas é macia	d120(1)/ Sentir texturas	
Passe a bolinha de uma mão para outra	d440(3)/ Transferir objetos entre as mãos utilizando mãos, dedos e polegar	
Abra o pote	d445(3)/ Girar maçaneta	
Experimente a bala	d120(2)/ Sentir sabor	
	d550(2)/ Levar comida à boca com as mãos	
Cheire os ossinhos e me diga qual é cheiroso	d120(3)/ Sentir cheiro	
Coloque o cachorro para dormir	d131(1)/ Executar ação simples com brinquedo	
	d133(1)/ Representar pessoas	
	d133(2)/ Representar acontecimentos	
Dê um beijo de boa noite no cachorro	d133(3)/ Representar sentimentos	

	d315(3)/ Entender e fazer expressão corporal	
Coloque aqui os ossinhos menores	d210(1)/ Iniciar uma tarefa	
Coloque aqui os ossinhos maiores	d210(2)/ Calcular tempo e materiais	
	d210(3)/ Concluir e manter tarefa	
	d137(1)/ Distinguir tamanho	
Coloque aqui os ossos finos	d137(2)/ Distinguir forma	
Coloque aqui os ossos redondos		
Coloque aqui um monte de ossos	d137(3)/ Distinguir quantidade	
Coloque aqui um pouquinho de ossos		
Ligue o fogão	d220(1)/ Realizar uma tarefa após a outra	
Dê comida ao cachorro	d220(2)/ Realizar tarefas simultâneas	
	d220(3)/ Realizar tarefas múltiplas	
	d131(2)/ Executar ação complexa com brinquedo	
	d131(3)/ Fazer jogo simbólico “faz de conta”	
	d440(2)/ Girar botão utilizando mãos, dedos e polegar	
	d550(3)/ Levar comida à boca com talher	
	d315(2)/ Entender e fazer gesto	
Que letra é essa?	d140(1)/ Reconhecer Letras	
Você conhece esse desenho? O que é?	d315(1)/ Entender e fazer símbolo	
Desenhe a “carinha feliz”		
Pegue o lápis	d440(1)/ Pegar, levantar e soltar objeto utilizando mãos, dedos e polegar	
Levante o lápis		
Solte o lápis		
A criança entende a expressão	d310 (3)/ Entender expressão de linguagem	
Faça “jóia”	d335(3)/ Gesticular com as mãos	
Sim ou não? Faça com a cabeça	d335(1)/ Negar com a cabeça	
Você está feliz? Desenhe sua “carinha”	d335(2)/ Desenhar o que quer dizer	
A criança se mantém sentada sem apoios	d415(1)/ Manter-se sentado	
A criança se mantém ajoelhada sem apoios	d415(2)/ Manter-se ajoelhado	

A criança se mantém em pé sem apoios	d415(3)/Manter-se em pé	
A criança se transferi da cadeira para tablado	d410(1)/ Transferir-se da cadeira para tablado	
A criança se transferi de agachado para em pé	d410(2)/ Transferir-se de agachado para em pé	
A criança se transferi de sentado para em pé	d410(3)/ Transferir-se de sentado para em pé	
Siga as pegadas do cachorro – em frente	d450(1)/ Andar para frente	
Siga as pegadas do cachorro – para o lado	d450(2)/ Andar para o lado	
Siga as pegadas do cachorro – para trás	d450(3)/ Andar para trás	
A criança entende os comandos	d310(1)/ Entender frases	
A criança responde com frases	d310(2)/ Falar frases	
A criança conta história quando estimulada ou não	d330(3)/ Contar história	
A criança entende sinal negativo com o indicador e o faz?	d315/ Entender e fazer expressão corporal	
Vocalizar quando na presença de outra pessoa	d331(1)/ Vocalizar na presença de outra pessoa	
Vocalizar em resposta (como em um diálogo)	d331(2)/ Vocalizar em resposta (como em um diálogo)	
Vocalizar em um jogo	d331(3)/ Vocalizar em atividades de dar a vez	
A criança pede comida	d550/ Pedir comida	
A criança mostra consideração	d710(1)/ Mostrar consideração	
A criança diz oi e tchau	d710(2)/ Dar oi e tchau	
A criança reage aos sentimentos dos outros	d710(3)/ Reagir aos sentimentos dos outros	

4.3.2. MATERIAIS UTILIZADOS NO PLANO DE ATIVIDADES

As atividades foram realizadas com o uso do denominado Kit IAFII para atividades, composto por alguns materiais elaborados pela pesquisadora como “petiscos” confeccionados em feltro, de três cores e de tamanhos diferentes; cama para o cachorro também em feltro e “pegadinhas” em forma de patas, confeccionadas em EVA. Além disso, trabalhou-se com um cachorro de pelúcia, caderno, lápis, papéis com letras, palavras e frases, símbolos, pote com tampa em rosca, fogão de plástico com botões e panelas de plástico, bolinhas de materiais diferentes, balas em forma de “ossinho” para degustação e uma caixa para transporte dos materiais. Como mostrado na figura 3.



Figura 3 - Kit IAFII para atividades

4.4. O Instrumento para Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade na Infância.

Esta é uma versão preliminar do IAFII, fica proibida a reprodução de qualquer tipo.

DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

Primeiro Qualificador: Extensão das deficiências

0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema

1 Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.

2 Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere

na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias

3 Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe

parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.

4 Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.

8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.

9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular

DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

- Estruturas do Corpo são partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes.
- Deficiências são problemas na estrutura do corpo como desvio ou perda significativa.

Primeiro Qualificador: <i>Extensão de deficiência</i>	Segundo Qualificador: <i>Natureza da alteração</i>	Terceiro Qualificador: <i>Localização</i>
0 Nenhuma deficiência	0 Nenhuma mudança na estrutura	0 Mais que uma região
1 Deficiência leve	1 Ausência total	1 direita
2 Deficiência moderada	2 Ausência parcial	2 esquerda
3 Deficiência Grave	3 Parte adicional	3 ambos os lados/ mediano
4 Deficiência completa	4 Dimensões aberrantes	4 frente
8 Não especificado	7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acumulação de fluido	7 trás
9 Não aplicável	8 Não especificada	8 Não especificada
	9 Não aplicável	9 Não aplicável

Lista Resumida das Estruturas do Corpo	Qualificadores		
	<i>Extensão da deficiência</i>	<i>Natureza da Mudança</i>	<i>Localização</i>
s1 ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO			
s110 Tem algum problema com a cabeça, crânio ou cérebro?			
s120 Tem algum problema com a medula espinhal ou nervos?			
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS Tem algum problema com os olhos ou orelhas?			
s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS A VOZ E FALA Tem algum problema com o nariz, garganta, boca ou dentes?			
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO			

s410	Tem algum problema com o coração ou vasos sanguíneos?			
s430	_____ tem algum problema com os pulmões ou peito?			
s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS AOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO				
	_____ tem algum problema com o estômago, intestinos ou glândulas?			
s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO				
	_____ tem algum problema com os rins, bexiga, vagina ou pênis?			
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO				
s710	_____ tem algum problema com a cabeça ou pescoço?			
s730	Tem algum problema com os braços ou mãos?			
s750	Tem algum problema com as pernas ou pés?			
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS				
	_____ tem algum problema com a pele, cabelo ou unhas?			

PARTE 2:LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO - PLANO DE ATIVIDADES – IAFII		
ATIVIDADES/ QUESTÃO/ OBSERVAÇÃO	Domínio/ Variável Elencada ou Método de Avaliação de Atividade e Participação	Qualificador de Desempenho
Tem algum problema para seguir a rotina diária?	d230 Executar a rotina diária	
Apresenta algum problema para tomar banho?	d510 Lavar-se	
Apresenta algum problema para vestir-se?	d540 Vestir-se	
Apresenta algum problema de incontinência urinária?	d530(1) Cuidados relacionados aos processos de excreção	
Apresenta algum problema de incontinência fecal?	d530(2) Cuidados relacionados aos processos de excreção	
Apresenta algum problema para freqüentar a pré-escola?	d815 Educação pré-escolar	
Jogue a bolinha	d445(1)/ Atirar objeto	
Segure a bolinha (d445)	d445(2)/ Agarrar objeto	
Segure as duas bolinhas e me diga qual delas é macia	d120(1)/ Sentir texturas	
Passa a bolinha de uma mão para outra	d440(3)/ Transferir objetos entre as mãos utilizando mãos, dedos e polegar	

Abra o pote	d445(3)/ Girar maçaneta	
Experimente a bala	d120(2)/ Sentir sabor	
	d550(2)/ Levar comida à boca com as mãos	
Cheire os petiscos e me diga qual é cheiroso	d120(3)/Sentir cheiro	
Coloque o cachorro para dormir	d131(1)/ Executar ação simples com brinquedo	
	d133(1)/ Representar pessoas	
	d133(2)/ Representar acontecimentos	
Dê um beijo de boa noite no cachorro	d133(3)/ Representar sentimentos	
	d315(3)/ Entender e fazer expressão corporal	
Coloque aqui os petiscos menores	d210(1)/ Iniciar uma tarefa	
Coloque aqui os petiscos maiores	d210(2)/ Calcular tempo e materiais	
	d210(3)/ Concluir e manter tarefa	
	d137(1)/ Distinguir tamanho	
Coloque aqui os petiscos finos	d137(2)/ Distinguir forma	
Coloque aqui os petiscos redondos		
Coloque aqui um monte de petiscos	d137(3)/ Distinguir quantidade	
Coloque aqui um pouquinho de petiscos		
Ligue o fogão	d220(1)/ Realizar uma tarefa após a outra	
Dê comida ao cachorro	d220(2)/ Realizar tarefas simultâneas	
	d220(3)/ Realizar tarefas múltiplas	
	d131(2)/ Executar ação complexa com brinquedo	
	d131(3)/ Fazer jogo simbólico “faz de conta”	
	d440(2)/ Girar botão utilizando mãos, dedos e polegar	
	d550(3)/ Levar comida à boca com talher	
	d315(2)/ Entender e fazer gesto	
Que letra é essa?	d140(1)/ Reconhecer Letras	
Você conhece esse desenho? O que é?	d315(1)/ Entender e fazer símbolo	
Desenhe a “carinha feliz”		

Pegue o lápis Levante o lápis Solte o lápis	d440(1)/ Pegar, levantar e soltar objeto utilizando mãos, dedos e polegar	
A criança entende a expressão	d310 (3)/ Entender expressão de linguagem	
Faça “jóia”	d335(3)/ Gesticular com as mãos	
Sim ou não? Faça com a cabeça	d335(1)/ Negar com a cabeça	
Você está feliz? Desenhe sua “carinha”	d335(2)/ Desenhar o que quer dizer	
A criança se mantém sentada sem apoios	d415(1)/ Manter-se sentado	
A criança se mantém ajoelhada sem apoios	d415(2)/ Manter-se ajoelhado	
A criança se mantém em pé sem apoios	d415(3)/ Manter-se em pé	
A criança se transferi da cadeira para tablado	d410(1)/ Transferir-se da cadeira para tablado	
A criança se transferi de agachado para em pé	d410(2)/ Transferir-se de agachado para em pé	
A criança se transferi de sentado para em pé	d410(3)/ Transferir-se de sentado para em pé	
Siga as pegadas do cachorro – em frente	d450(1)/ Andar para frente	
Siga as pegadas do cachorro – para o lado	d450(2)/ Andar para o lado	
Siga as pegadas do cachorro – para trás	d450(3)/ Andar para trás	
A criança entende os comandos	d310(1)/ Entender frases	
A criança responde com frases	d310(2)/ Falar frases	
A criança conta história quando estimulada ou não	d330(3)/ Contar história	
A criança entende sinal negativo com o indicador e o faz?	d315/ Entender e fazer expressão corporal	
Vocalizar quando na presença de outra pessoa	d331(1)/ Vocalizar na presença de outra pessoa	
Vocalizar em resposta (como em um diálogo)	d331(2)/ Vocalizar em resposta (como em um diálogo)	
Vocalizar em um jogo	d331(3)/ Vocalizar em atividades de dar a vez	
A criança pede comida	d550/ Pedir comida	
A criança mostra consideração	d710(1)/ Mostrar consideração	
A criança diz oi e tchau	d710(2)/ Dar oi e tchau	
A criança reage aos sentimentos dos outros	d710(3)/ Reagir aos sentimentos dos outros	

PARTE 3: FATORES AMBIENTAIS

- Fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

Qualificador no ambiente:	0 NENHUMA barreira	0 NENHUM facilitador
Barreiras ou facilitadores	1 Barreira LEVE	+1 Facilitador LEVE
	2 Barreira MODERADA	+2 Facilitador MODERADO
	3 Barreira GRAVE	+3 Facilitador CONSIDERÁVEL
	4 Barreira COMPLETA	+4 Facilitador COMPLETO

Lista IAFII de Fatores Ambientais	Qualificador Barreiras ou Facilitadores
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e1100 Há disponibilidade de comida a ____?	
e1101 Medicamentos necessários são disponíveis a ____?	
e115 Objetos de uso pessoal são disponíveis a ____?	
e120 Há redes de transporte interno e externos disponíveis a ____?	
e125 Produtos para comunicação são disponíveis a ____?	
e127 Materiais para brincar são disponíveis?	
e130 Materiais e produtos para educação são disponíveis a ____?	
e150 Os prédios públicos são acessíveis para ____?	
e155 O local onde ____ vive é acessível?	
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e215 Alguma característica da população é problema para ____?	
e225 Algum aspecto climático é um problema para ____?	
e230 Há algum evento natural que seja problema para ____?	
e235 Há algum evento causado pelo homem que seja problema para ____?	
e260 A qualidade do ar é um problema para ____?	
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 O suporte da família imediata (nuclear) é disponível a ____?	
e315 O suporte dos familiares mais distantes é disponível a ____?	
e320 Há disponibilidade de suporte de amigos a ____?	
e325 O suporte de conhecidos, pares, e vizinhos está disponível a ____?	
e330 O suporte de autoridades é disponível a ____?	
e340 Há disponibilidade de cuidadores e assistentes pessoais a ____?	
e350 O suporte de animais domésticos é disponível a ____?	
e355 Há disponibilidade de profissionais da saúde a ____?	
e4. ATITUDES	
e410 As atitudes dos familiares imediatos são favoráveis para com ____?	
e415 As atitudes dos familiares mais distantes são favoráveis para com ____?	
e425 As atitudes dos conhecidos, pares, vizinhos são favoráveis para com ____?	
e430 As atitudes das autoridades são favoráveis para com ____?	
e440 As atitudes dos cuidadores e assistentes pessoais são favoráveis para com ____?	
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e1100 Há disponibilidade de comida a ____?	
e1101 Medicamentos necessários são disponíveis a ____?	
e115 Objetos de uso pessoal são disponíveis a ____?	
e120 Há redes de transporte interno e externos disponíveis a ____?	
e125 Produtos para comunicação são disponíveis a ____?	
e127 Materiais para brincar são disponíveis?	
e130 Materiais e produtos para educação são disponíveis a ____?	
e150 Os prédios públicos são acessíveis para ____?	
e155 O local onde ____ vive é acessível?	

5. ESTUDO 2: APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

5.1. ASPECTOS ÉTICOS

A proposta do presente estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar (CAAE – 016.0.137.000-08), sendo aprovado pelo parecer Nº 427/2008 e foi efetivado de acordo com a Resolução do CNS 196/96 (Brasil, 1996). (ANEXO I)

5.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A criança deveria ser portadora de deficiência física de graus leve, moderado ou grave, por seqüela de prematuridade, de ambos os sexos e ter idade entre 3 e 6 anos, em processo de inclusão na pré-escola. Os pais ou responsáveis que responderiam ao questionário do IAFII deveriam ser o familiar ou cuidador mais próximo da criança. O diagnóstico e o grau de deficiência apresentados por cada criança constava em seus prontuários.

5.3. PARTICIPANTES

Os participantes foram selecionados a partir da análise de seus prontuários, e após a verificação de que seus dados eram adequados aos critérios de inclusão da pesquisa, foi realizado o contato com a responsável. Em um primeiro contato com os responsáveis, feito por telefone, a pesquisadora explicou de forma sucinta sobre a pesquisa e seus objetivos e combinou

um horário e local no qual as crianças poderiam ser avaliadas. Informações e características das crianças participantes do estudo estão apresentadas no Quadro 1:

Quadro 3. Dados de caracterização das crianças

Criança (C)	Sexo	Idade	Diagnóstico	Classificação – GMFM
C1		F 4 anos	Paralisia cerebral do tipo hemiparética espástica	Moderado
C2		F 5 anos	Paralisia cerebral do tipo hemiparética espástica	Moderado
C3		F 6 anos	Paralisia cerebral do tipo hemiparética espástica	Moderado

1- F= Feminino, 2-GMFM= Mensuração da Função Motora Grossa

As três participantes foram diagnosticadas como portadoras de Paralisia Cerebral (PC) do tipo hemiparética espástica. Segundo Hagberg (1989) a paralisia cerebral ocorre em 11% dos casos nos períodos pré-natais, em 30 % perinatais e em apenas 7% nos período pós-natal. No entanto, em nascimentos prematuros a incidência dos casos de PC no período pós-natal é 27 vezes maior. Gauzzi & Fonseca (2004) descrevem que a criança com hemiparesia apresenta características como déficit motor e espasticidade unilateral, comprometimento de um hemicorpo, não apresenta função bimanual na linha mediana e se vira para o hemicorpo não afetado, o membro superior encontra-se em flexão e o membro inferior (MI) em extensão; o MI pode apresentar-se em rotação interna ou externa e o pé em equinovaro.

O grau de deficiência foi anteriormente classificado com o uso de um instrumento denominado GMFM (Mensuração da Função Motora Grossa), que é um sistema de avaliação quantitativa. A proposta do GMFM é quantificar a função motora a criança e não como ela desempenha esta função e foi construído com a proposta de avaliar alterações na função motora ampla em crianças com Paralisia Cerebral (PC), para descrever seu nível de função, sem considerar a qualidade da *performance* (RUSSEL et al.,1989). O GMFM havia sido

previamente aplicado por fisioterapeutas que prestavam atendimento, na unidade de saúde escola, às crianças participantes da presente pesquisa.

5.4. LOCAL

As avaliações foram realizadas em uma sala de uma Unidade de Saúde Escola, que presta atendimento multiprofissional, em nível ambulatorial, em uma cidade de médio porte no interior de São Paulo.

5.5. IMPLEMENTAÇÃO DO INSTRUMENTO

Foi utilizado um instrumento criado, especialmente para o presente estudo, com base nos componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – Crianças e Jovens (CIF - CJ). A meta era que o mesmo permitisse identificar a interação entre *Funções e Estruturas Corporais, Atividade e Participação e Fatores Ambientais* e suas conseqüências na funcionalidade e incapacidade de crianças com deficiência física por seqüela de prematuridade em fase pré-escolar. O instrumento foi denominado preliminarmente, Instrumento para Avaliação de Funcionalidade e Incapacidade na Infância, para crianças de 3 a 6 anos (IAFII).

Houve a aplicação do IAFII com três crianças com paralisia cerebral do tipo hemiparesia espástica por seqüela de prematuridade, e com seus responsáveis. Na data agendada para avaliação de cada participante, a pesquisa foi detalhadamente explicada, as dúvidas dos responsáveis foram respondidas e após o aceite em participar da pesquisa, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV).

Foi estabelecido um diálogo inicial com intuito de investigar quais seriam os interesses de cada criança e para saber se havia alguma objeção na utilização dos objetos pré-selecionados para serem usados do Kit IAFII. Após isto, iniciou-se a aplicação do instrumento.

O IAFII é composto por um questionário e um Plano de Atividades. De acordo com a divisão por Componentes do **QUESTIONÁRIO CIF-CJ Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos**, como ilustrado no quadro abaixo.

Quadro 4 - Componentes do questionário CIF-CJ e forma de avaliação.

COMPONENTES DO QUESTIONÁRIO CIF-CJ <i>Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos</i>	INSTRUMENTO - APLICAÇÃO
<i>Funções Corporais</i>	<i>Questionário</i>
<i>Estruturas Corporais</i>	<i>Questionário</i>
<i>Atividade e Participação</i>	<i>Questionário e Plano de Atividades</i>
<i>Fatores Ambientais</i>	<i>Questionário</i>

A primeira parte da aplicação ocorreu com as responsáveis que responderam às questões. Esta etapa durou 27 minutos para C1, 19 minutos para C2 e 23 minutos para C3. Em seguida iniciou-se a implementação do plano de atividades com as crianças, esta parte da avaliação foi filmada e teve duração de 20 minutos para C1, 24 minutos para C2 e 16 minutos para C3. A aplicação do instrumento com as três responsáveis e as três crianças teve duração média total de 41,7 minutos.

Os dados do Componente *Fatores Pessoais*, foram coletados com o uso de um questionário sobre informações de saúde, também traduzido do **QUESTIONÁRIO CIF-CJ Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos** com a adição de alguns itens necessários para a pesquisa. (ANEXO V)

Como dito acima, os procedimentos de coleta de dados foram divididos em duas fases, como mostra a Figura 4, a seguir.

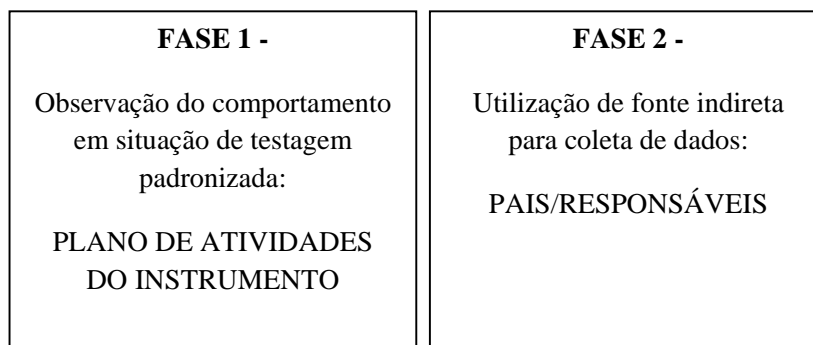


Figura 4 – Fases que especificam os procedimentos de coleta de dados

FASE 1 - Observação do comportamento em situação de testagem padronizada: fonte direta de coleta de dados

Foi feita a aplicação do IAFII que consistiu na realização das atividades pelas 3 crianças. Durante a realização das atividades houve a oportunidade da pesquisadora observar e registrar o desempenho da criança. Além disso, foi possível descrever se a realização de tais atividades era acompanhada do uso de equipamentos como apoio/ auxílio.

FASE 2 - Utilização de fonte indireta para coleta de dados: o relato dos pais ou responsáveis.

Foram utilizados os relatos da responsável, para qualificação das questões de domínios das *Funções e Estruturas Corporais* e *Fatores Ambientais* que constituíam os questionários do IAFII.

Nas duas fases da coleta de dados, foram utilizados os qualificadores da CIF-CJ para classificação. Para cada “*Componente*” foram utilizados os qualificadores propostos, mostrados no Quadro 5.

Quadro 5: Componentes da CIF-CJ e respectivos qualificadores

Componente	Primeiro qualificador	Segundo qualificador	Terceiro qualificador
Funções Corporais (b)	0 Nenhuma deficiência 1 Deficiência leve 2 Deficiência moderada 3 Deficiência Grave 4 Deficiência completa 8 Não especificado	Nenhum	Nenhum

	9 Não aplicável		
Estrutura Corporal (s)	Extensão de deficiência 0 Nenhuma deficiência 1 Deficiência leve 2 Deficiência moderada 3 Deficiência Grave 4 Deficiência completa 8 Não especificado 9 Não aplicável	Natureza da alteração 0 Nenhuma mudança na estrutura 1 Ausência total 2 Ausência parcial 3 Parte adicional 4 Dimensões aberrantes 7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acumulação de fluido 8 Não especificada 9 Não aplicável	Localização 0 Mais que uma região 1 direita 2 esquerda 3 ambos os lados/mediano 4 frente 7 trás 8 Não especificada 9 Não aplicável
Atividade e Participação (d)	0 Nenhuma deficiência 1 Deficiência leve 2 Deficiência moderada 3 Deficiência Grave 4 Deficiência completa 8 Não especificado 9 Não aplicável	0 Nenhuma deficiência 1 Deficiência leve 2 Deficiência moderada 3 Deficiência Grave 4 Deficiência completa 8 Não especificado 9 Não aplicável	Nenhum
Fatores Ambientais (e)	0 NENHUM 1 Barreira LIGEIRA 2 Barreira MODERADA 3 Barreira GRAVE 4 Barreira COMPLETA 8 Barreira, não especificada 9 não aplicável 0 NENHUM Facilitador +1 Facilitador LIGEIRO +2 Facilitador MODERADO +3 Facilitador SUBSTANCIAL +4 Facilitador COMPLETO +8 facilitador, não especificado 9 não aplicável	Nenhum	Nenhum

Na CIF não há menção a critérios para atribuição dos qualificadores no componente *Atividade e Participação*. Para padronização da coleta de dados, a qualificação do Plano de Atividades do IAFII foi baseada na descrição dos critérios de atribuição de cada qualificador desenvolvidos por Paiva-Alves (2007) e mostrados no Quadro 6.

Escore qualificador	Critério para atribuição do qualificador
0 (dificuldade insignificante)	o indivíduo é capaz de iniciar e completar a(s) tarefa(s) solicitada(s)
1 (dificuldade ligeira/leve)	é capaz de iniciar e completar a(s) tarefa(s) solicitada(s), mas a(s) realiza de forma mais lenta
2 (dificuldade moderada)	é capaz de iniciar e completar a(s) tarefa(s), mas apresenta dificuldade na execução dos movimentos necessários seja na continuidade da ação (pausas na transição de uma ato para outro) ou demora para iniciar ou concluir as tarefa(s) solicitada(s)
3 (dificuldade grave)	não consegue coordenar e completar as ações requeridas na tarefa, mas pode ser capaz de executar partes dessas ações
4 (dificuldade completa):	Não é capaz de executar a(s) tarefas solicitadas
8 (não especificada):	Quando não é possível especificar o grau de dificuldade, dada a recusa em realizar a tarefa.
9 (não aplicável):	Quando o que é requerido no domínio não se aplica ao caso (e.g. dobrar roupas na ausência de membros superiores ou avaliar o andar com equipamentos de auxílio quando este não é utilizado)

Quadro 6: Qualificadores da CIF e descrição dos critérios de atribuição de cada qualificador.

6. ANÁLISE DOS DADOS DA APLICAÇÃO DO IAFII

6.1. CONCORDÂNCIA ENTRE JUÍZES

Para garantir a confiabilidade dos dados observados foi realizado o teste de concordância entre os observadores nos domínios registrados nas filmagens. Estas foram apresentadas a três juízes instruídos previamente sobre os critérios usados para atribuição dos escores qualificadores. Os juízes observaram as filmagens das atividades que foram realizadas para avaliar 62 domínios de atividade e participação usados no presente trabalho. Os escores atribuídos pela pesquisadora e pelos juízes foram comparados em cada domínio ou item avaliado. Considerou-se como ocorrência de concordância quando a pesquisadora e o juiz

tivessem atribuído o mesmo escore qualificador para um mesmo item. Para o cálculo da concordância entre observadores utilizou-se a fórmula proposta por Hersen e Barlow (1977):

$$IF = \frac{\text{Concordância}}{\text{Concordância} + \text{Discordância}} \times 100$$

Em 62 domínios avaliados, de um dos casos, a concordância ocorreu em 78 domínios (93,7%). Para o segundo caso, a concordância ocorreu em 73 domínios (87,7%), e para o terceiro caso, a concordância ocorreu em 47 domínios (77,8%) com média de 84,9% de concordância. Resultado que indica a confiabilidade dos dados. Pois de acordo com Cordazzo et al (2008) para verificar a concordância entre os juízes, deve ser considerado como confiável um índice de concordância entre os observadores acima de 70%.

7. RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os resultados dos participantes, C1, C2 e C3 que serão descritos em forma de estudos de caso. Cada criança terá seus resultados subdivididos em: informações de saúde, desempenho em cada domínio avaliado nos componentes do IAFII, e um panorama geral do seu desenvolvimento que será apresentado em um item denominado, **estado de saúde**.

7.1. ESTUDO DE CASO 1 - INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA 1 (C1)

A C1 é do sexo feminino, tem 4 anos, nasceu com 26 semanas de gestação, seu peso ao nascimento foi de 780g, tem o membro superior direito como dominante. Foi diagnosticada com paralisia cerebral do tipo hemiparesia espástica, teve sua saúde mental e física qualificadas como “boa”, não é medicada de forma contínua, faz uso de equipamentos como órteses bilaterais para membros inferiores. Recebe ajuda da tia em seus auto-cuidados e atividades diárias. Realiza tratamento de saúde em uma unidade de saúde escola com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, além de outros atendimentos que preenchem quase todos os horários livres de C1, fato que parece cansar a criança. A C1 reside em um bairro de classe média em uma cidade de médio porte no interior de São Paulo, e frequenta uma escola particular de educação regular no período da tarde, na qual sua tia trabalha. A tia relata que sua sobrinha encontra-se adaptada e satisfeita com a escola. A tia cuida da sobrinha que é filha do irmão, há 3 anos, desde que a mãe biológica da criança a submeteu a maus tratos, mas ainda não tem a guarda definitiva da sobrinha. C1 mora com a tia, seu marido e com os dois primos paternos de 8 e 12 anos. Abaixo serão apresentados os resultados obtidos por C1 na aplicação do IAFII.

7.1.1. FUNÇÕES CORPORAIS

O Quadro 7 e a Figura 5 mostram os *qualificadores de deficiências das funções corporais* atribuídos à criança participante nos domínios das *funções corporais* do IAFII.

Funções Corporais Domínios	Qualificador
Sono	0
Concentração	0
Atenção	0
Memória	0
Funções psicomotoras	0
Voz e da fala	0
Coração	0
Sistema imunológico	0
Ingestão	0
Dor	0
Digestivas	0
Da pele e relacionadas	0

Quadro 7 - Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiência das funções corporais atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAFII.



Figura 5 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das funções corporais, por grau de deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAFII.

No Quadro 7, as **funções corporais** relacionadas ao **sono**, **concentração**, **atenção**, **memória**, **psicomotoras**, **da voz e da fala**, **do coração**, **sistema imunológico**, **ingestão**,

digestivas e da pele, a participante não apresentou nenhuma deficiência. A participante apresentou algum grau de deficiência, como nas funções de percepção; da visão, para qual existe a indicação de uso de óculos para correção de desvio ocular; de **audição**, pois a falta de maturação do aparelho auditivo, por nascimento prematuro, fez com que a criança apresente deficiência leve nesta função; a criança apresenta afecções constantes do **sistema respiratório**, o que caracteriza uma leve deficiência desta função; a criança encontra-se em fase de adaptação da retirada de fraldas e apresenta deficiência leve e moderada nas funções de **defecação e urinárias**, respectivamente; nas funções **metabólicas normais** apresenta deficiência moderada, pois precisa de suplementação vitamínica, mesmo se alimentando normalmente, para manutenção do peso corporal

As funções de **mobilidade das articulações, tônus muscular, movimentos involuntários e funções psicomotoras** apresentam deficiência moderada, e as funções de **controle dos movimentos voluntários (equilíbrio), de reações de movimentos involuntários** e de **força muscular** apresentam deficiência grave. Este quadro de deficiência física é evidente na observação da participante que apresenta dificuldade em movimentos de membros superiores e inferiores, não possui controle total de tronco e apresenta tremores ocasionais.

Analisando-se globalmente, os resultados indicam que a participante apresenta deficiências, em graus distintos de dificuldade, nas funções corporais, que se acentuam nas funções de ordem músculo-esquelética e psicomotoras.

7.1.2. ESTRUTURAS CORPORAIS

A Figura 6 e o Quadro 8 mostram os *qualificadores de deficiências das estruturas corporais* atribuídos à participante nos domínios das *estruturas corporais* do IAFII.

Estrutura Corporal Domínios	Qualificador
Cérebro	0
Olho, ouvido e estruturas relacionadas	0
Estruturas relacionadas a voz e a fala	0
Sistema cardiovascular	0
Sistema respiratório	0
Estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino	0
Estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo	0
Região de cabeça e pescoço	0
Pele e estruturas relacionadas quaisquer outras estruturas do corpo	0

Quadro 8 - Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiência das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAFII.



Figura 6 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAFII.

No Quadro 8 as estruturas corporais como o **cérebro; olho, ouvido e estruturas relacionadas; estruturas relacionadas à voz e à fala; sistema cardiovascular; sistema respiratório; estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino; estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo; região de cabeça e pescoço e pele e estruturas relacionadas**, não apresentaram deficiência alguma.

A criança apresentou deficiência grave da **extremidade inferior (pernas e pés)** sendo a natureza da alteração, mudanças qualitativas na estrutura, localizadas em ambos os lados, apresentando hipotonia nos membros inferiores, direito e esquerdo. A **extremidade superior (braços e mãos)** apresentou deficiência grave, também tendo como natureza da alteração, mudanças qualitativas na estrutura e localizadas em ambos os membros superiores. Apesar de ter dificuldade nos movimentos de ambos os membros superiores, a criança apresenta dificuldades maiores no membro superior esquerdo. A **estrutura da medula espinhal e nervos periféricos** apresentou deficiência moderada, sendo a natureza da alteração e localização da deficiência não especificadas, pois a responsável não soube informar e não possuía exames que especificassem essas informações.

Com relação às estruturas corporais, podemos observar que as deficiências físicas que acometem a criança estão intimamente relacionadas às deficiências de funções corporais do movimento e se localizam, principalmente, nos membros superiores e inferiores.

7.1.3. ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

7.1.3.1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO

O Quadro 9 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante em *aprendizagem e aplicação do conhecimento*.

Aprendizagem e Aplicação do conhecimento Domínios	Qualificador
Sentir texturas	0
Sentir sabor	0
Sentir cheiro	0
Executar ação simples com brinquedo	0
Representar pessoas	0
Representar acontecimento	0
Representar sentimentos	0
Distinguir tamanho	0
Distinguir forma	0
Distinguir quantidade	0
Fazer jogo simbólico "faz-de-conta"	0
Reconhecer letras	9
Ler e vocalizar palavras	9
Escrever palavras	9
Escrever frases - Ler frase	9
Somar	9
Subtrair	9
Multiplicar	9

Quadro 9 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *aprendizagem e aplicação do conhecimento* do IAFII.

Nas atividades relacionadas a **sentir texturas, sentir sabor, sentir cheiro, executar ação simples com brinquedo, representar pessoas, representar acontecimento, representar sentimentos, distinguir tamanho, distinguir forma, distinguir quantidade e fazer jogo simbólico "faz-de-conta"**, a criança apresentou desempenho sem nenhum grau de dificuldade.

As atividades de **reconhecer letras, ler e vocalizar palavras, escrever palavras, escrever frases/ ler frase, somar, subtrair e multiplicar** receberam o qualificador não aplicável, pois estão além do desenvolvimento cognitivo de uma criança de 4 anos. No entanto, as atividades foram propostas pela pesquisadora para averiguar se realmente a criança não saberia responder.

É possível averiguar que dentre os domínios avaliados, a criança apresentou boa *performance*, mostrando um desempenho normal para sua idade.

7.1.3.2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS

O Quadro 10 e a Figura 7 mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em diferentes domínios de *tarefas e demandas gerais*.

Tarefas e Demandas gerais Domínios	Qualificador
Iniciar uma tarefa	0
Calcular tempo e espaço para uma tarefa	0
Realizar uma tarefa após a outra	0
Seguir rotina diária	0

Quadro 10 - Ocorrências do qualificador nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *tarefas e demandas gerais* do IAFII.

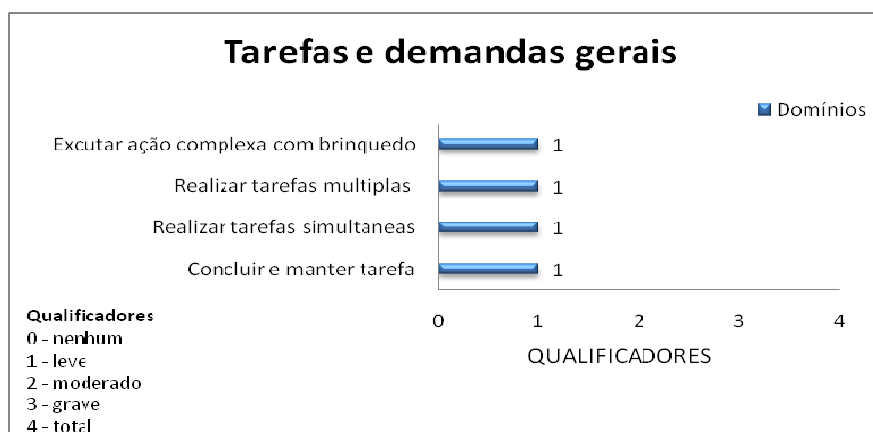


Figura 7 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *tarefas e demandas gerais* do IAFII.

Para **iniciar uma tarefa, calcular tempo e espaço para uma tarefa, realizar uma tarefa após a outra e seguir rotina diária**, a participante não apresentou dificuldades. Engajou-se nas brincadeiras propostas e se saiu muito bem nos domínios avaliados.

Ao **realizar ação complexa com o brinquedo, realizar tarefas múltiplas, realizar tarefas simultâneas e concluir e manter tarefa**, a criança apresentou leve dificuldade em

concentrar-se em uma tarefa de cada vez e mostrou-se mais ansiosa pela próxima tarefa, do que interessada na tarefa que estava executando.

7.1.3.3. COMUNICAÇÃO

O Quadro 11 e a Figura 8 mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades do capítulo de *comunicação*.

Comunicação Domínios	Qualificador
Entender frases	0
Falar frases	0
Entender expressão de linguagem	0
Entender e fazer expressão corporal	0
Entender e fazer gesto	0
Entender e fazer expressão corporal	0
Contar história	0
Vocalizar na presença de outra pessoa	0
Vocalizar em resposta (como em um diálogo)	0
Vocalizar em atividades de dar a vez	0
Negar com a cabeça	0

Quadro 11 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *comunicação* do IAFIL.



Figura 8 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *comunicação* do IAFIL.

Para **entender frases, falar frases, entender expressão de linguagem, entender e fazer expressão corporal, entender e fazer gesto, entender e fazer expressão corporal, contar história, vocalizar na presença de outra pessoa, vocalizar em resposta (como em um diálogo), vocalizar em atividades de dar a vez, e negar com a cabeça** a criança não apresentou nenhuma dificuldade.

No entanto, para **desenhar o que quer dizer**, a participante apresentou dificuldade completa, pois só fez garatujas quando solicitada a atividade de desenhar um rosto com expressão feliz. Este problema para desenhar também fez com que seu desempenho em **entender e fazer símbolo** fosse realizado com dificuldade moderada, pois apesar de entender o símbolo, a criança não consegue fazê-lo com o uso de papel e lápis. A dificuldade leve no desempenho para **gesticular** ocorreu por dificuldades físicas para fazer o gesto.

A análise dos resultados obtidos nos domínios da comunicação, permite observar que os problemas de desempenho em comunicação, apresentados pela criança estão mais relacionados às dificuldades físicas do que à capacidade para comunicar-se.

7.1.3.4. MOBILIDADE

A Figura 9 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades do capítulo de *mobilidade*.

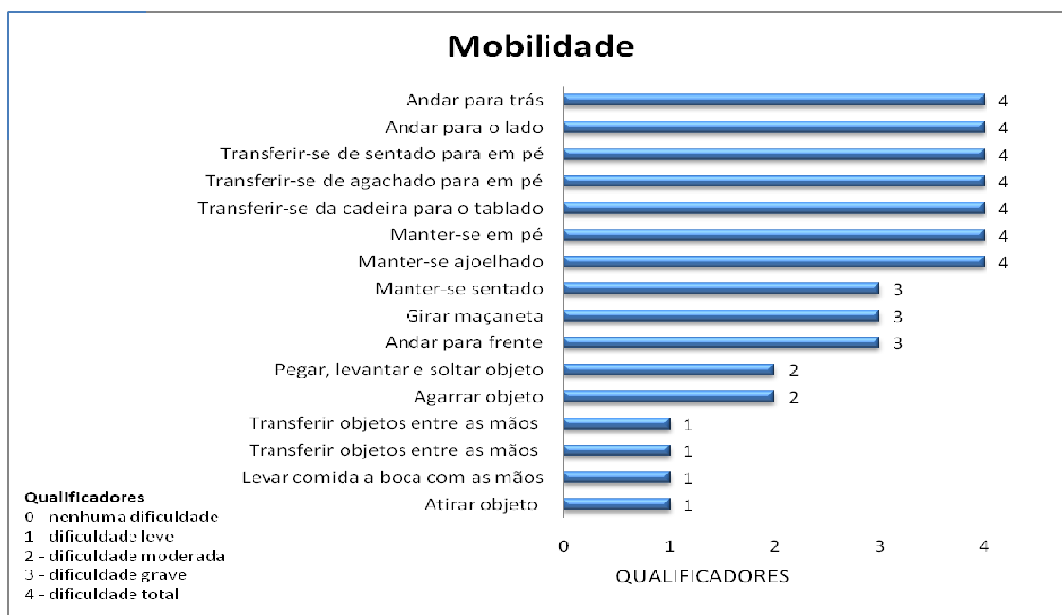


Figura 9 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *mobilidade* do IAFIL.

Nos domínios relacionados à mobilidade como **andar para trás**, **andar para o lado**, **transferir-se de sentado para em pé**, **transferir-se de agachado para em pé**, **transferir-se da cadeira para o tablado** e **manter-se em pé**, a criança apresentou dificuldade total, em função das deficiências de funções e estruturas corporais identificadas anteriormente. A criança não conseguiu iniciar sozinha essas atividades. Para **andar para frente**, ela apresentou dificuldade grave, pois quando é apoiada por alguém, consegue dar passos, e assim, inicia a atividade, mas somente com apoio. Ao **manter-se sentada**, a criança apresentou dificuldade grave, cansando-se facilmente de manter sua cabeça alinhada e “pediu à tia para encostar-se, solicitando apoio e denotando cansaço ao tentar controlar seu tronco.

Na atividade que avaliava o domínio **girar maçaneta**, que exigia o movimento de rosca, a criança apresentou dificuldade grave, não conseguiu abrir sozinha, precisando da ajuda da pesquisadora para abrir o pote e pegar a bala, mas foi capaz de iniciar e executar em partes a atividade.

Ao **pegar, levantar e soltar objetos** e **agarrar objeto**, a criança apresentou dificuldade moderada, iniciou e completou as atividades, mas apresentou dificuldade na execução dos movimentos, como lentidão para agarrar a bolinha e dificuldade em fazer a preensão necessária para pegar o lápis.

Para **levar objeto à boca com as mãos, transferir objetos entre as mãos e atirar objetos**, a criança apresentou dificuldade leve, ao transferir a bola de uma mão para outra, foi possível observar que apesar da participante negligenciar seu membro superior esquerdo, apresenta função neste, mas só o utiliza quando lhe é solicitado que o faça.

Durante toda a avaliação a criança não movimentou a mão esquerda espontaneamente, apenas quando a pesquisadora pedia que o fizesse, e mesmo assim havia relutância em iniciar um movimento com esta mão. A participante apresentou muita dificuldade em manter-se sentada, ter pouca força nos membros inferiores impossibilitou a marcha e trouxe dificuldades motoras facilmente observáveis.

7.1.3.5. AUTO-CUIDADOS

O Quadro 12 e a Figura 10 mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *auto-cuidados*.

Auto-cuidados	Qualificador
Incontinência urinária	0
Incontinência fecal	0
Pedir comida	0

Quadro 12 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *auto-cuidados* do IAFII.

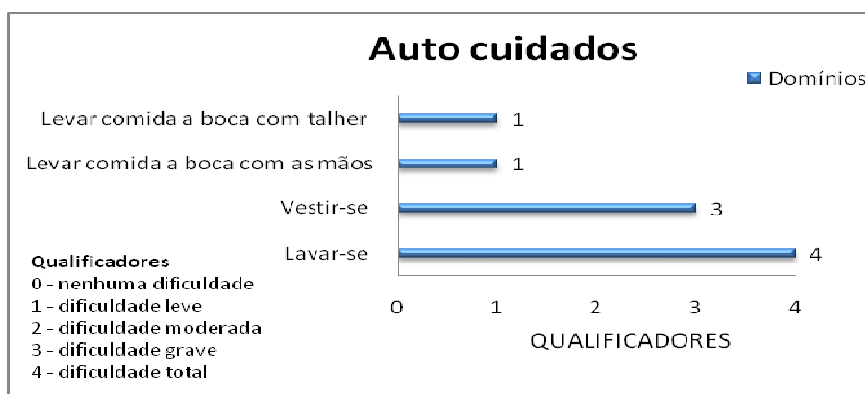


Figura 10 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *de auto-cuidados* do IAFII.

Nos domínios relacionados à **incontinência urinária, incontinência fecal e pedir comida** a participante não apresentou nenhuma dificuldade. Para **levar comida à boca com talher e levar comida à boca com as mãos** apresentou dificuldade leve, devido ao problema na função motora do membro superior. Para **vestir-se** a criança apresentou dificuldade grave, pois não conseguiu executar a tarefa inteira, mas pode fazer partes dela. Para **lavar-se** apresentou dificuldade total, a responsável declarou que a criança não consegue lavar-se.

A criança tem bom controle esfinteriano, e se alimenta sozinha com pouca dificuldade, mas nas atividades que exigem maior coordenação e controle motor, ela apresenta mais dificuldade.

7.3.6. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS

O Quadro 13 e a Figura 11 mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *relações e interações interpessoais*.

Relações e Interações Interpessoais	Qualificadores
Dar oi e tchau	0

Quadro 13- Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *relações e interações interpessoais* do IAFII.

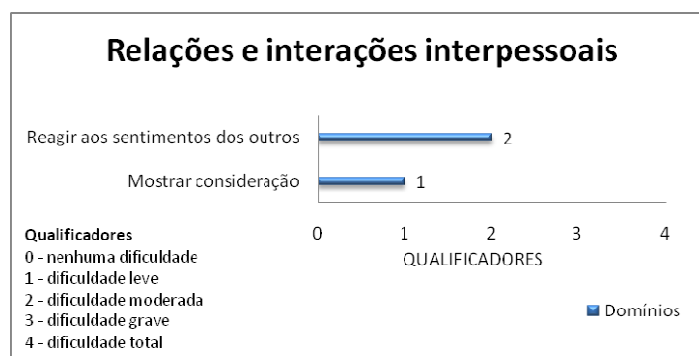


Figura 11 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *de relações e interações interpessoais* do IAFII.

Para dar **oi e tchau**, a criança não apresentou nenhuma dificuldade, para **mostrar consideração** apresentou dificuldade leve e para **reagir aos sentimentos dos outros** apresentou dificuldade moderada.

Durante a avaliação a criança demonstrou um comportamento normal, mas em alguns momentos parecia não estar atenta e não considerar o que a pesquisadora dizia como importante, tendo este domínio sido qualificado por leve dificuldade. Ao final da avaliação a criança verbalizou que não iria mais à Unidade Saúde Escola para os atendimentos e quando sua tia a repreendeu, dizendo que a pesquisadora e as pessoas que atendiam a criança ficariam magoadas, a participante não parou de repetir que não iria mais e aumentou o tom de voz, quando a tia tentou repreendê-la novamente, mostrando não se mobilizar diante das justificativas da tia.

7.1.3.7. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA

O Quadro 17 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *relações e interações interpessoais*.

Áreas Principais da vida	Qualificador
Educação pré-escolar	0

Quadro 17 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *de áreas principais da vida* do IAFII.

A criança não apresentou nenhuma dificuldade para frequentar a educação pré-escolar que cursa em uma escola particular. A responsável informou que a criança não tem nenhum problema para frequentar a escola e que está muito bem adaptada.

7.1.4. FATORES AMBIENTAIS

O Quadro 14 e a Figura 12 mostram os qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios *dos fatores ambientais* do IAFII.

Fatores Ambientais	Qualificador
Produtos e tecnologia para comunicação	0
População	0
Desastres naturais	0
Desastres causados pelo homem	0
Serviços, sistemas e políticas de saúde	0

Quadro 14 - Ocorrências do qualificador de nenhuma barreira ou facilitador, atribuídos na avaliação dos domínios de *fatores ambientais* do IAFII.

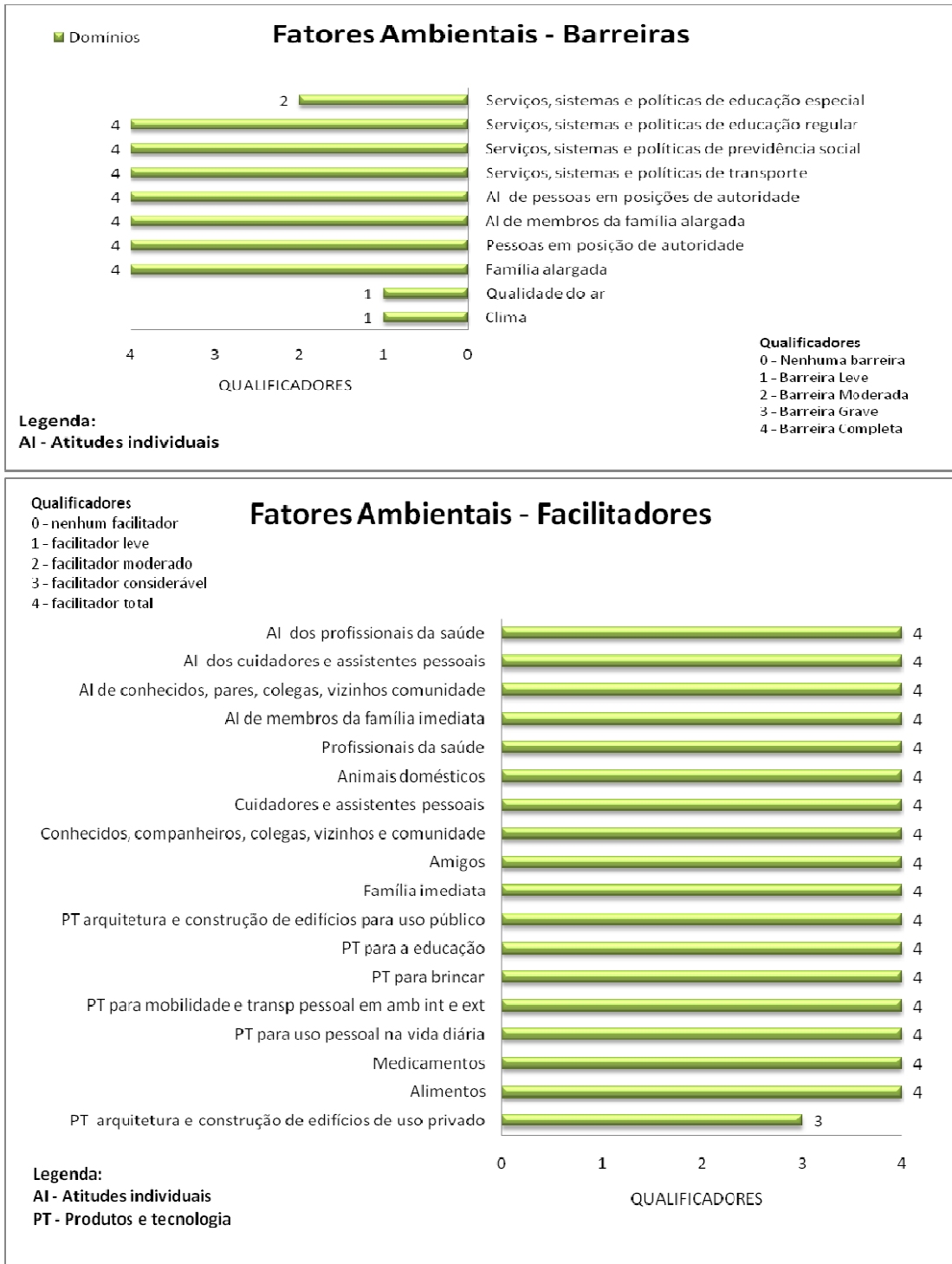


Figura 12 - Ocorrências dos qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios dos fatores ambientais do IAFIL.

Na avaliação dos fatores ambientais os domínios **produtos e tecnologia para comunicação, população, desastres naturais, desastres causados pelo homem e serviços, sistemas e políticas de saúde** foram qualificados como nenhum facilitador ou barreira. A criança não faz uso de qualquer recurso para comunicar-se, a densidade populacional não influencia em sua vida, nunca sofreu conseqüências de desastres naturais e nem de desastres causados pelo homem, e não sofre influência dos sistemas e políticas de saúde, por que possui plano de saúde e utiliza-se apenas deste para os cuidados necessários em saúde.

O **clima** e a **qualidade do ar** foram qualificados como barreiras leves para a saúde da participante que sofre de afecções do sistema respiratório com as mudanças climáticas e qualidade do ar. Os **serviços, sistemas e políticas de educação especial** foram qualificados como barreiras moderadas, por não atenderem às necessidades da criança. A responsável acredita que estes serviços sirvam para atendimentos técnicos em saúde, mas não para a formação e educação escolar.

A **família ampliada, pessoas em posição de autoridade, atitudes individuais de membros da família ampliada, atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade, serviços, sistemas e políticas de transporte, serviços, sistemas e políticas de previdência social, serviços, sistemas e políticas de educação regular** foram qualificados como barreira completa. A responsável relatou que a participante não recebe nenhum benefício ou apoio das categorias supracitadas, e acredita que a situação da criança poderia ser muito melhor se estes fatores ambientais se comportassem como facilitadores ao invés de serem barreiras.

Os **produtos e tecnologia arquitetura e construção de edifícios para uso privado** foram considerados facilitadores consideráveis, pois existem algumas adaptações necessárias para serem feitas na casa onde a participante reside. Já os **produtos e tecnologia de arquitetura e construção de edifícios para uso público**, foram considerados como facilitadores completos, pois a criança não sofre com dificuldades impostas por este fator ambiental. A **família imediata, amigos, conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e comunidade, cuidadores e assistentes pessoais, animais domésticos, profissionais da saúde, atitudes individuais dos profissionais da saúde, atitudes individuais de membros da família imediata, atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos comunidade, atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais**, foram considerados como facilitadores

completos, e a responsável mostrou-se muito satisfeita com a influência destes fatores ambientais na vida da criança.

De acordo com o relato da responsável há disponibilidade de **alimentos, medicamentos, produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária, produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambiente interno e externo, produtos e tecnologia para brincar** e de **produtos e tecnologia para a educação**, tanto em sua casa como na escola e nos locais que costuma freqüentar.

7.1.5. ESTADO DE SAÚDE C1

A C1 tem suas funções cognitivas preservadas, apesar das dificuldades físicas, apresentou enfrentamento positivo dos desafios encontrados nas tarefas solicitadas na avaliação, mas cansou-se facilmente e iniciou comportamento de birra. Sua tia relatou que a criança passa por atendimentos técnicos todos os dias da semana, fato que pode ter influenciado no cansaço e estresse apresentado por C1.

A criança não tem contato com a família estendida e sofreu maus tratos da mãe. Houve relato de que C1 teve o membro superior esquerdo fraturado e a mãe omitiu socorro por mais de um mês, até que a tia a levasse ao médico. A responsável não detém a guarda definitiva da criança, mas disse que a mãe não se opõe e que em sua residência, todos os membros da família gostam de C1 e a tratam muito bem, inclusive seu pai que não reside no mesmo local, mas a visita constantemente.

C1 não utiliza adaptações como as TA nem na escola nem em casa. Acredita-se que a prescrição de TA possa facilitar a realização de alguns movimentos e aumentar o desempenho de C1 nesses ambientes.

7.2. ESTUDOD E CASO 2 - INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA 2 (C2)

A C2 é do sexo feminino, tem 5 anos, nasceu com 27 semanas de gestação, seu peso ao nascimento foi de 1,400 Kg, tem o membro superior direito como dominante. Foi diagnosticada com paralisia cerebral do tipo hemiparesia espástica, teve sua saúde mental e física qualificadas como “boa”, é medicada de forma contínua com antialérgico, faz uso de equipamentos como óculos para correção de miopia binocular e órteses bilaterais para membros inferiores. Recebe ajuda da mãe em seus auto-cuidados e atividades diárias. Realiza tratamento de saúde em uma unidade de saúde escola com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Possui convênio médico particular. Foi recentemente submetida a cirurgias para alongamento de tendões nos pés, quadris e joelhos e havia retomado os atendimentos há duas semanas. C2 reside na periferia de uma cidade de médio porte no interior de São Paulo, seus pais são casados e moram com mais um filho de três anos. C2 frequenta uma escola de educação regular particular, no período da tarde e a mãe relata que sua filha encontra-se adaptada e satisfeita com a escola. Abaixo serão apresentados os resultados obtidos por C2 na aplicação do IAFII

7.2.1. FUNÇÕES CORPORAIS

A Figura 13 e o Quadro 14 mostram os *qualificadores de deficiências das funções corporais* atribuídos à C2 nos domínios das *funções corporais* do IAFII.

Funções Corporais Domínios	Qualificador
Sono	0
Concentração	0
Atenção	0
Memória	0
Funções psicomotoras	0
Voz e da fala	0
Coração	0
Sistema imunológico	0
Ingestão	0
Dor	0
Digestivas	0
Da pele e relacionadas	0
Audição	0
Percepção	0
Funções de defecação	0
Funções urinárias	0
Funções metabólicas normais	0

Quadro 14 - Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiência das funções corporais atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAFII.

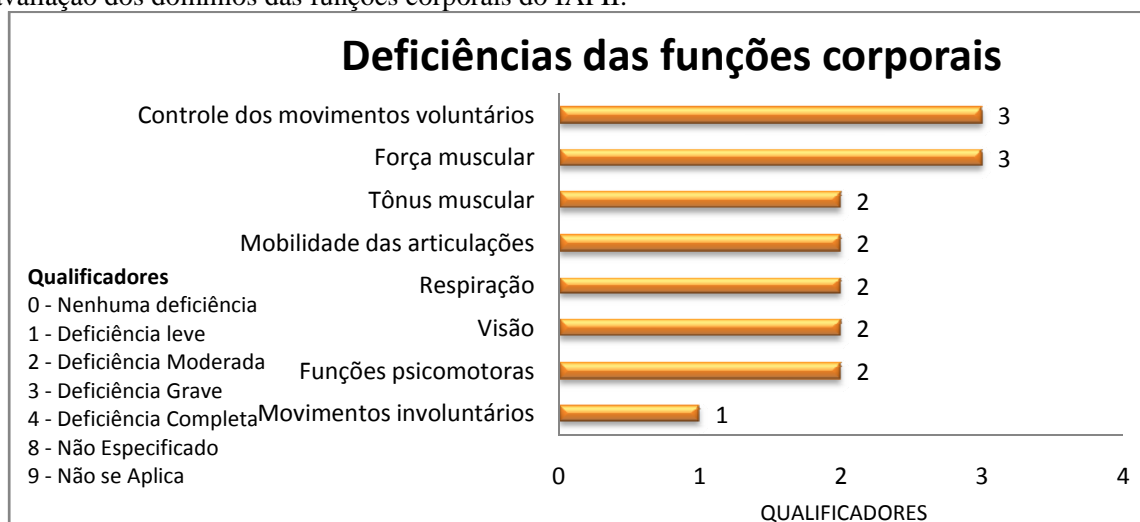


Figura 13 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das funções corporais por grau de deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAFII.

No Quadro 14, as **funções corporais** relacionadas ao **sono, concentração, atenção, memória, psicomotoras, da voz e da fala, do coração, sistema imunológico, ingestão, da dor, digestivas, da pele, da audição, percepção, funções de defecação e urinárias** a C2 não

apresentou nenhuma deficiência. Nas funções listadas abaixo, C2 apresentou algum grau de deficiência. As **funções de controle dos movimentos involuntários** apresentaram deficiência leve. Nas funções da **visão**, para qual existe a indicação de uso de óculos para correção, as funções do **sistema respiratório** também foram qualificadas com grau moderado, pois a C2 tem crises respiratórias alérgicas constantes; as funções de **tônus muscular, mobilidade das articulações e funções psicomotoras** apresentam deficiência moderada, e as funções de **controle dos movimentos voluntários (equilíbrio)**, e de **força muscular** apresentam deficiência grave. Este quadro de deficiência das funções físicas ficou evidente na observação da C2 que apresentou dificuldade para controle de tronco e cervical, além de dificuldades em realizar movimentos com os membros superiores e inferiores. Analisando-se globalmente, os resultados referentes às funções corporais, nota-se que a participante apresenta deficiências, em graus distintos de dificuldade, nas funções corporais, e se destacam nas funções músculo-esquelética e psicomotoras.

7.2.2. ESTRUTURAS CORPORAIS

A Figura 14 e o Quadro 15 mostram os *qualificadores de deficiências das estruturas corporais* atribuídos à participante nos domínios das *estruturas corporais* do IAFII.

Estrutura Corporal Domínios	Qualificador
Cérebro	0
Olho, ouvido e estruturas relacionadas	0
Estruturas relacionadas a voz e a fala	0
Sistema cardiovascular	0
Sistema respiratório	0
Estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino	0
Estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo	0
Região de cabeça e pescoço	0
Pele e estruturas relacionadas quaisquer outras estruturas do corpo	0

Quadro 15 - Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiência das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAFII.



Figura 14 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das estruturas, por extensão da deficiência, natureza da alteração e localização da deficiência, atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAFII.

No Quadro 15 são apresentadas as estruturas corporais como o **cérebro; olho, ouvido e estruturas relacionadas; estruturas relacionadas à voz e à fala; sistema cardiovascular; sistema respiratório; estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino; estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo; região de cabeça e pescoço e pele e estruturas relacionadas**, não apresentaram deficiência alguma.

A C2 apresentou deficiência grave da **extremidade inferior (pernas e pés)** sendo a natureza da alteração, mudanças qualitativas na estrutura, localizadas em ambos os lados, apresentando hipertonia nos membros inferiores, direito e esquerdo. A **extremidade superior (braços e mãos)** apresentou deficiência grave, também tendo como natureza da alteração, mudanças qualitativas na estrutura e localizadas em ambos os membros superiores. C2 apresenta maior dificuldade na realização de movimentos com o membro superior esquerdo. A **estrutura da medula espinhal e nervos periféricos** apresentou deficiência moderada, sendo a natureza da alteração e localização da deficiência não especificadas. Podemos observar que as

deficiências físicas que acometem a C2 estão intimamente relacionadas às deficiências de funções corporais, e se localizam, principalmente, nos membros superiores esquerdos e inferiores bilaterais.

7.2.3. ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

7.2.3.1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO

O Quadro 16 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante em *aprendizagem e aplicação do conhecimento*.

Aprendizagem e Aplicação do conhecimento Domínios	Qualificador
Sentir texturas	0
Sentir sabor	0
Sentir cheiro	0
Executar ação simples com brinquedo	0
Representar pessoas	0
Representar acontecimento	0
Representar sentimentos	0
Distinguir tamanho	0
Distinguir forma	0
Distinguir quantidade	0
Fazer jogo simbólico "faz-de-conta"	0
Reconhecer letras	0

Quadro 16 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *aprendizagem e aplicação do conhecimento* do IAFII.

Nas atividades relacionadas a **sentir texturas, sentir sabor, sentir cheiro, executar ação simples com brinquedo, representar pessoas, representar acontecimento, representar sentimentos, distinguir tamanho, distinguir forma, distinguir quantidade, fazer jogo simbólico "faz-de-conta" e reconhecer letras**, a criança apresentou desempenho com grau de dificuldade insignificante, mostrou-se bastante engajada nas atividades e motivada a participar da brincadeira, em muitos momentos fazia referência à outros momentos em que brincou e contou histórias que apresentavam o mesmo enredo da brincadeira proposta pela pesquisadora. Na atividade de **reconhecer letras**, foram utilizadas as vogais e a C2 as reconheceu, e disse que

era muito esperta. Foi possível averiguar que dentre os domínios avaliados, a criança saiu-se muito bem, mostrando um desempenho normal para sua idade.

7.2.3.2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS

O Quadro 17 e a Figura 17 e mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em diferentes domínios de *tarefas e demandas gerais*.

Tarefas e Demandas gerais Domínios	Qualificador
Iniciar uma tarefa	0
Calcular tempo e espaço para uma tarefa	0
Realizar uma tarefa após a outra	0
concluir e manter tarefa	0
Seguir rotina diária	0

Quadro 17 - Ocorrências do qualificador nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *tarefas e demandas gerais* do IAFII.

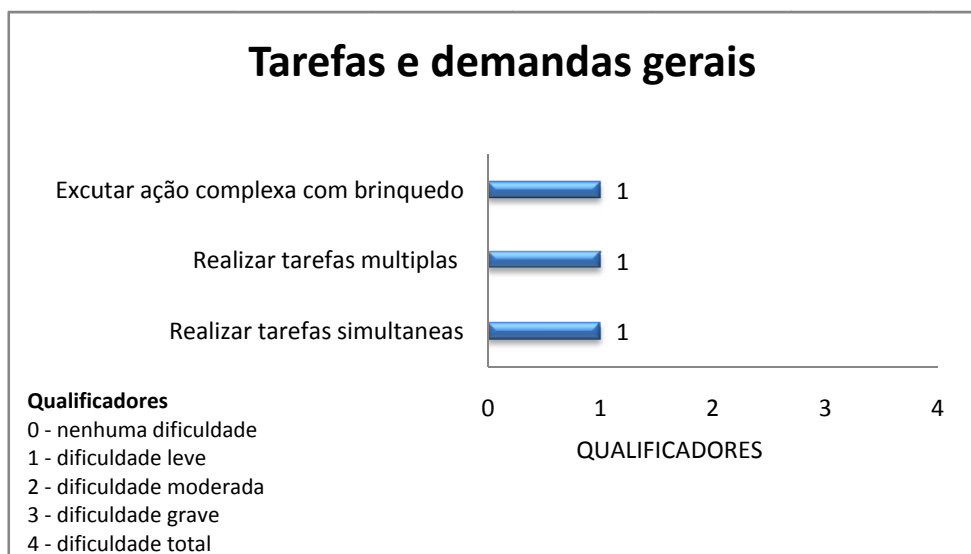


Figura 15 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *tarefas e demandas gerais* do IAFII.

Ao iniciar uma tarefa, calcular tempo e espaço para uma tarefa, realizar uma tarefa após a outra, concluir e manter tarefa e seguir rotina diária, C2 cumpriu as exigências das tarefas propostas sem apresentar dificuldades.

Na realização de ação complexa com o brinquedo, realização de tarefas múltiplas e realização de tarefas simultâneas, a criança apresentou dificuldade leve em movimentar-se para desempenhar as tarefas da brincadeira. Mas se manteve focada em cada tarefa e motivada em realizá-las.

7.2.3.3. COMUNICAÇÃO

O Quadro 18 e a Figura 16 mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades do capítulo de *comunicação*.

Comunicação Domínios	Qualificador
Entender frases	0
Falar frases	0
Entender expressão de linguagem	0
Entender e fazer expressão corporal	0
Entender e fazer gesto	0
Entender e fazer expressão corporal	0
Contar história	0
Vocalizar na presença de outra pessoa	0
Vocalizar em resposta (como em um dialogo)	0
Vocalizar em atividades de dar a vez	0
Negar com a cabeça	0

Quadro 18 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *comunicação* do IAFII.

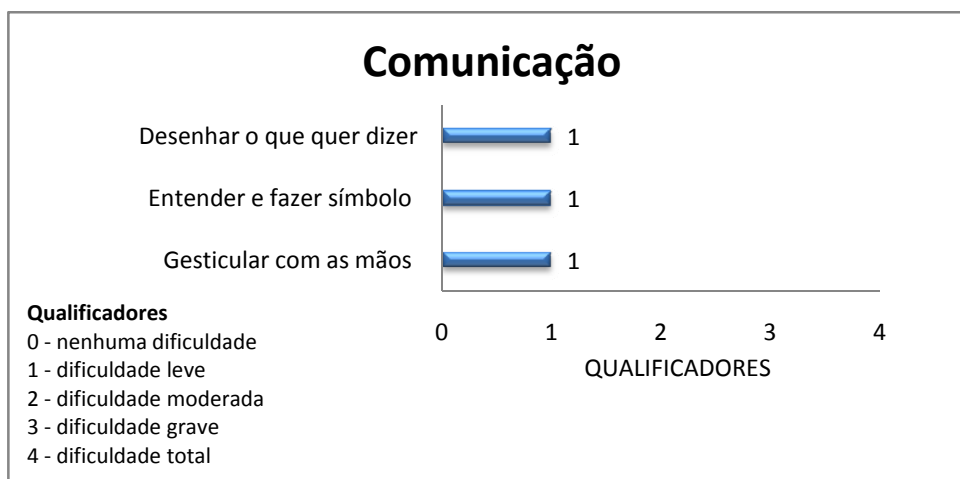


Figura 16 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *comunicação* do IAFII.

Para **entender frases, falar frases, entender expressão de linguagem, entender e fazer expressão corporal, entender e fazer gesto, entender e fazer expressão corporal, contar história, vocalizar na presença de outra pessoa, vocalizar em resposta (como em um diálogo), vocalizar em atividades de dar a vez, e negar com a cabeça** a C2 não apresentou nenhuma dificuldade.

Para **desenhar o que quer dizer, entender e fazer símbolo e gesticular com as mãos** a criança apresentou dificuldade leve, que ocorreu por dificuldades físicas ao executar as tarefas, mas a C2 entendeu as solicitações da pesquisadora e conseguiu expressar o que queria dizer a partir do desenho.

Ao analisarmos os resultados obtidos nos domínios da comunicação, pode-se observar que os problemas de desempenho em comunicação são leves e intimamente relacionados às demandas físicas envolvidas nas tarefas da comunicação.

7.2.3.4. MOBILIDADE

A Figura 17 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades do capítulo de *mobilidade*.

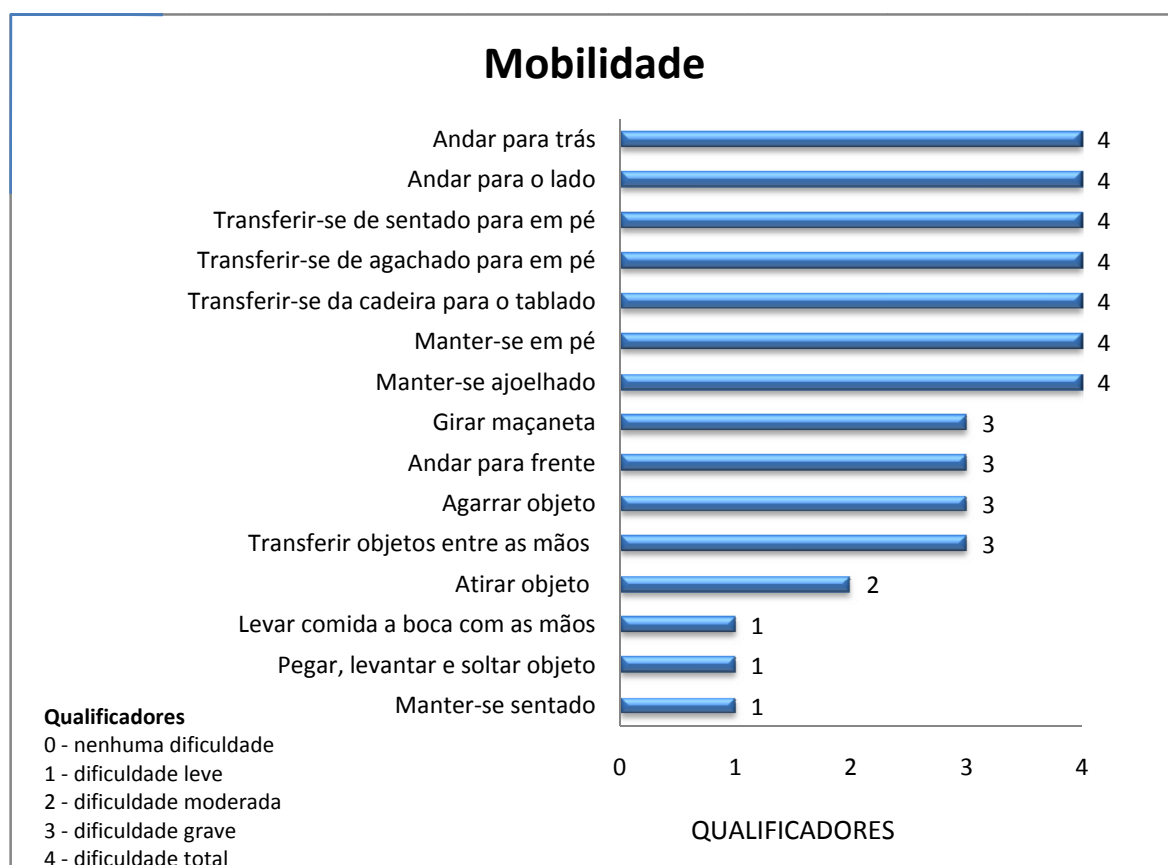


Figura 17 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *mobilidade* do IAFII.

Nos domínios relacionados à mobilidade como **andar para trás, andar para o lado, transferir-se de sentado para em pé, transferir-se de agachado para em pé, manter-se em pé, transferir-se da cadeira para o tablado, manter-se em pé e manter-se ajoelhado**, a C2 apresentou dificuldade total, a incapacidade para realizar essas tarefas está relacionada às deficiências de funções e estruturas corporais identificadas anteriormente.

Na atividade que avaliava o domínio **girar maçaneta**, que exigia o movimento manual de rosca, a criança apresentou dificuldade grave, não conseguiu abrir sozinha, mas quando a pesquisadora segurou o pote que deveria ser aberto, a criança o fez, por isso, foi capaz de iniciar e executar em partes a atividade. Para **andar para frente**, C2 apresentou dificuldade grave, pois quando é apoiada por alguém, consegue dar passos, e assim, inicia a atividade, no entanto, só deambula nessas condições.

Ao **agarrar objeto e transferir objetos entre as mãos** a criança apresentou dificuldade moderada, ao transferir a bola de uma mão para outra, foi possível observar que apesar da participante ter o membro superior esquerdo mais afetado pela paralisia cerebral, apresenta função neste, e o utiliza em tarefas bimanuais quando lhe é solicitado Para **atirar objetos a C2 teve dificuldade moderada**, devido à força diminuída dos membros superiores e à falta de controle dos movimentos voluntários.

Para **levar objeto à boca com as mãos, pegar, levantar e soltar objetos e manter-se sentado**, a criança apresentou dificuldade leve, iniciou e completou as atividades, mas apresentou dificuldade na execução dos movimentos, como lentidão para agarrar a bolinha e falta de equilíbrio ao movimentar os membros superiores.

Apesar das dificuldades apresentadas, a C2 parece bem adaptada às suas condições físicas e mostrou-se muito motivada durante a avaliação.

7.2.3.7. AUTO-CUIDADOS

O Quadro 19 e a Figura 18 mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *auto-cuidados*.

Auto-cuidados	Qualificador
Incontinência urinária	0
Incontinência fecal	0
Pedir comida	0

Quadro 19 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *auto-cuidados* do IAFII.

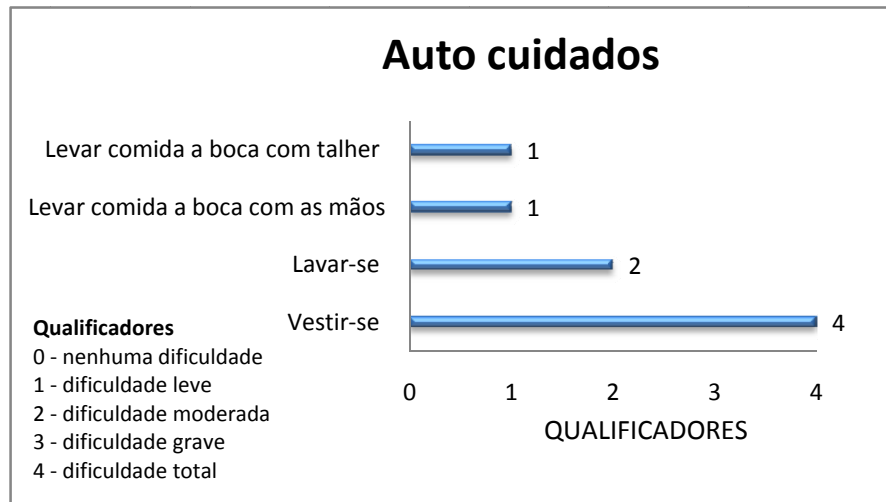


Figura 18 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *auto-cuidados* do IAFII.

Nos domínios relacionados à **incontinência urinária, incontinência fecal e pedir comida** a participante não apresentou nenhuma dificuldade. Para **levar comida à boca com talher e levar comida à boca com as mãos** apresentou dificuldade leve, devido ao problema na função motora dos membros superiores. Para **lavar-se** a criança apresentou dificuldade moderada, pois conseguiu executar a tarefa inteira, mas com lentidão. Para **vestir-se** apresentou dificuldade total, a responsável declarou que a criança não se veste sozinha, mas que não costuma estimulá-la a fazê-lo, nem mesmo solicita ajuda de C2 na tarefa.

A criança tem bom controle esfínteriano, e se alimenta sozinha com dificuldade moderada, mas nas atividades que exigem maior coordenação, força e controle motor, ela apresenta mais dificuldades.

7.2.3.6. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS

O Quadro 20 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *relações e interações interpessoais*.

Relações e Interações Interpessoais	Qualificadores
Dar oi e tchau	0
Reagir aos sentimentos dos outros	0
Mostrar consideração	0

Quadro 20 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *relações e interações interpessoais* do IAFII.

A C2 não apresentou nenhuma dificuldade nos domínios **dar oi e tchau, reagir aos sentimentos dos outros e mostrar consideração**. A criança demonstrou um comportamento normal e amigável durante toda a avaliação.

7.2.3.7. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA

O Quadro 21 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *relações e interações interpessoais*.

Áreas Principais da vida	Qualificador
Educação pré-escolar	4

Quadro 21 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *de áreas principais da vida* do IAFII.

A criança apresentou dificuldade total para freqüentar a educação pré-escolar em escola regular. A mãe informou que tentou matricular sua filha, mas que foi informada da impossibilidade da escola em receber a matrícula da C2, que freqüenta uma escola particular.

7.2.4. FATORES AMBIENTAIS

O Quadro 22 e a Figura 19 mostram os qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios *dos fatores ambientais* do IAFII.

Fatores Ambientais	Qualificador
População	0
Desastres naturais	0
Desastres causados pelo homem	0
Serviços, sistemas e políticas de saúde	0
Clima	0

Quadro 22 - Ocorrências do qualificador de nenhuma barreira ou facilitador, atribuídos na avaliação dos domínios de *fatores ambientais* do IAFII.

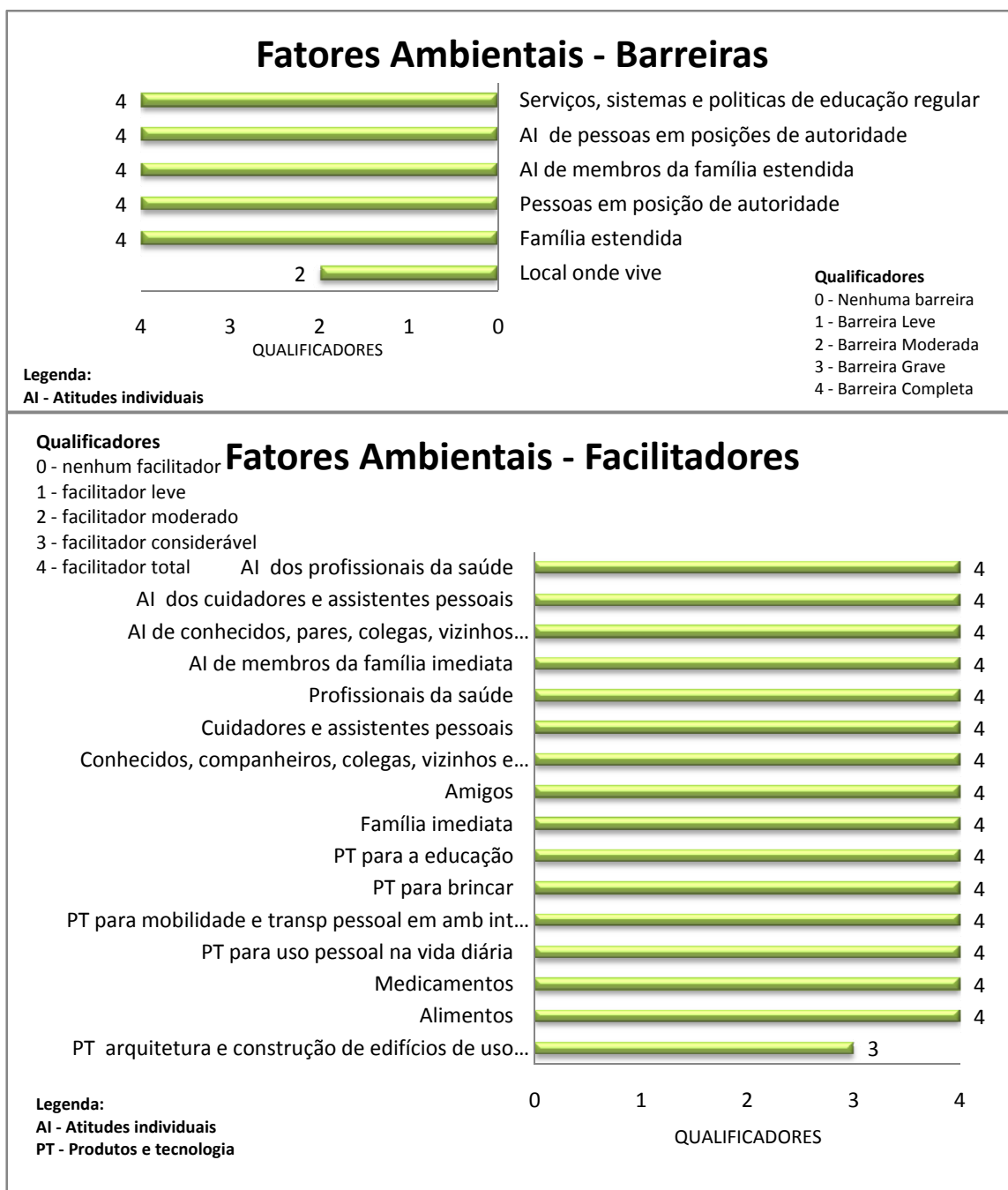


Figura 19 - Ocorrências dos qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios *dos fatores ambientais* do IAFII.

Os domínios **produtos e tecnologia para comunicação, população, desastres naturais, desastres causados pelo homem e serviços, sistemas e políticas de saúde** foram qualificados como nenhum facilitador ou barreira. A C3, não utiliza recurso para comunicar-se,

a densidade populacional não influencia em sua vida, nunca sofreu conseqüências de desastres naturais e nem de desastres causados pelo homem, e não sofre influência dos sistemas e políticas de saúde, por que possui plano de saúde particular e utiliza-se apenas deste para os cuidados necessários em saúde.

Os **serviços, sistemas e políticas de educação regular** foram qualificados como barreiras totais, por não atenderem às necessidades de C2. A **família estendida, pessoas em posição de autoridade, atitudes individuais de membros da família estendida, atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade, serviços, sistemas e políticas de transporte**, foram qualificados como barreira completa. A mãe relatou que a participante não recebe nenhum benefício ou apoio das categorias supracitadas, mas que a família imediata se mobiliza para angariar fundos quando a C2 necessita, organizando, por exemplo, bingos na comunidade onde vivem.

Os **produtos e tecnologia arquitetura e construção de edifícios de uso privado** foram considerados facilitadores consideráveis, pois existem algumas adaptações necessárias para serem feitas na casa onde a participante reside, como a instalação de uma rampa para substituir uma escada que dá acesso à entrada da casa. Já os **produtos e tecnologia de arquitetura e construção de edifícios para uso público**, foram considerados como facilitadores completos, pois a criança não sofre com dificuldades impostas por este fator ambiental. A **família imediata, amigos, conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e comunidade, cuidadores e assistentes pessoais, profissionais da saúde, atitudes individuais dos profissionais da saúde, atitudes individuais de membros da família imediata, atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos comunidade, atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais**, foram considerados como facilitadores completos, e a responsável mostrou-se muito satisfeita com a influência destes fatores ambientais na vida da criança.

De acordo com o relato da responsável há disponibilidade de **alimentos, medicamentos, produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária, produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambiente interno e externo, produtos e tecnologia para brincar** e de **produtos e tecnologia para a educação**, tanto em sua casa como na escola e nos locais que costuma freqüentar.

7.2.5. ESTADO DE SAÚDE C2

A C2 tem suas funções cognitivas preservadas, apesar das dificuldades físicas, apresentou enfrentamento positivo dos desafios encontrados nas tarefas solicitadas na avaliação. Sua mãe relata que não tem contato com a família estendida e teve conflitos que romperam suas relações há muito tempo. Por isso, afirma que os cuidados com C2 são exclusivos dela e do marido. A família busca por recursos para melhora da qualidade de vida da criança e a mãe relata que sente-se um pouco sobrecarregada e cansada, mas que acredita que o esforço vale a pena.

C2 não utiliza adaptações como as TA nem na escola nem em casa. Acredita-se que a prescrição de TA possa facilitar a realização de alguns movimentos e aumentar o desempenho de C2 nesses ambientes.

7.3. ESTUDO DE CASO 3 - INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA 3 (C3)

A C3 é do sexo feminino, tem 6 anos, nasceu com 24 semanas de gestação, seu peso ao nascimento foi de 847g, tem o membro superior esquerdo como dominante. Nasceu com hidrocefalia e foi diagnosticada com paralisia cerebral do tipo hemiparesia espástica, teve sua saúde física qualificada como “ruim” e sua saúde emocional qualificada com “ruim”, é medicada de forma contínua com antialérgico de aplicação nasal, faz uso de equipamento como o “transfer” que é utilizado para treino de marcha. Recebe ajuda da mãe em seus auto-cuidados e atividades diárias. Realiza tratamento de saúde em uma unidade de saúde escola com fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e recebe atendimento domiciliar de uma fonoaudióloga. C3 reside na periferia de uma cidade de médio porte no interior de São Paulo, com seus pais adotivos que são casados. C3 frequenta uma escola de educação regular, duas vezes por semana, no período da tarde. A mãe relata que C2 realiza as atividades escolares com a ajuda das professoras. Abaixo serão apresentados os resultados obtidos por C3 na aplicação do IAFII

7.3.1. FUNÇÕES CORPORAIS

A Figura 20 e o Quadro 23 mostram os *qualificadores de deficiências das funções corporais* atribuídos à criança participante nos domínios das *funções corporais* do IAFII.

Funções Corporais Domínios		Qualificador
Quadro	Sono	0
	Concentração	0
	Atenção	0
	Memória	0
	Funções psicomotoras	0
	Voz e da fala	0
	Coração	0
	Sistema imunológico	0
	Ingestão	0
	Dor	0
	Digestivas	0
	Da pele e relacionadas	0
	Sistema respiratório	0
	Funções metabólicas normais	0

Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiência das funções corporais atribuídos na avaliação dos domínios das funções corporais do IAFII.

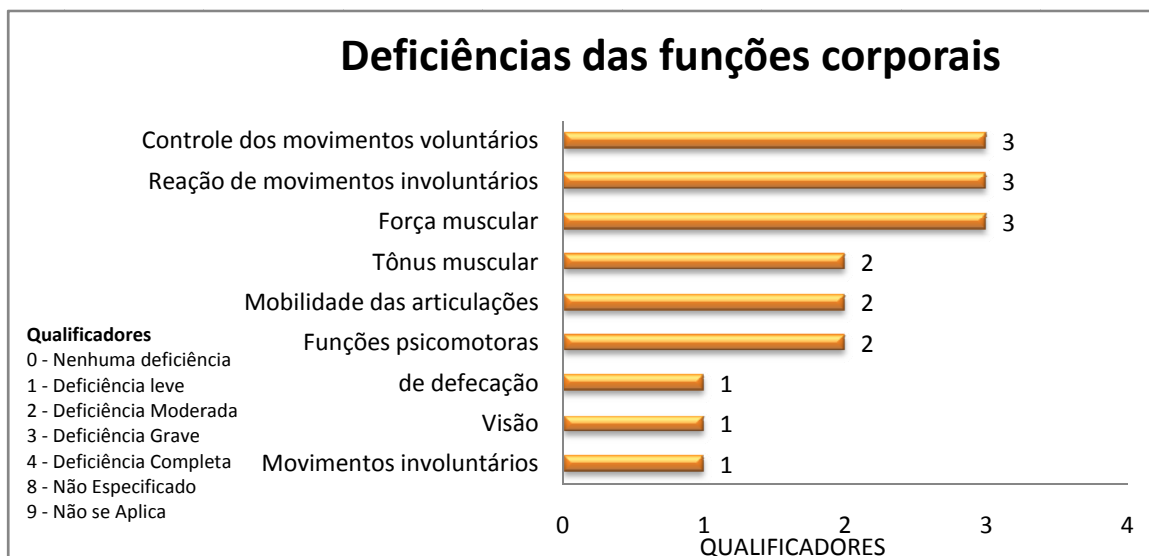


Figura 20 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências de funções corporais do IAFII.

No Quadro 23, as **funções corporais** relacionadas ao **sono, concentração, atenção, memória, psicomotoras, da voz e da fala, do coração, sistema imunológico, ingestão, da dor, digestivas, da pele e percepção, sistema respiratório e funções metabólicas normais** C3 não apresentou nenhuma deficiência. Nas funções listadas abaixo, C3 apresentou algum grau de deficiência. As **funções de controle dos movimentos involuntários** apresentaram deficiência leve. As funções da **visão**, também foram qualificadas como deficientes leves, pois a C3 apresentou problemas na coordenação viso-motora, ou seja, demorou para dirigir o olhar para objetos que foram apreendidos com as mãos; as funções de **defecação** apresentaram deficiência leve, C3 tem episódios de constipação intestinal e precisa ser medicada com laxantes para evacuar; as funções de **tônus muscular, mobilidade das articulações e funções psicomotoras** apresentam deficiência moderada, e relacionam-se à paralisia cerebral. As funções de **controle dos movimentos voluntários (equilíbrio)**, e de **força muscular** apresentam deficiência grave, a criança apresentou dificuldades para realizar movimentos com os membros superiores e inferiores, e as **funções de reação de movimentos involuntários** também apresentaram deficiência grave, porque ao ser posicionada na posição sentada com os quadris aduzidos, os joelhos fletidos a 90 graus e os pés em dorsiflexão passiva, a C3 apresentou tremores nos membros inferiores, esse tipo de tremor, denominado **clono** é indicativo de lesão neurológica (Lundy-Ekman, 2004). As funções corporais da criança encontram-se deficientes em níveis variados, com maior acometimento das funções músculo-esquelética e psicomotoras.

7.3.2. ESTRUTURAS CORPORAIS

A Figura 21 e o Quadro 24 mostram os *qualificadores de deficiências das estruturas corporais* atribuídos à participante nos domínios das *estruturas corporais* do IAFII.

Estrutura Corporal Domínios	Qualificador
Cérebro	0
Olho, ouvido e estruturas relacionadas	0
Estruturas relacionadas a voz e a fala	0
Sistema cardiovascular	0
Sistema respiratório	0
Estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino	0
Estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo	0
Região de cabeça e pescoço	0
Pele e estruturas relacionadas quaisquer outras estruturas do corpo	0

Quadro 24- Ocorrências do qualificador de nenhuma deficiência das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAFII.

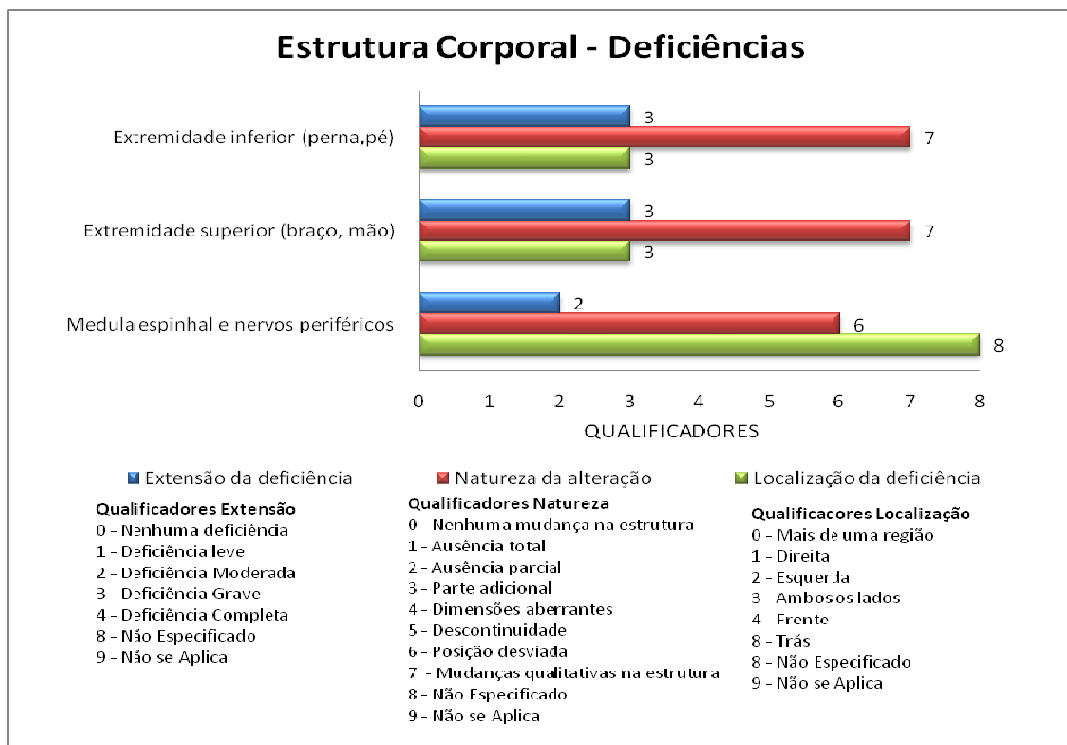


Figura 21 - Ocorrências dos qualificadores de deficiências das estruturas corporais atribuídos na avaliação dos domínios das estruturas corporais do IAFII.

No Quadro 24 as estruturas corporais como o **cérebro; olho, ouvido e estruturas relacionadas; estruturas relacionadas à voz e à fala; sistema cardiovascular; sistema respiratório; estruturas relacionadas aos sistemas digestivo, metabólico e endócrino; estruturas relacionadas ao sistema geniturinário e reprodutivo; região de cabeça e pescoço e pele e estruturas relacionadas**, não apresentaram deficiência alguma.

A criança apresentou deficiência grave da **extremidade inferior (pernas e pés)** sendo a natureza da alteração, mudanças qualitativas na estrutura, localizadas em ambos os lados, apresentando hipotonia nos membros inferiores, direito e esquerdo. A **extremidade superior (braços e mãos)** apresentou deficiência grave, também tendo como natureza da alteração, mudanças qualitativas na estrutura e localizadas em ambos os membros superiores. Apesar de ter dificuldade nos movimentos de ambos os membros superiores, a criança apresenta dificuldades maiores no membro superior direito. A **estrutura da medula espinhal e nervos periféricos** apresentou deficiência moderada, sendo a natureza da alteração e localização da deficiência não especificadas.

Com relação às estruturas corporais, observa-se que as deficiências físicas que acometem a criança estão intimamente relacionadas às deficiências de funções corporais, C3 tem hidrocefalia e teve lesão neurológica localizada no hemisfério cerebral direito.

7.3.3. ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

7.3.3.1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO

O Quadro 25 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante em *aprendizagem e aplicação do conhecimento*.

Aprendizagem e Aplicação do conhecimento	Qualificador
Domínios	
Sentir texturas	8
Sentir sabor	8
Sentir cheiro	8
Executar ação simples com brinquedo	8
Representar pessoas	8
Representar acontecimento	8
Representar sentimentos	8
Distinguir tamanho	8
Distinguir forma	8
Distinguir quantidade	8
Fazer jogo simbólico "faz-de-conta"	8
Reconhecer letras	8
Ler e vocalizar palavras	8

Quadro 25 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *aprendizagem e aplicação do conhecimento* do IAFIL.

As atividades relacionadas a **sentir texturas, sentir sabor, sentir cheiro, executar ação simples com brinquedo, representar pessoas, representar acontecimento, representar sentimentos, distinguir tamanho, distinguir forma, distinguir quantidade e fazer jogo simbólico "faz-de-conta", reconhecer letras e ler e reconhecer palavras** não foram desempenhadas por C3, e receberam o qualificador “8” que é utilizado para designar a impossibilidade de dar um grau de dificuldade da atividade por falta de execução. A criança não é capaz de entender ordens simples e apesar de pegar os objetos entregues pela pesquisadora durante a avaliação, não os explorou ou realizou qualquer ação com estes.

7.3.3.2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS

A figura 22 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em diferentes domínios de *tarefas e demandas gerais*.

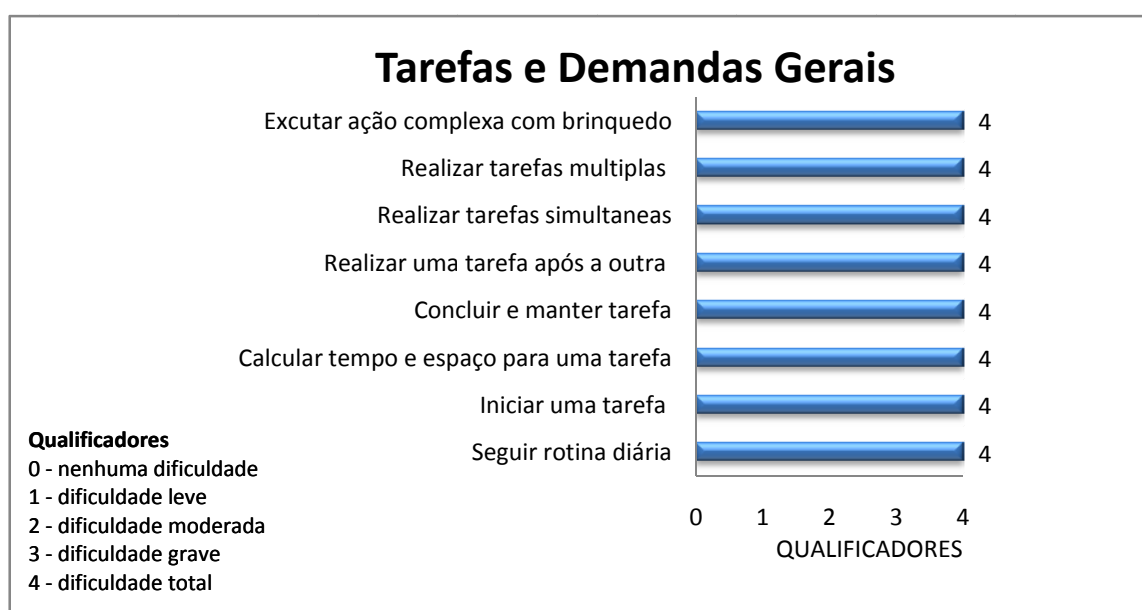


Figura 22 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *tarefas e demandas gerais* do IAFII.

Para **iniciar uma tarefa, calcular tempo e espaço para uma tarefa, realizar uma tarefa após a outra e seguir rotina diária, realizar ação complexa com o brinquedo, realizar tarefas múltiplas, realizar tarefas simultâneas e concluir e manter tarefa** a participante apresentou dificuldade total. C3 não Engajou-se nas brincadeiras propostas e a única ação que realizou com os brinquedos foi jogá-los ao chão.

7.3.3. COMUNICAÇÃO

O Quadro 26 e a Figura 23 mostram os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades do capítulo de *comunicação*.

Comunicação Domínios	Qualificador
Entender frases	8
Entender expressão de linguagem	8
Entender e fazer expressão corporal	8
Entender e fazer gesto	8
Entender e fazer expressão corporal	8
Entender e fazer símbolo	8

Quadro 26- Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *comunicação* do IAFIL.



Figura 23 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios de *comunicação* do IAFIL.

Os domínios **entender frases, falar frases, entender expressão de linguagem, entender e fazer expressão corporal, entender e fazer gesto, entender, fazer expressão corporal e entender e fazer símbolo**, foram qualificados como não especificados, não foi possível qualificá-los. Para **vocalizar em atividade de dar a vez, desenhar o que quer dizer, contar história, falar frases**, a C3 apresentou dificuldade total. Ao **vocalizar em resposta** e apresentou dificuldade grave. Para **vocalizar na presença de outra pessoa e negar com a**

cabeça apresentou dificuldade moderada, a criança vocalizou algumas vezes em resposta a um estímulo, mas não o faz com frequência.

Ao analisarmos os resultados obtidos nos domínios da comunicação, pode-se observar que os problemas de desempenho em comunicação, apresentados pela criança estão mais relacionados a comprometimento cognitivo. C3 pega os objetos e os atira ao chão, não demonstra dar função alguma a brinquedos, mas quando entrou em contato com o cachorro de pelúcia utilizado na avaliação, balbuciou a palavra “vovô”, e segundo a mãe o avô de C3 tem um cachorro chamado “malhado”. Quando pronunciado o nome do cachorro, C3 sorria, algumas outras vezes balbuciou “vovô”, mas em outras situações reagiu da mesma maneira. Quando foi perguntado à mãe sobre as reações de C3, esta afirmou que não considera como uma reação ligada à alguma significação por parte da filha, pois essas reações ocorrem em diferentes contextos e situações, não parecendo ter uma associação significativa entre estímulo e reação.

7.3.3.4. MOBILIDADE

A Figura 24 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades do capítulo de *mobilidade*.

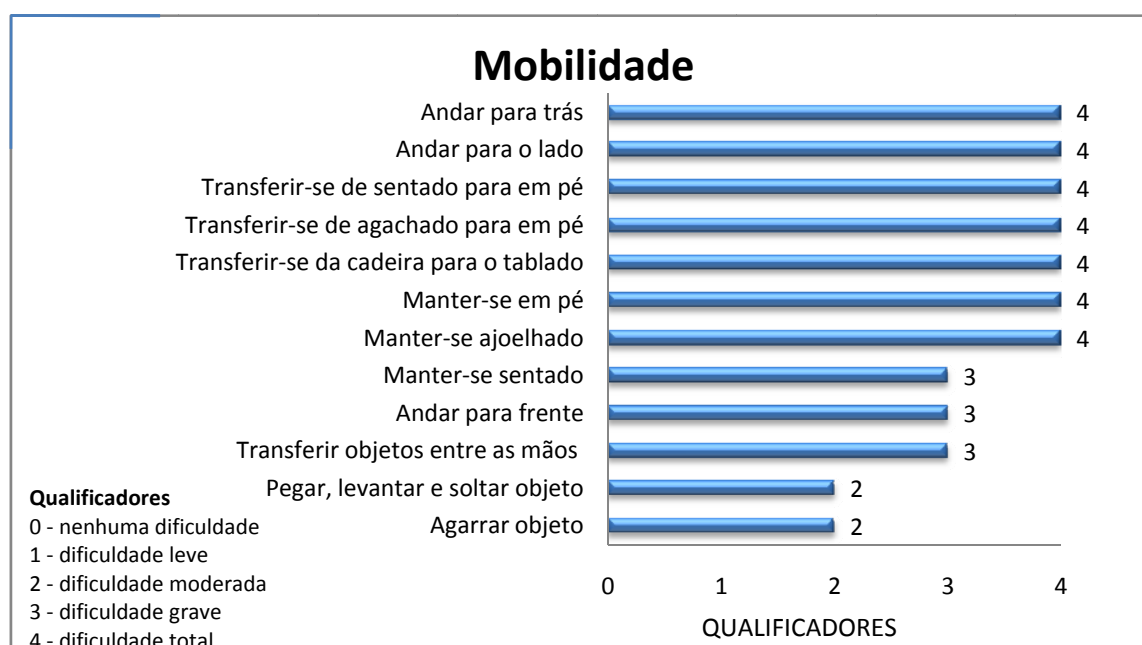


Figura 24 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *mobilidade* do IAFII.

Nos domínios relacionados à mobilidade como **andar para trás, andar para o lado, transferir-se de sentado para em pé, transferir-se de agachado para em pé, transferir-se da cadeira para o tablado e manter-se em pé**, a criança apresentou dificuldade total, em função das deficiências de funções e estruturas corporais identificadas anteriormente. A criança não conseguiu iniciar essas atividades sozinha. Para **andar para frente**, ela apresentou dificuldade grave, pois quando é apoiada por alguém, consegue dar passos, e assim, inicia a atividade, mas somente com apoio. Ao **manter-se sentada**, a criança apresentou grave, desequilibrando-se facilmente.

Ao **pegar, levantar e soltar objetos e agarrar objeto**, a criança apresentou dificuldade moderada, iniciou e completou as atividades, mas apresentou dificuldade na execução dos movimentos, como lentidão para agarrar a bolinha e dificuldade em fazer a preensão necessária para pegar o lápis.

Para **levar objeto à boca com as mãos, transferir objetos entre as mãos e atirar objetos**, a criança apresentou dificuldade leve, ao transferir a bola de uma mão para outra, foi possível observar que apesar da participante negligenciar seu membro superior esquerdo, apresenta função neste, mas só o utiliza quando lhe é solicitado que o faça.

Durante toda a avaliação a criança não movimentou a mão esquerda espontaneamente, apenas quando a pesquisadora pedia que o fizesse, e mesmo assim havia relutância em iniciar um movimento com esta mão. A participante apresentou muita dificuldade em manter-se sentada, ter pouca força nos membros inferiores impossibilitou a marcha e trouxe dificuldades motoras facilmente observáveis.

7.3.3.5. AUTO-CUIDADOS

A Figura 25 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *auto-cuidados*.

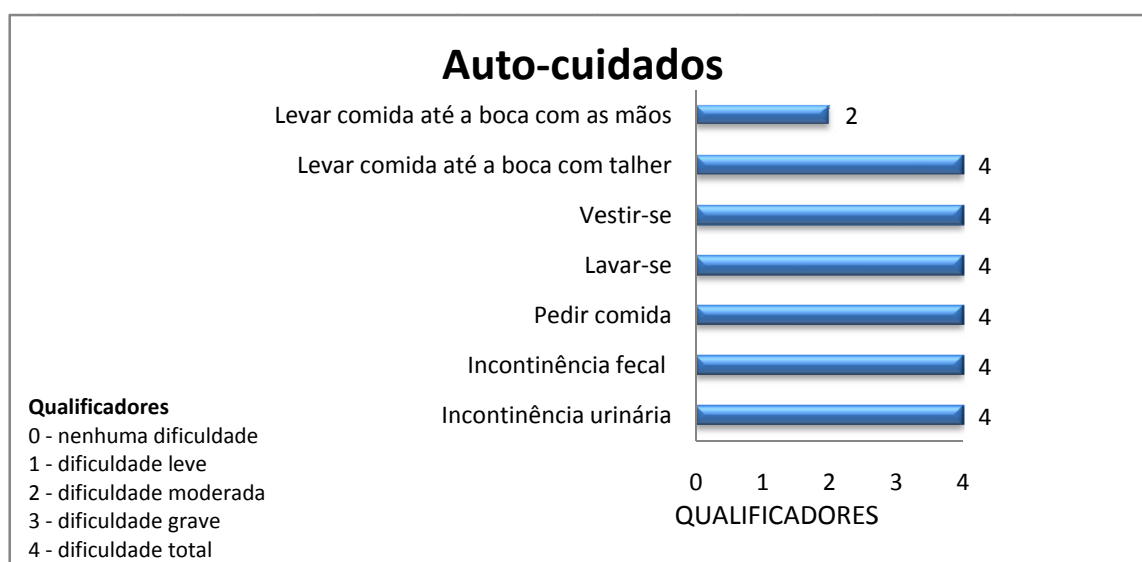


Figura 25 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *de auto-cuidados* do IAFII.

Nos domínios relacionados a **incontinência urinária, incontinência fecal e pedir comida, levar comida à boca com talher, vestir-se e lavar-se, C3** apresentou dificuldade total. Para **e levar comida à boca com as mãos** apresentou dificuldade moderada, devido ao problema na função motora do membro superior. A criança não tem controle esfinteriano, não se alimenta sozinha, e nas atividades que exigiam maior coordenação, força e controle motor ela apresenta dificuldades.

7.3.3.6. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS

O Quadro 27 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *relações e interações interpessoais*.

Relações e Interações Interpessoais	Qualificadores
Dar oi e tchau	8
Reagir aos sentimentos dos outros	8
Mostrar consideração	8

Quadro 27 - Ocorrências do qualificador de nenhuma dificuldade de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *relações e interações interpessoais* do IAFII.

Os domínios **dar oi e tchau**, **mostrar consideração** e **reagir aos sentimentos dos outros** não puderam ser observados e, portanto, não foram qualificados.

7.3.3.7. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA

O Quadro 28 mostra os qualificadores de desempenho atribuídos à participante na realização das atividades em *relações e interações interpessoais*.

Áreas Principais da vida	Qualificador
Educação pré-escolar	4

Quadro 28 - Ocorrências do qualificador de desempenho, atribuídos na avaliação dos domínios *de áreas principais da vida* do IAFII.

A criança apresentou dificuldade total para freqüentar a educação pré-escolar regular e freqüenta uma escola particular duas vezes por semana. A mãe relatou que C3 realiza atividades como brincar com massinhas, brincar na areia e pintar, mas sempre com auxílio da professora que segundo a mãe, segura na mão da criança e a ajuda a fazer as atividades. C3 não demonstrou o desempenho relatado acima, durante a avaliação.

7.3.4. FATORES AMBIENTAIS

O Quadro 29 e a Figura 26 mostram os qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios *dos fatores ambientais* do IAFII.

Fatores Ambientais	Qualificador
Produtos e tecnologia para comunicação	0
População	0
Desastres naturais	0
Desastres causados pelo homem	0
Serviços, sistemas e políticas de saúde	0

Quadro 29 - Ocorrências do qualificador de nenhuma barreira ou facilitador, atribuídos na avaliação dos domínios de *fatores ambientais* do IAFII.

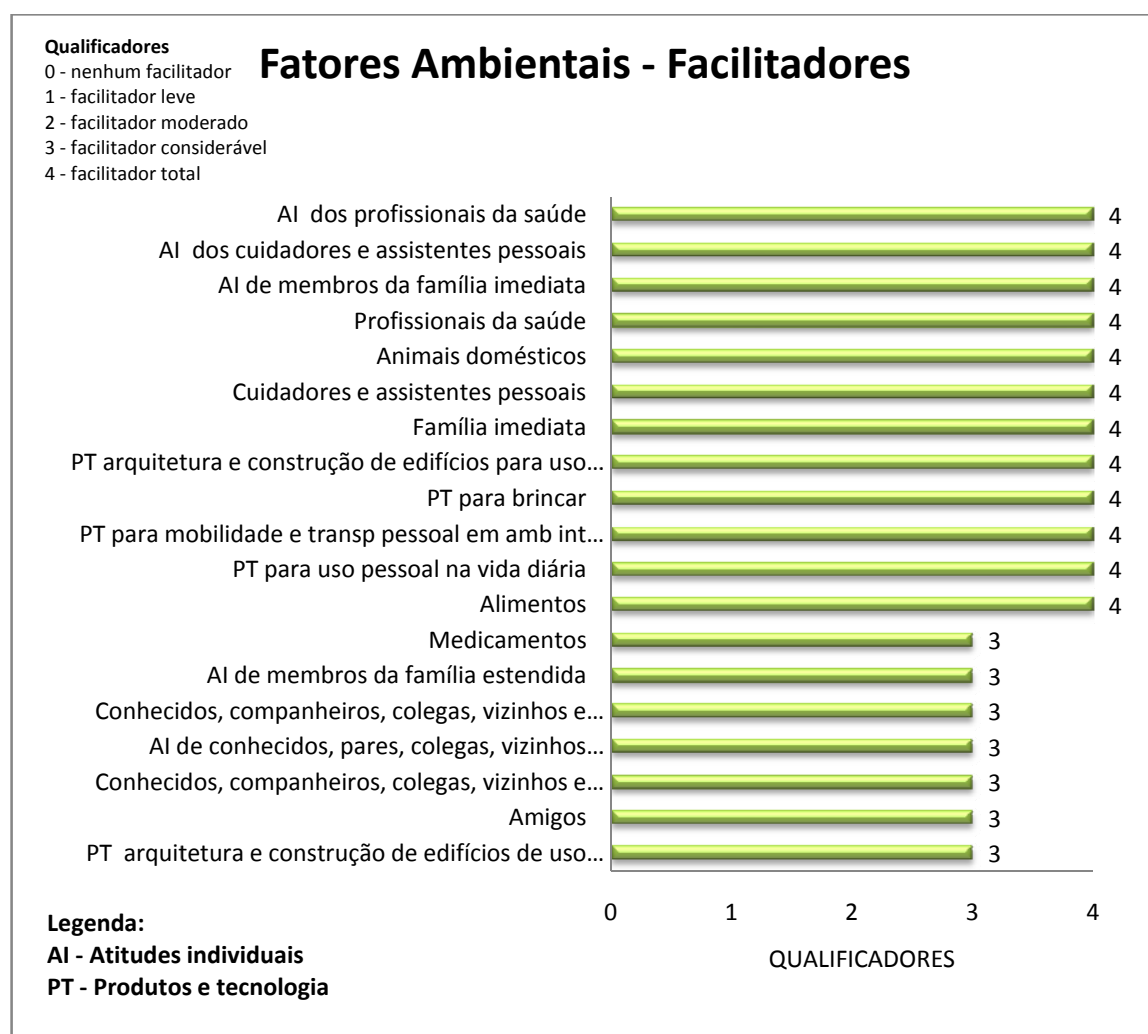
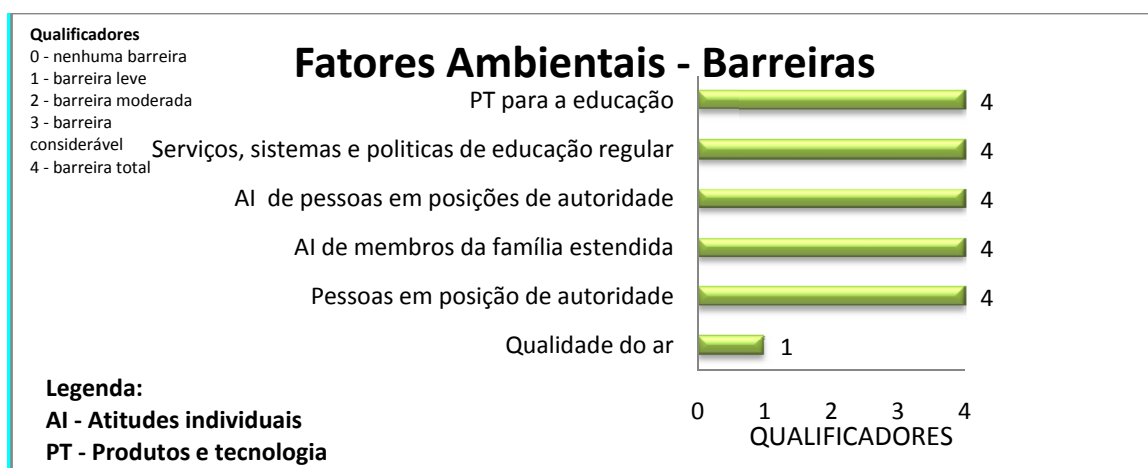


Figura 26 - Ocorrências dos qualificadores de facilitador ou barreira, atribuídos na avaliação dos domínios *dos fatores ambientais* do IAFIL.

Os domínios **produtos e tecnologia para comunicação, população, desastres naturais, desastres causados pelo homem e serviços, sistemas e políticas de saúde** foram qualificados como nenhum facilitador ou barreira. A C3, não utiliza recurso para comunicar-se, a densidade populacional não influencia em sua vida, nunca sofreu conseqüências de desastres naturais e nem de desastres causados pelo homem, e não sofre influência dos sistemas e políticas de saúde, por que possui plano de saúde particular e utiliza-se apenas deste para os cuidados necessários em saúde.

Os **serviços, sistemas e políticas de educação regular** foram qualificados como barreiras totais, por não atenderem às necessidades de C3. Os **produtos e tecnologia para educação, Serviços, sistemas e políticas de educação regular, atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade, atitudes individuais de membros da família estendida, pessoas em posição de autoridade**, foram qualificados como barreira completa. A mãe relatou que a participante não recebe nenhum benefício ou apoio das categorias supracitadas, mas que a família imediata se mobiliza quando C3 precisa de algo, costumam juntar um pouco de dinheiro de cada parente para comprar o que a criança precisa que seja de custo maior. A **qualidade do ar** foi considerada barreira leve, pois a criança costuma ter crises alérgicas com a piora da qualidade do ar.

Os **produtos e tecnologia arquitetura e construção de edifícios de uso privado, amigos, conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e comunidade, cuidadores e assistentes pessoais, atitudes individuais de membros da família estendida e medicamento** foram considerados facilitadores consideráveis, pois existem algumas adaptações necessárias para serem feitas na casa onde a participante reside que fica nos fundos da casa dos avós, e a mãe relatou que às vezes não tem dificuldade para conseguir remédio. Já os **produtos e tecnologia de arquitetura e construção de edifícios para uso público, a família imediata profissionais da saúde, atitudes individuais dos profissionais da saúde, atitudes individuais de membros da família imediata, atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais, alimentos, produtos e tecnologias para brincar, animais domésticos, profissionais da saúde e família imediata** foram considerados como facilitadores completos, a mãe relatou que sente-se acolhida por essas pessoas e suas atitudes, relata não haver falta de alimentos e que não tem nenhuma dificuldade para locomover-se com a filha em prédios públicos.

7.3.5. ESTADO DE SAÚDE C3

Foi possível notar que a criança apresenta comprometimento cognitivo acentuado. C3 não apresenta iniciativa para pegar objetos com intuito de explorá-los, e não parece entender comandos, apresenta reação de negar com a cabeça quando lhe é solicitado que faça algo, mas também o faz em outras situações, portanto não foi possível estabelecer uma relação causal entre suas reações e os estímulos emitidos durante a avaliação dos domínios de aprendizagem e aplicação do conhecimento

7.4. SÍNTESE COMPARATIVA DOS RESULTADOS

7.4.1. FUNÇÕES CORPORAIS

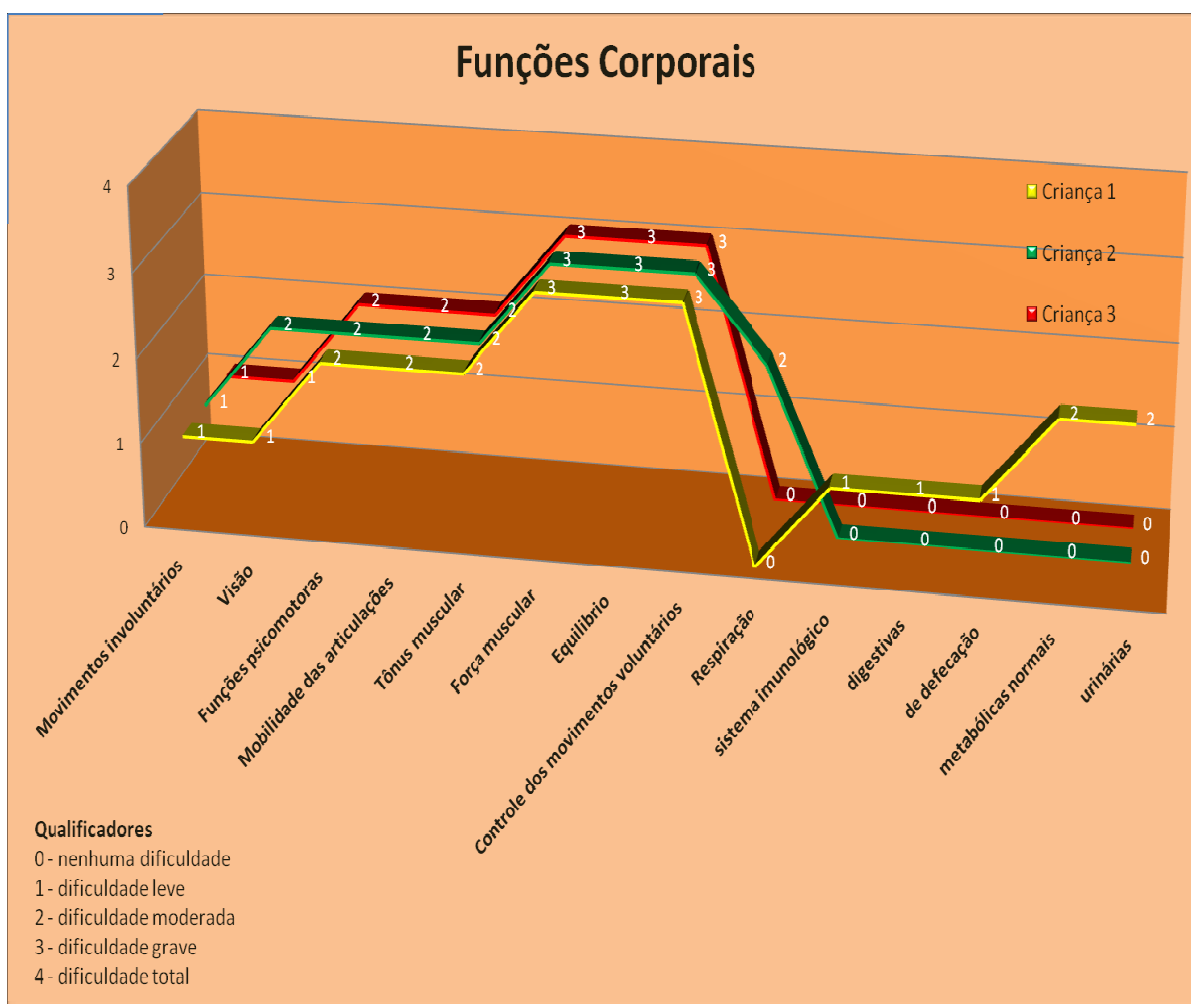


Figura 28 - Síntese das ocorrências dos qualificadores de *funções corporais*

Ao analisarmos as ocorrências de deficiências de *funções corporais*, é possível notar que nas crianças C1, C2 e C3 as funções mais afetadas são as relacionadas com os sistemas musculares e se relacionam com os movimentos involuntários, as funções psicomotoras, a mobilidade das articulações, o equilíbrio, a força muscular e o controle de movimentos involuntários, comuns em crianças com paralisia cerebral. A C1, ainda apresenta deficiências de leves à moderadas em funções fisiológicas digestivas, imunológicas e respiratórias, apresentando dificuldade de ganho de peso e incontinência urinária.

7.4.2 ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO

7.4.2.1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO

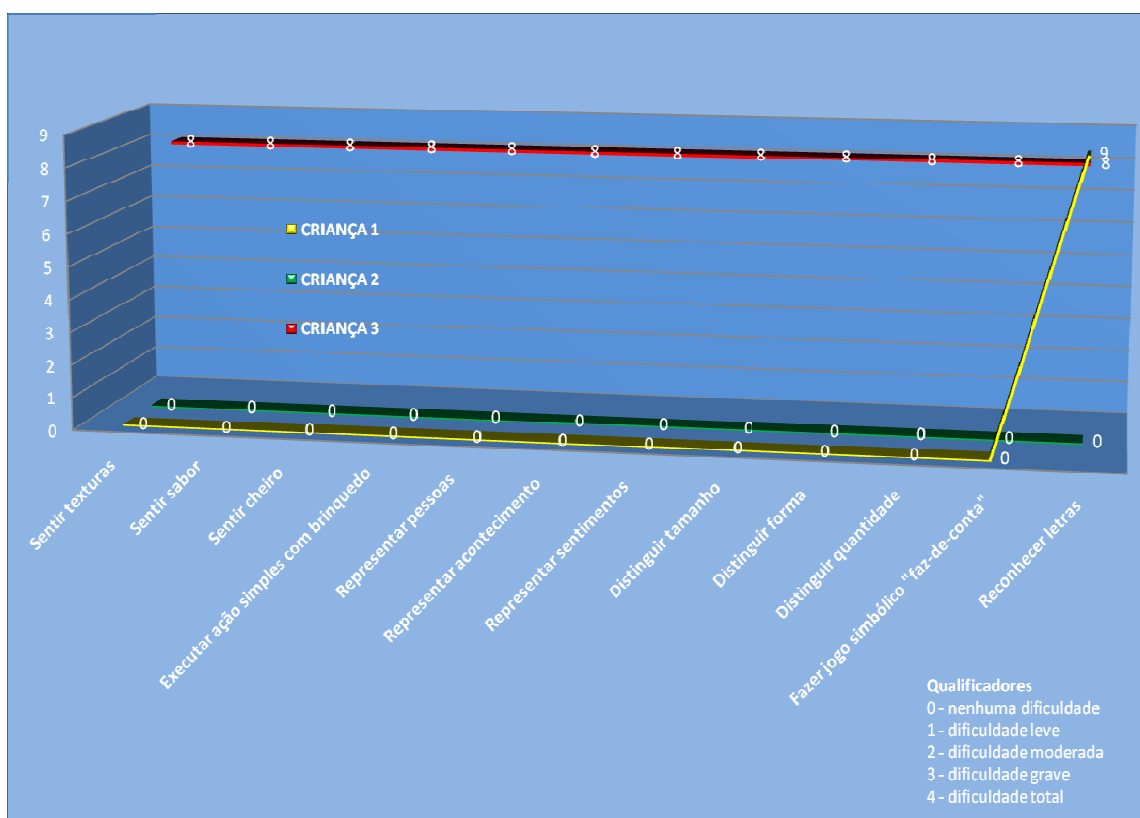


Figura 28 - Síntese das ocorrências dos qualificadores de *aprendizagem e aplicação do conhecimento*

Nota-se que as crianças C1 e C2 não apresentaram dificuldades nos domínios avaliados em *aprendizagem e aplicação do conhecimento*, no entanto, o qualificador “8” (não especificado) foi atribuído à C3 que não respondeu às solicitações da pesquisadora e por isso, não pode ter seu desempenho avaliado. A não realização das atividades por C3 deve-se ao déficit intelectual acentuado que apresenta, impedindo-a de responder a comandos simples.

7.4.2.2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS

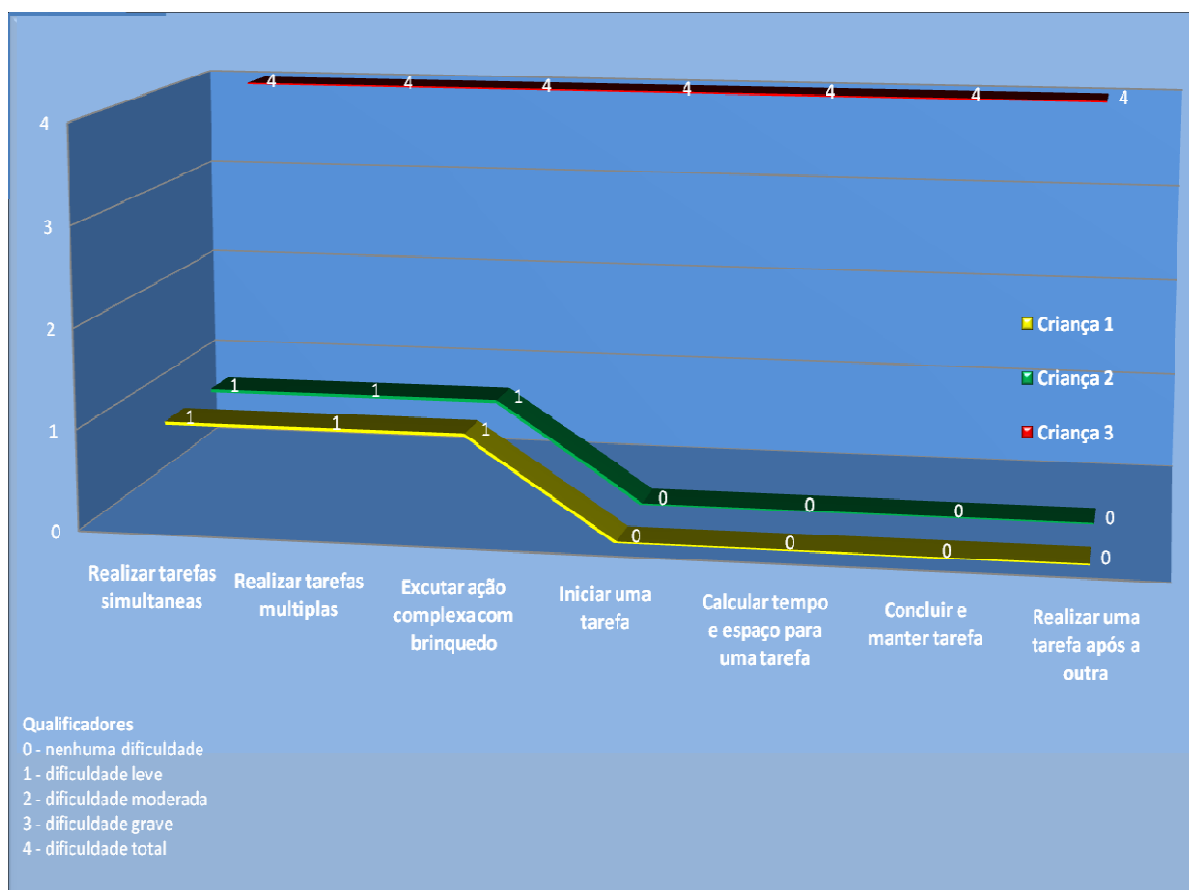
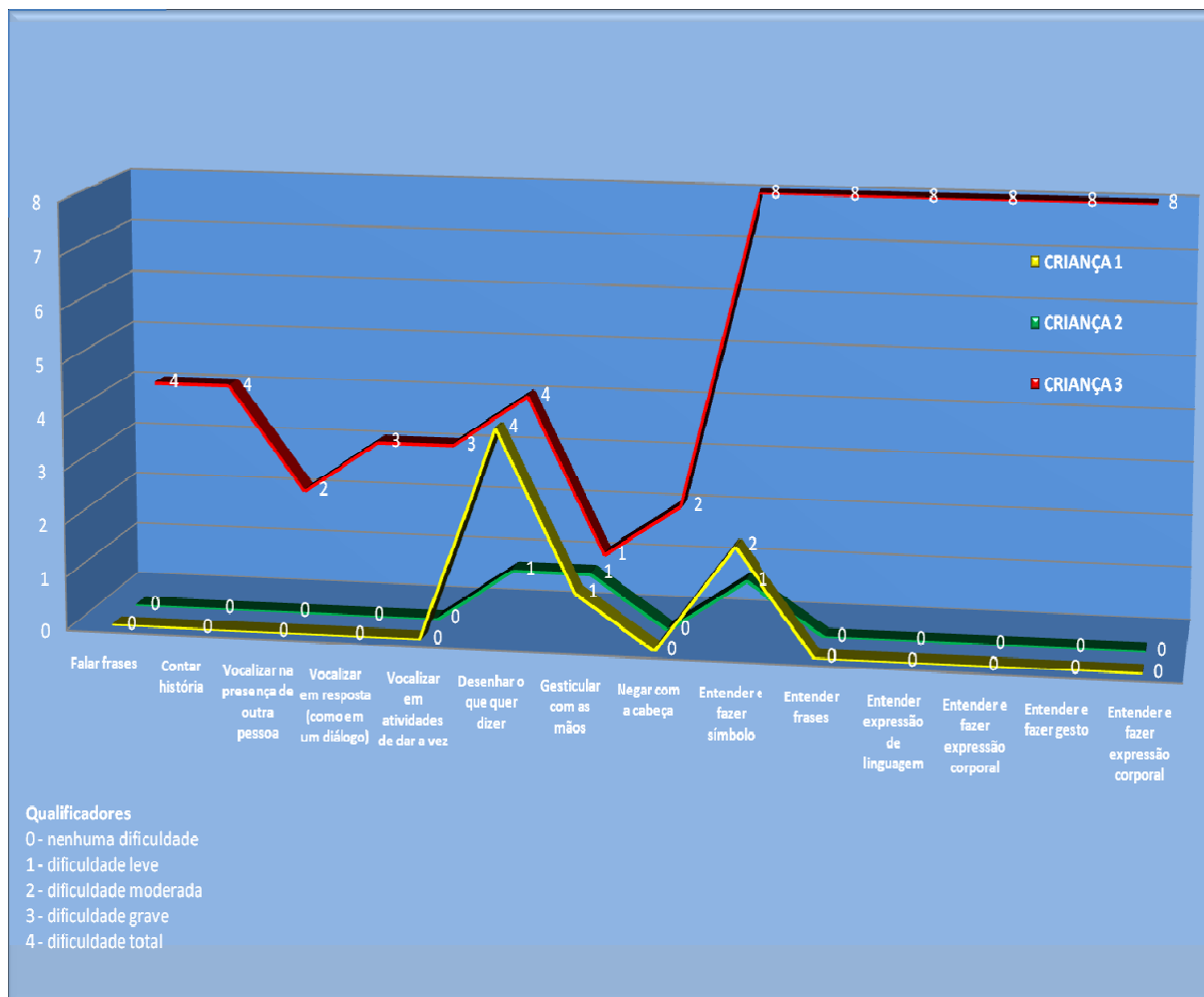


Figura 29 - Síntese das ocorrências do *tarefas e demandas gerais*

As participantes C1 e C2 tiveram desempenho com dificuldade insignificante ao realizar as atividades propostas, apesar de suas deficiências físicas, elas conseguiram participar ativamente das atividades. Já a C3 apresentou dificuldade total ao desempenhar as tarefas. Acredita-se que o déficit intelectual agravado pelo quadro de hidrocefalia tenha contribuído para a incapacidade da criança em desempenhar as tarefas próprias da idade.

7.4.2.3. COMUNICAÇÃO

Figura 30 - Síntese das ocorrências de *comunicação*

Nas atividades de comunicação, as C1e C2 só apresentaram dificuldades quando a comunicação demandava uso das mãos, como por exemplo, ao desenhar o que queriam dizer ou gesticular com as mãos. A C3, por sua vez, interagiu nas atividades, mas apresentou dificuldades graves e totais, pois não respondia as solicitações da pesquisadora e em outros domínios que avaliam compreensão, não foi possível identificar se a criança compreendia, pois algumas vezes respondia, com balbucios, o que parecia estar no contexto, e em outras vezes não o fazia. Quando indagada sobre a situação, a mãe relatou que não existia uma conexão clara entre as respostas e que pareciam mais com coincidências que com comunicação.

7.4.2.4. MOBILIDADE

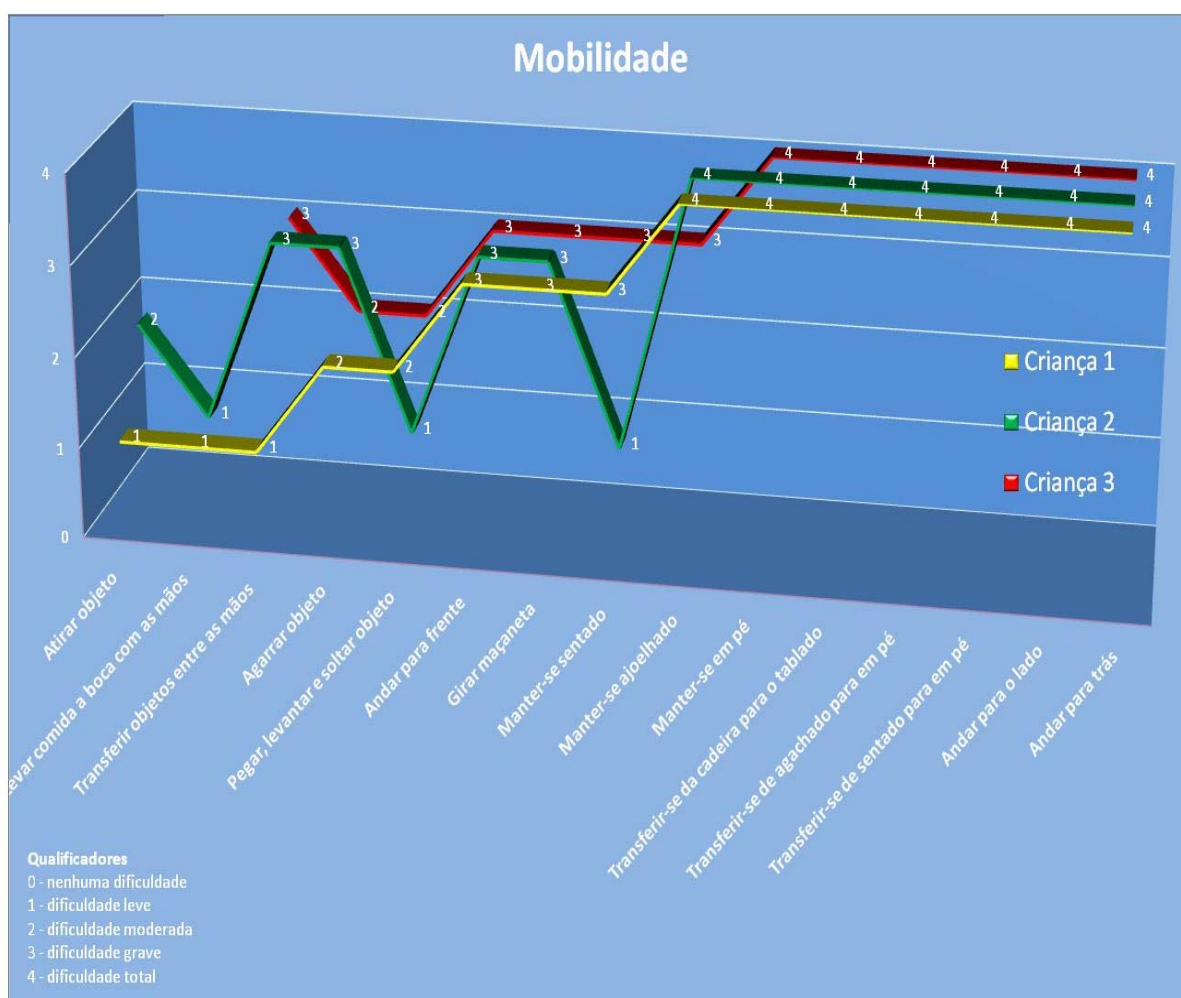


Figura 31 - Síntese das ocorrências de *mobilidade*

No domínio *mobilidade*, corroborando com as deficiências encontradas em funções e estruturas corporais, as crianças apresentaram dificuldade total para deambulação e auto-transferências. Já no uso da mão e dos braços as dificuldades foram menores. As maiores dificuldades foram apresentadas por C2 e C3 em atividades que exigiam movimentos mais complexos dos membros superiores. Foi identificado que as dificuldades físicas apresentadas poderão ser minimizadas com o uso de auxílios como as tecnologias assistivas.

7.4.2.5. AUTO-CUIDADOS

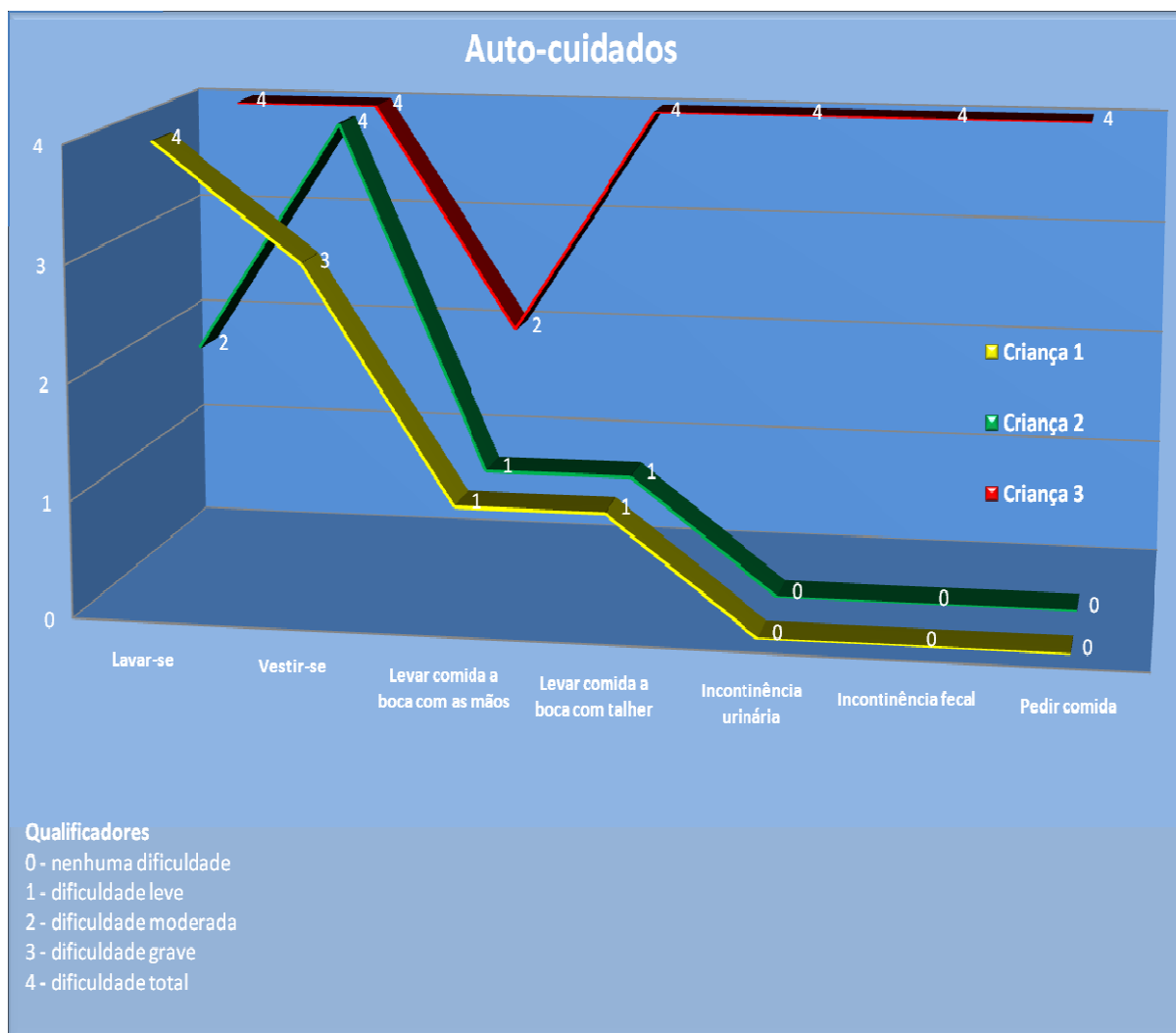


Figura 32 - Síntese das ocorrências *auto-cuidados*

Em auto-cuidados, as crianças C1 e C2 apresentaram maiores dificuldades para vestir-se e lavar-se e menor dificuldade para alimentar-se, com ou sem o uso de equipamentos. As mães relatam não incentivarem as atividades de banho e vestimenta, o que pode agravar as dificuldades apresentadas. A C3 é totalmente dependente e apresenta dificuldade total em todas as atividades, com exceção no que se refere a levar comida à boca com as mãos.

7.4.2.6. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS E ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA

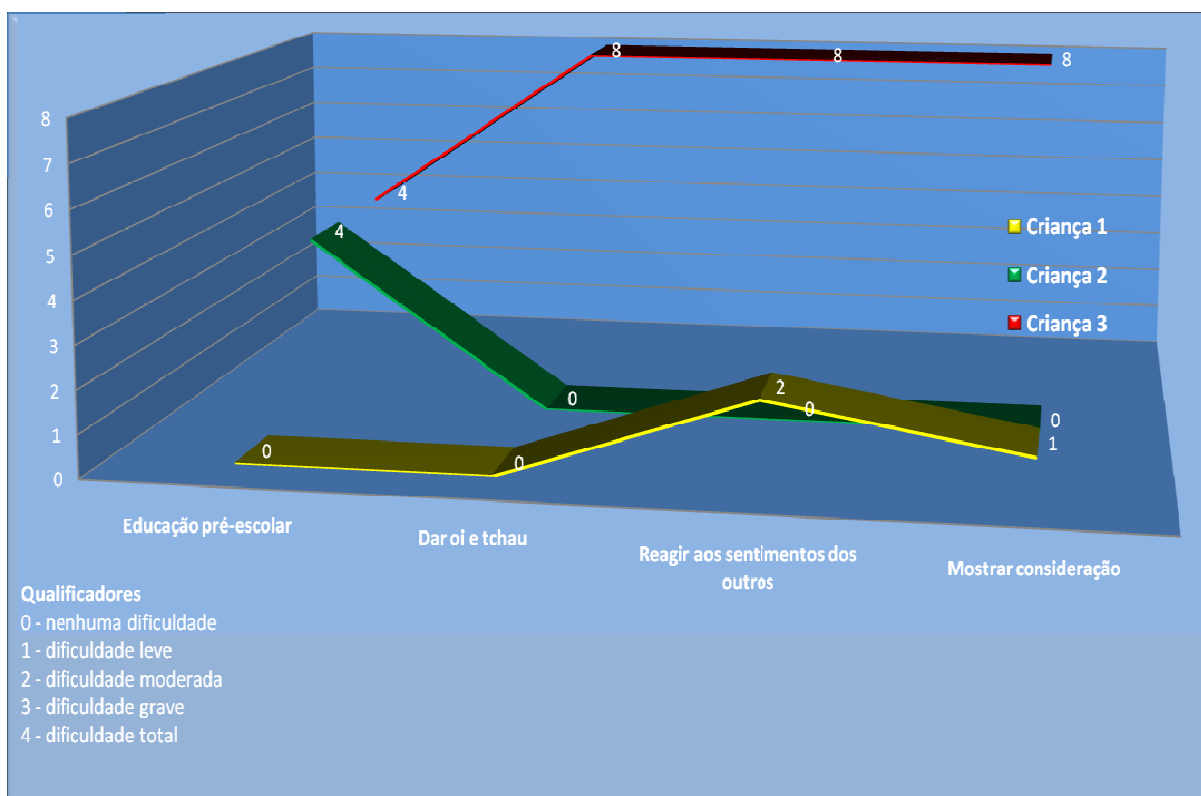


Figura 33 - Síntese das ocorrências *relações interpessoais e áreas da vida*

Nas relações e interações interpessoais e áreas principais da vida, C1 apresentou dificuldade moderada em reagir aos sentimentos dos outros, pois teve um episódio de birra após a avaliação e foi constatado que a criança passa por muitos atendimentos durante a semana, o que pode tê-la deixado esgotada e ter feito com que ela reagisse com a birra. C2 e C3 apresentam dificuldade total em freqüentar a educação pré-escolar, pois suas matrículas não foram aceitas na rede regular de ensino. Fato que nos leva a refletir sobre como as políticas de inclusão não estão sendo implementadas. E em relação aos outros domínios, não foi possível especificar se C3 dá oi e tchau, reage aos sentimentos dos outros ou mostra consideração.

7.4.2.7. FATORES AMBIENTAIS

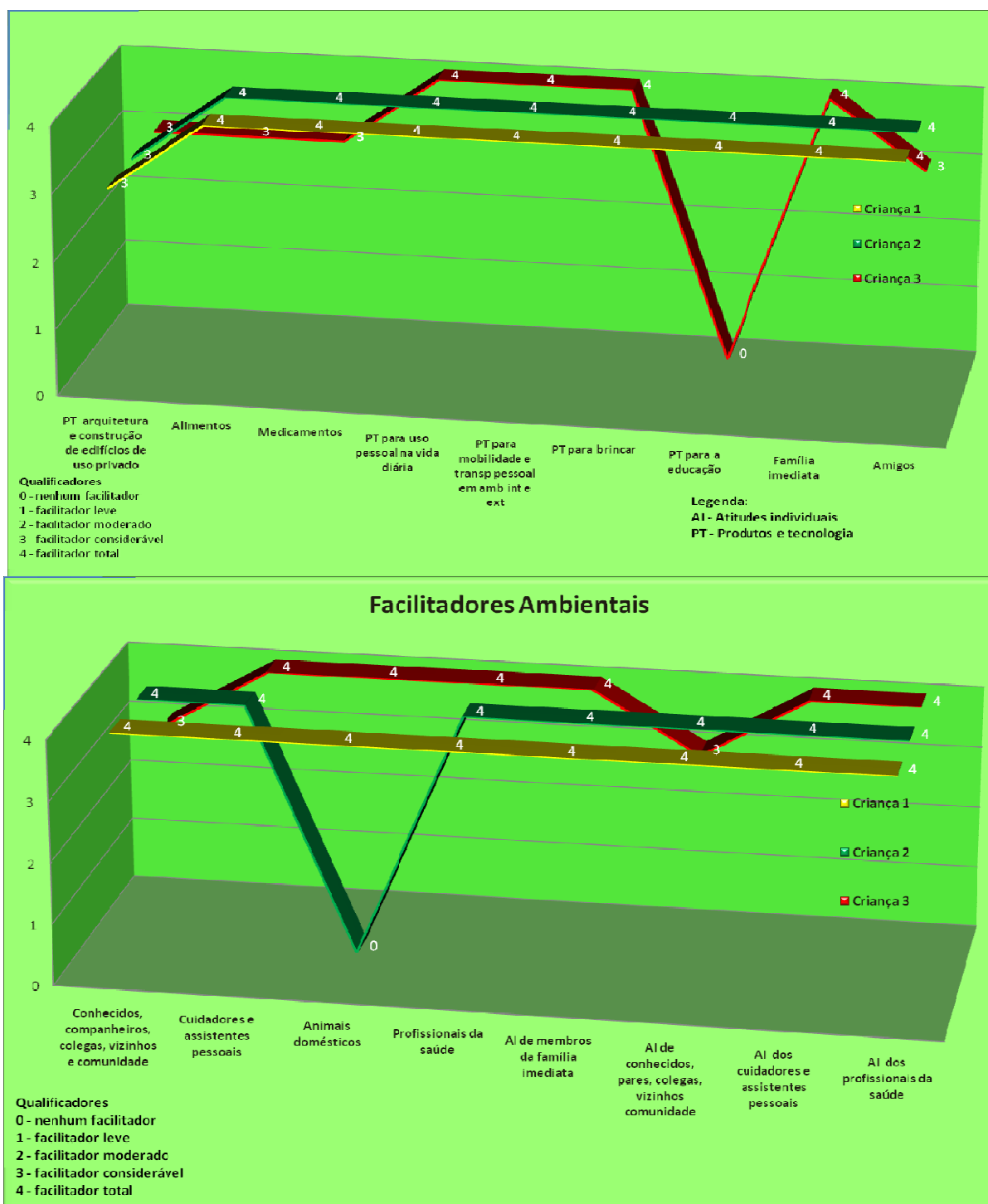


Figura 34 - Síntese das ocorrências de facilitadores ambientais

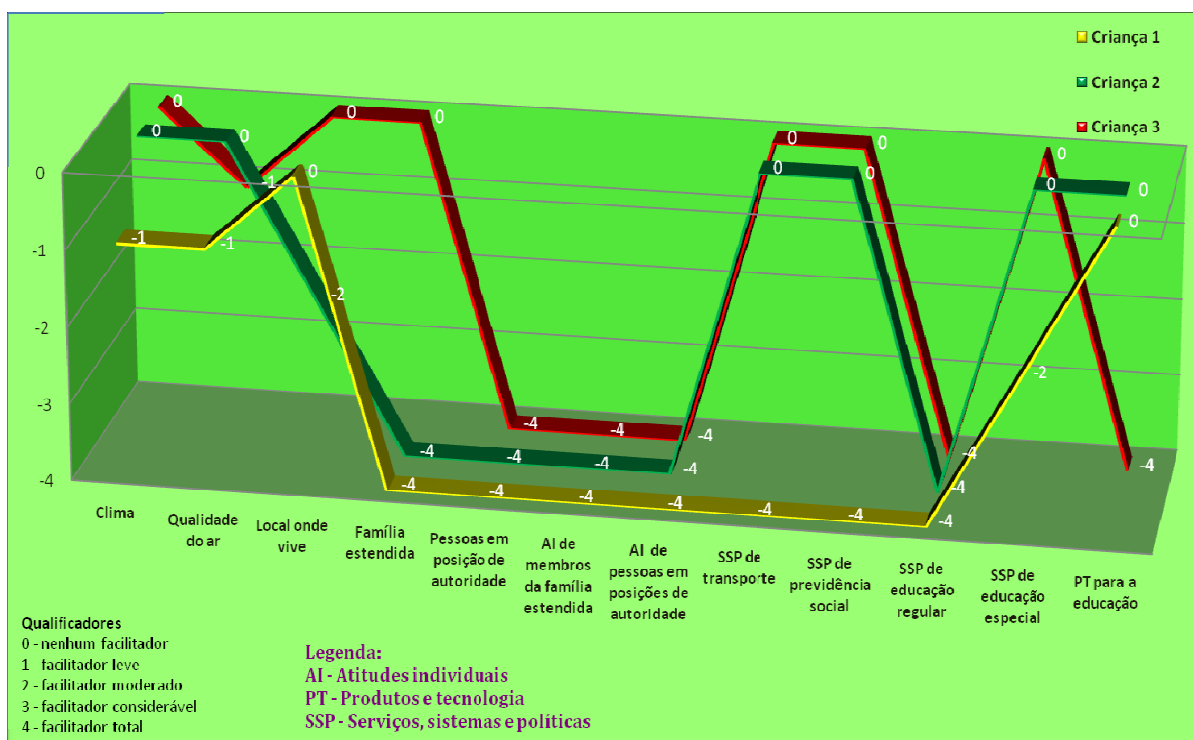


Figura 35 - Síntese das ocorrências de barreiras ambientais

Os fatores ambientais atuam, em maior número de forma positiva. As barreiras ambientais são mais relatadas referentes à falta de apoio familiar e de políticas que beneficiem as crianças de alguma forma. O uso de tecnologias como órteses e adaptações não havia sido indicado e, por isso, não pode ser qualificado.

8. DISCUSSÃO

A presente pesquisa contou com a elaboração e aplicação do Instrumento para Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade na Infância (IAFII) com três crianças portadoras de deficiência física, do tipo hemiparesia espástica por seqüela de prematuridade e suas responsáveis.

A discussão dos resultados será feita com base nos dados obtidos nos ESTUDOS DE CASO - C1, C2 e C3. Cumpre, neste momento reafirmar o objetivo da presente pesquisa que visou descrever a influência da interação dos componentes da CIF-CJ no processo de avaliação da funcionalidade e incapacidade de crianças com deficiência física por seqüela de prematuridade em processo de inclusão na pré-escola. O foco centrou-se no componente “desempenho” que descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual. Como este ambiente inclui um contexto social, o desempenho também pode ser entendido como "envolvimento numa situação de vida", ou "a experiência vivida" das crianças no contexto real em que vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais – todos os aspectos do mundo físico, social e atitudinal que podem ser qualificados a partir do componente *fatores ambientais*.

Nos três casos as *funções e estruturas corporais* mais prejudicadas são as relacionadas ao sistema músculo-esquelético o que prejudica a locomoção, equilíbrio e coordenação motora das crianças. Nas atividades avaliadas, as crianças 1 e 2, apresentaram muitas habilidades relacionadas à percepção e tarefas que requeriam o uso da capacidade cognitiva. Já a C3 não teve capacidade cognitiva para realizá-las. Nesse sentido, Lundy-Ekman, (2004) afirmam que com frequência déficits cognitivos são associados à paralisia cerebral e no caso de C3 há também a hidorcefalia como agravante do desempenho cognitivo.

Já as tarefas que exigiam controle motor foram realizadas por C1 e C2 com maior dificuldade, tendo melhor desempenho nas atividades que exigiam o uso das mãos e dos braços e pior desempenho nas atividades que exigiam mobilidade das pernas e pés. Esta dificuldade foi prevista, pois as deficiências de função e estrutura dos membros inferiores já haviam sido sinalizadas. Apenas C1 negligencia o uso do membro superior afetado, comportamento muito comum em crianças com hemiparesia espástica que de acordo com Zoppa (2001) ocorre quando

o lado hemiparético tende a permanecer em um padrão flexor, e esta postura, deve ser desestimulada, deve-se cuidar para que a criança com hemiparesia exerça funções com o lado comprometido, porque a sua não utilização pode acarretar em uma deteriorização das funções manuais.

Quando se trata de realização de atividades que envolvem apenas a utilização de membros superiores, a *mobilidade* encontra-se mais preservada em C1 e C2. Porém, em relação ao desempenho para locomover-se, que envolve os membros inferiores, as crianças apresentaram dificuldades de mobilidade. Embora tenha apresentado dificuldade, isto não as torna incapazes de se locomover com o uso de aparelhos. E para os membros superiores o uso de adaptações facilitaria a realização de atividades em geral que exijam o uso da mão e dos dedos. As dificuldades apresentadas na realização de *tarefas e demandas gerais* e da *comunicação* também se relacionam com os problemas de ordem física para C1 e C2. No entanto, para C3 os déficits cognitivos parecem interferir nessas habilidades. C3 não realizou todas as tarefas, principalmente as que exigiam movimentos de membros superiores, mas realizou as tarefas relacionadas à deambulação e obteve resultados semelhantes aos das outras duas crianças.

Ao avaliar os domínios de *auto-cuidados*, constatou-se que nas AVD'S mais complexas (como o banho e o secar-se, o vestir-se) a dificuldade mostrada pelas crianças foi de leve a total. Indicando problemas nos movimentos dos membros inferiores. Estas atividades exigem, em maior ou menor grau, movimentos de maior amplitude, equilíbrio e uso dos membros inferiores, bastante comprometidos no caso da participante. Mas estas atividades também poderiam ser realizadas com a inserção de adaptações em sua rotina de auto-cuidados como, por exemplo, uma cadeira para banho e com a orientação aos cuidadores para estimulação da realização de pelo menos partes das ações envolvidas nas atividade de auto-cuidados. Nas *relações e interações interpessoais* apenas C1 apresentou dificuldade de leve a moderada. Esta mesma dificuldade apresentada por crianças com seqüelas de prematuridade já havia sido relatada por Levy-Shiff et al. (1994) e Martins et al. (2007). Estes autores relatam pesquisas que descrevem o aparecimento de distúrbios de comportamento, e adaptação psicossocial tais como problemas de temperamento, desatenção, entre outros. No caso de C1 as características apresentadas podem também relacionar-se ao número elevado de atendimentos técnicos. A criança passa por

atendimentos em outros locais, e é atendida várias vezes por semana. Talvez o comportamento de birra apresentado tenha se dado pelo estresse causado pelo excesso de atendimentos semanais. A tia relata ansiedade em relação aos cuidados com a criança e busca muitos atendimentos com intuito de aproximá-la do que denomina normal. C2 não apresentou dificuldades e C3 não pode ser qualificada.

Os *fatores ambientais* estão influenciando, em maior número, de forma positiva na funcionalidade das crianças. As C1, C2 e C3, recebem apoio de pessoas em todos os ambientes que convivem e também recebem apoio material como alimentação, brinquedos, vestuário. No entanto, suas famílias estendidas não oferecem nenhum apoio. No caso de C1 a mãe é considerada como sendo parte da família ampliada, pois a criança mora com a tia, e mudou-se da casa da mãe, pois sofreu maus tratos por parte desta.

O excesso de atendimentos semanais realizados com C1 pode ser um fator que influencia de forma negativa, pois a criança mostra-se cansada e ao invés de possibilitar o desenvolvimento, o excesso de atendimentos pode estar causando maiores dificuldades. Nesse sentido, faz-se necessário um aconselhamento à responsável sobre a possibilidade de diminuir o número de atendimentos para melhorar a qualidade de vida da criança.

Ao se buscar uma triangulação dos resultados dos componentes avaliados, pode-se observar que ao interagirem, esses componentes nos mostraram que C1 e C2, apesar de apresentar deficiência física moderada, têm capacidade para realizar as atividades em muitos dos domínios avaliados, embora com algum grau de dificuldade. O que possibilita afirmar que prejuízos na funcionalidade não podem ser atribuídos, **exclusivamente**, a prejuízos na capacidade física. Para C3 a funcionalidade foi mais prejudicada e as incapacidades foram resultantes da soma de déficits cognitivos e físicos. Os fatores ambientais, como parte da avaliação da funcionalidade e incapacidade, mostraram que sua influência é realmente importante. Nos três estudos de caso existe a evidência da influência positiva da família que segundo Montoro (1994) tem sido vista como um sistema de vínculos afetivos com funções de proteção, preparo da criança e ainda do preenchimento das suas necessidades.

Embora a família seja um importante componente no desenvolvimento infantil, é também na escola que a criança representa seus primeiros papéis sociais. Inforsato (2001)

acredita que ao proporcionar à criança situações diversas de experiências, socialização e aprendizagem, a escola, potencialmente, se constitui em grande manancial de desenvolvimento. Nesse sentido, a escola é um contexto ambiental de desenvolvimento humano e tal qual a família, ela pode operar como facilitadora ou barreira para o desenvolvimento (INFORSATO, 2001).

A escola como contexto social para o deficiente existe, hoje, a partir do processo de inclusão escolar. A inclusão não surgiu no vácuo, a inserção do deficiente nos ambientes sociais, dentre eles o ambiente escolar, se fez e ainda se faz dentro de um contexto histórico. Alguns momentos mais recentes desta história como o movimento de luta pelos direitos humanos das minorias levou ao estabelecimento do modelo da integração. Este modelo visava à oferta de serviços, com a finalidade de normalizar as pessoas com deficiência. Em conformidade com este modelo, o principal problema para a inserção social do deficiente é a limitação que este possui e, dessa forma, há a "[...] necessidade de modificar a pessoa com necessidades educacionais especiais, de forma que esta pudesse vir a se assemelhar, o mais possível, aos demais cidadãos, para então poder ser inserida, integrada, ao convívio em sociedade" (BRASIL, 2000, p.16). Este paradigma logo começou a receber críticas e essas assentavam-se no pressuposto de que: "Diferenças, na realidade, não se 'apagam', mas sim, são administradas na convivência social" (BRASIL, 2000, p.17).

Após inúmeras críticas ao paradigma de Serviços, começa a ser colocado em prática o paradigma da Inclusão. Para este modelo, não é a pessoa que deve se ajustar ao meio social, mas é a sociedade que deve garantir os suportes necessários para que todos possam usufruir da vida em comunidade. Na proposta de inclusão, não se nega que as pessoas com deficiência necessitem de serviços especializados, mas é necessário compreender que estas não são "[...] as únicas providências necessárias caso a sociedade deseje manter com essa parcela de seus constituintes uma relação de respeito, de honestidade e de justiça" (BRASIL, 2000, p.18).

O fato das pessoas apresentarem dificuldades ou incapacidades na realização de tarefas, não implica em generalizações para todos os aspectos da vida. Ninguém é incapaz completamente, mas sim em certas situações particulares, frente a tarefas a serem realizadas. O dia-a-dia é um complexo de situações, ações e atividades que tornam qualquer indivíduo mais ou menos deficiente, de acordo com a circunstância enfrentada (PAIVA-ALVES, 2007).

No processo de inclusão existem muitas dificuldades a serem transpostas, e há também muitas alternativas para ajudar nesta transposição de obstáculos. Uma dessas alternativas, são as tecnologias assistivas (TA). Durante a avaliação com o IAFII foi possível perceber que as crianças apresentaram dificuldades na realização de algumas atividades, mas que se lhes fosse orientado o uso de TA, essas poderiam possibilitar ou facilitar a execução de algumas atividades realizadas em casa e no ambiente escolar. Bersh (2006) aponta que as modalidades da TA para a educação são: adequação postural (mobiliário e posicionamento) e mobilidade; projetos arquitetônicos para acessibilidade; adaptações em veículos escolares para acessibilidade; os auxílios para a vida diária e vida prática, materiais pedagógicos e escolares especiais; comunicação aumentativa e alternativa; recursos de acessibilidade ao computador; recursos para cegos ou pessoas com visão subnormal; recursos para surdos ou pessoas com déficits auditivos. A utilização da TA reduz ou elimina as limitações decorrentes das deficiências física, mental, sensorial, a fim de facilitar o processo de independência (BRASIL, 2007).

O processo de aquisição de independência pode ser acelerado e incrementado com boas ações a partir da oportunidade de avaliar a criança por diferentes perspectivas e traçar diferentes metas para reabilitação. Reabilitação esta discutida por Rocha (2006), não como uma ação simples definida e com resultados determinados, mas apresentando diferentes concepções como a ortopédica, fisiátrica, baseada na comunidade, ou de vida independente que apresentam contribuições cada uma a sua maneira e que devem ser entendidas como tecnologia e não como valores em si ou linguagens específicas da área. O uso do IAFII, se constitui em uma oportunidade valiosa para poder sistematizar a observação e, assim, detectar os aspectos que necessitam de intervenções, tanto no sentido de reabilitação quanto no de prevenir deficiências, já que qualifica em diferentes graus de desempenho e deficiência.

A CIF-CJ permite, com o uso de termos comuns e conceitos definidos, “*uma conversa clara*” com informações acessíveis a profissionais de saúde, educadores e pais sobre as condições de saúde da criança. Por consequência pode ajudar no planejamento conjunto da reabilitação. Segundo Barba, Martinez e Carrasco (2003) o acesso à informação, é fundamental tanto para profissionais como para familiares, pois quando recebem informações sobre o desenvolvimento as associam com ações de sua prática (familiar ou educacional) e identificam fatores de risco. São empoderados pelo suporte informativo e esse empoderamento oferece

condições para que famílias e educadores possam assumir os cuidados com a criança diante de um contexto maior, a sociedade.

No caso das três crianças avaliadas o confronto com o contexto da sociedade não se deu de forma satisfatória, ao tentar matricular seus filhos em escolas regulares públicas, foram informados de que estes estabelecimentos não estavam preparados para receber crianças com deficiência. Esta atitude vai de encontro com o decreto 6949 que é uma convenção internacional, geral e integral para, dentre outros aspectos, assegurar a participação das pessoas com deficiência e corrigir as profundas desvantagens sociais (BRASIL, 2009). De forma lamentável, os dados do presente estudo identificam essas desvantagens ainda ocorrendo, pois C1, C2 e C3 encontram-se em processo de inclusão, mas em escolas regulares particulares, e seus pais devem ser informados de seus direitos para poder exercê-los de forma plena.

Portanto, a avaliação da criança não se dá apenas com o objetivo de diagnosticar e tratar suas incapacidades. A OMS vem a partir da CIF mostrar uma nova proposta de avaliação. A avaliação que prima pelo indivíduo inserido em um contexto, sendo sujeito e objeto em suas interações diárias, influenciando e sendo influenciado por meio destas interações. E ao classificar as pessoas com deficiência, se preocupa em usar termos que não sejam pejorativos e conceitos que sejam compreendidos por todos os envolvidos no cuidado dessa pessoa, visando a manutenção e promoção da funcionalidade em seus mais diversos significados. A estigmatização da pessoa com deficiência é muito prejudicial para sua autonomia, e segundo Tunes (2007):

“A palavra-ato *o deficiente*, identificadora de uma pessoa, em um efeito social iatrogênico, instaura uma desarmonia, afirma uma patologia e solapa a autonomia pessoal”

É importante a estimulação para que desde a infância a pessoa com deficiência descubra suas potencialidades e interesses, percebendo-se como um cidadão ativo e capaz de realizar seus projetos de vida. Neste sentido, o estímulo para a autonomia da criança com paralisia cerebral se mostra fundamental para o seu tratamento em terapia ocupacional como foco na educação especial. Embora estimular o maior nível possível de independência seja importante para que o

indivíduo consiga realizar as atividades com o mínimo de ajuda de outras pessoas, é a autonomia que possibilitará que este indivíduo tenha a iniciativa e a segurança de tomar suas próprias decisões e fazer suas próprias escolhas.

Ao diagnosticar uma criança, não podemos dar à ela todo o peso de um nome de uma doença e fadá-la a acreditar que terá incapacidades, devemos sim, a partir de um “rótulo”, explorar as características de saúde individuais para promover oportunidades de desenvolvimento. Este processo de investigação deve ser realizado criteriosamente e pautado em conceitos nobres, não podemos perder de vista o que diz Hobbs (1977):

“..classificação é um trabalho sério. Classificação pode afetar profundamente o que acontece a uma criança. Ela pode abrir portas para serviços e experiências que a criança necessita para crescer em competência, tornar-se uma pessoa segura do seu valor, e apreciar o valor dos outros, para viver com prazer e conhecer a felicidade”.

É seguindo essas premissas que pretende-se aprimorar o IAFII para gerar conhecimento acerca do estado de saúde da criança com deficiência. Pois dentro de um mesmo diagnóstico encontram-se diferentes estados de saúde que precisam ser descritos de forma individual, para que cada caso tenha a atenção necessária. Na presente pesquisa, foi possível perceber claramente essas diferenças a partir da aplicação do IAFII com as três crianças que tinham o mesmo diagnóstico clínico, mas que apresentaram caracterizações de estados de saúde diferentes. Cada participante apresentou diferentes necessidades e habilidades dentro de um mesmo diagnóstico. A descrição do estado de saúde, com base nos itens do instrumento, permite guiar a intervenção para os domínios em que houve dificuldades e promover o desenvolvimento não apenas físico, mas biopsicossocial das crianças. Atendendo-se, sempre, às características do indivíduo em constante relação com o meio e não ao “rótulo” que lhe foi dado. A descrição de três estados de saúde diferentes em três crianças com o mesmo diagnóstico, mesmo sexo e de mesma faixa etária, contribuiu para considerarmos que o IAFII mostrou-se sensível ao avaliar, quantificar e qualificar os resultados obtidos em suas aplicações. Sendo assim, com a utilização do instrumento baseado na CIF-CJ, cumpriu-se com o objetivo proposto pela presente pesquisa.

Considerações e diretrizes para o aperfeiçoamento do IAFII

A elaboração da versão preliminar do IAFII teve sua primeira etapa realizada, a partir, do pré-estudo do instrumento que consistiu na sua aplicação com 3 crianças com mesmo diagnóstico, mas acometidas por incapacidades diferentes. O modelo proposto na CIF-CJ, onde cada componente sofre ações e age sobre os demais, e onde todos sofrem as influências dos fatores ambientais, pôde ser observado nos resultados obtidos no presente estudo. A partir dos estados de saúde que foram descritos com o uso dos itens do instrumento, foi possível perceber que o IAFII apesar de não conter todos os domínios da CIF-CJ conseguiu detectar aspectos importantes da funcionalidade e incapacidade das crianças avaliadas, e manteve a essência da fundamentação teórica da classificação.

Para a realização das outras etapas envolvidas na criação de um instrumento, faz-se necessário a execução de novos estudos para averiguar as evidências de validade do IAFII segundo parâmetros psicométricos.

Conforme Anastasi & Urbina (2000) é preciso questionar o grau em que o instrumento realmente mede aquilo que se propõe a medir. Para garantir a validade de um instrumento, é necessário que ele seja avaliado por meio de múltiplos procedimentos e para tanto, propõe-se a execução dos procedimentos necessários para a validação do IAFII.

Este estudo possibilitou averiguar a exequibilidade da aplicação do instrumento e permitiu a análise dos métodos que poderão ser mantidos durante a realização dos estudos para validação, e dos métodos que podem ser aperfeiçoados. Deverá ser feita a inclusão de alguns domínios correspondentes ao componente *fatores ambientais* que por ventura ajudem a descrever melhor a funcionalidade e incapacidade, pois ocasionalmente algumas informações relevantes podem não ter sido descritas, o uso de diários de campo foi essencial para caracterização das crianças avaliadas e deverá ser mantido em outras utilizações do IAFII.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CIF-CJ traz um novo modelo para fornecer informações que possibilitem guiar ações e decisões, definir intervenções e promover a igualdade de oportunidades para as crianças com necessidades especiais (NE). Esse modelo é ainda pouco conhecido, entendido e utilizado. Pesquisadores relatam que as dificuldades encontradas em sua aplicação são muitas, principalmente relacionadas à sua extensão e complexidade.

As dificuldades referentes à aplicação prática da classificação realmente existem. Porém, não seria lógico se a avaliação do estado de saúde de crianças com NE fosse realizada de uma forma simples e fácil. A complexidade da CIF-CJ reflete a complexidade da vida destas crianças.

É preciso ter paciência e persistência para promover mudanças profundas na forma de diagnóstico, das crianças com NE, que por muito tempo foi baseado apenas no modelo médico voltado para aspectos físicos e que considerava o indivíduo como culpado por sua deficiência. O trabalho pioneiro de sistematização da CIF-CJ com a criação de um plano de atividades, para tentar transpor para a prática, mesmo que ainda científica, a teoria da classificação mostrou-se possível e conveniente para descrever a funcionalidade e incapacidade das crianças avaliadas na presente pesquisa.

Os resultados previstos para aplicação do instrumento foram atingidos, pois foi possível caracterizar a funcionalidade e incapacidade de crianças com mesmo diagnóstico, mas com marcantes diferenças na funcionalidade. Estas caracterizações possibilitaram a identificação de domínios que podem ser trabalhados para melhorar e os que podem ser potencializados, e em quais componentes pode-se intervir para obter melhores resultados para a funcionalidade da criança.

Acredita-se que o presente estudo, com a criação do IAFII, constituiu-se em um importante passo para a sistematização da CIF-CJ e para trazer alguma contribuição para a transição do diagnóstico focado no modelo médico para o diagnóstico com base no modelo biopsicossocial.

10. REFERÊNCIAS

ANASTASI, A., & URBINA, S. *Natureza e Uso dos Testes Psicológicos*. In Anastasi, A., & Urbina, S., *Testagem Psicológica*. 7ª ed. M. A. V. Veronese, trad. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000

ARAUJO, R. C. T.; OMOTE, S. Atribuição de Gravidade à Deficiência Física em Função da Extensão do Acometimento e do Contexto Escolar. *Revista Brasileira de Educação Especial*. , v.11, p.241 - 274, 2007

ARAUJO, S.E. *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

BARBA, P.; MARTINEZ, C.; CARRASCO, B. *Promoção da saúde e educação infantil: caminhos para o desenvolvimento*. 2003. Disponível em: <<http://sites.ffclrp.usp.br/paidea/artigos/26/01>>. Acesso em: 08 maio. 2009.

BATTISTELLA LR, BRITO CMM. Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*; 9(2): 98-101, 2002.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; BUILLEMIN, F.; FERRAZ, M.B. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures*. *Spine*, v.27, n. 24, p. 3186-3191, 2000.

BEHRMAN E.R., BUTLER S.A. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Institute of Medicine of the National Academies. The National Academies Press. Washington, D.C.2007

BERSCH, R. *Tecnologia Assistiva e Educação Inclusiva*. In: Ministério da Educação do Brasil, Secretaria de Educação Especial. *Ensaio Pedagógico*. Brasília. 2006.

BORDIN, M. B. M. ; LINHARES, M. B. M. ; JORGE, S. M. . *Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso*. Psicologia. Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 17, n. 1, p. 49-77, 2001

BRADLEY, R.; WHITESIDE, L.; MUNDFROM, D.; CASEY, P.H.; KELLEHER, K.J. & POPE, S.K. Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environments of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Development*, 1994. 67, 346-360.

BRASIL. **Decreto 6949**, de 27 de agosto de 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm . Acesso em: 01 dez 2009.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. *Declaração de Salamanca e Linha de Ação sobre Necessidades Educacionais Especiais*. Brasília, DF: MEC/CPRDE, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*: resolução 196/96. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola: Alunos com necessidades educacionais especiais* Série Amarela, Projeto Escola Viva, Visão Histórica, Brasília. 2000. p.7-40.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira – INEP. *Censo Educacional de 2007*.

COLL, C., PALACIOS, J. & MARCHESI, A. (Orgs.) *Desenvolvimento psicológico e educação: Psicologia evolutiva*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.

CORDAZZO, S. T. D.; WESTPHA, J. P.; TAGLIARI, F. B.; VIEIRA, M. L.; OLIVEIRA, A. M. F. *Metodologia observacional para o estudo do brincar na escola*. Avaliação psicológica, v.7, n.3, Porto Alegre, 2008.

CLARK, G. S., SIEBENS, H. C., *Tratado de medicina de reabilitação: princípios e prática*. São Paulo: Manole. 3ª ed. Vol 2. p.1017-1018, 2002.

ERHARDT, R.P.; MERRILL, S.C. Disfunção neurológica em crianças. In: NEISTADT, M.E.; CREPEAU, E.B. Willard & Spackman *Terapia Ocupacional*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 742-767.

FARIAS N, BUCHALA CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2007. 8(2): 187-93.

FERLAND, F.. O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional. São Paulo: Roca, 2006.

FRANCISCO, B. R. *Terapia Ocupacional*. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

GAUZZI, L.D.V. & FONSECA, L.F. Classificação da paralisia cerebral. In Lima, C.L.F.A. & Fonseca, L.F. *Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia e reabilitação* (pp. 34-44). Medsi, Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 2004.

HAGLUND L, HENRIKSSON C. Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. *Occupational Therapy International*, Volume 10 Issue 4, Pages 273 - 268 Suíça. 2003.

HAGBERG, B. Nosology and classification of cerebral palsy. *Giornale di Neuropsichiatria del Evolutiva*. 4, 12-17. 1989.

HILLE E.T., DEN OUDEN A.L., BAUER L., VAN DEN OUDENRIJN C., BRAND R., VERLOOVE-VANHORICK S.P.; Collaborative Project on Preterm and Small for Gestational Age (POPS) Infants in The Netherlands. School performance at nine years of age in very premature and very low birth weight infants: perinatal risk factors and predictors at five years of age. *J Pediatr*; 127(3):426-434. 1994.

HOBBS, N. Futures of children - categories, labels, and their consequences - report of the project on classification of exceptional children. Jossey-Bass Publishers. San Francisco, 1977.

HOLMGREN, P.A.; HÖGBERG, V. The very preterm infant- a population based study. *Acta Obstretic and Gynecology Scandinavia*, 80, 727-731, 2001.

INFORSATO, F. A. F. Interação da Escola e a Família: Considerações a Partir de uma Abordagem Ecológica. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, Araraquara. 2001.

KALMÁR, M. The course of intellectual development in preterm and fullterm children: an 8-year longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*. 1996.19, 491-716.

KEYSOR, J. J. *How does the Enviroment Influence Disability? Examing the Evidence*. Workshop on Disability in America: A New Look - Summary and Background Papers. The National Academies Press. Washington, D.C. 2006

KIRCHBERGER I, GLAESSEL A, STUCKI G, CIEZA A. Validation of the comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for Rheumatoid Arthritis: the perspective of physical therapists. *Physical Therapy*; 87:368-84, 2007.

LEVY-SHIFF, R.; EINAT, G.; HAR-EVEN, D.; MOGILNER, M.; MOGILNER, S.; LERMAN, M. & KRIKLER, RE. *Emotional and behavioral adjustment in children born prematurely. Journal of Clinical Child Psychology.* 23, 323-333. 1994.

LINHARES, M. B. M. ; BORDIN, M. B. M. ; CARVALHO, A. E. V. *Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar.* In: Marturano, E.M.; Loureiro, S.R.; Linhares, M.B.N.. (Org.). *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar.* 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, v. , p. 77-106.

LORENZONI, I. *Inclusão assegura 63% de portadores de necessidades especiais nas escolas.* Ministério da Educação, Brasília, 26 dez. 2006. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/Seesp>. Acesso em: 03 de set. 2007.

LUNDY-EKMAN, L. *Neurociências – fundamentos para reabilitação.* Elsevier, Rio de Janeiro, 2004.

MARTINS, I. M. B. ; LINHARES, M. B. M. ; MARTINEZ, F. E. *Indicadores de desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo na fase pré-escolar.* *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 237-243, 2004.

MÉIO MDBB, LOPES CS, MORSCH DS, MONTEIRO APG, ROCHA SB, BORGES RA, et al. *Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar.* *J Pediatr (Rio J).* 2004; 80:497-702.

MONTORO, G. F. *Contribuições da teoria do apego à terapia familiar.* In: G. F. Montoro *Temas em Terapia Familiar.* São Paulo: Plexus. 1994.

MU, K.; ROYEEN, C. B. *Facilitating participation of students with severe disabilities: aligning school based occupational therapy practice with best practices in severe disabilities.* *Physical and Occupational therapy*, 24(3):7-21, EUA, 2004.

MCDOUGALL, J.; WRIGHT, V. *The ICF-CY and Goal Attainment Scaling: Benefits of their combined use for pediatric practice*. Disability & Rehabilitation. Vol. 31, No. 16, Pages 1362-1372. Suíça, 2009

WILLARD & SPACKMAN: *Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

[WHO] World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version*. Geneva, 2007.

OLIVEIRA, A. A. S.; *Um diálogo esquecido: A vez e a voz de adolescentes com deficiência* - Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, São Paulo: Edusp, 2003.

PAIVA-ALVES, C.; MARTINEZ, C. M. S. *Estudo exploratório do instrumento para avaliação da funcionalidade e incapacidade na infância (IAFII)*. In: V Congresso Brasileiro Multidisciplinar de Educação Especial. Londrina, Multimídia, 2009.

PAIVA-ALVES, C. *Perfil Funcional, de idosos residentes no Lar São Vicente de Paula, no município de Marília-SP*. Monografia do curso de Terapia Ocupacional. Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual Paulista, Marília, 2007.

PATO, T.R.; PATO, T.R.; SOUZA, D.R.; LEITE, H.P. *Epidemiologia da paralisia cerebral*. Acta Fisiátrica, v. 9, n.2, p. 71-76, 2002.

[WHO] World Health Organization Work Group. *ICF CY Questionnaire. Version 1.B, 3-6 years (for field trial purpose only)*. Genebra, 2004

ROCHA, E. F., *Reabilitação de Pessoas com Deficiência - a Intervenção em Discussão*. São Paulo: Roca, 2006.

RUSSELL D.J.; ROSENBAUM P.L.; CADMAN D.T.; GOWLAND C.; HARDY S.; JARVIS S. *The Gross Motor Function Measure: a means to evaluate the effects of Physical Therapy*. Dev Med Child Neurol 1989; 31: 341-72.

SAIGAL S., ROSENBAUM P., STOSKOPF B. Comprehensive assessment of the health status of extremely low birth weight children at eight years of age: comparison with a reference group. J Pediatr. 1994;127:411-417

SASSAKI, R. K. Inclusão. Construindo uma sociedade para todos. WVA. Rio de Janeiro, 1997.

SHAW, L.; LEYSHON, R.; LIU, M. Validating the potential of the International Classification of Functioning, Disability and Health to identify barriers to and facilitators of consumer participation. Canadian Journal of Occupational Therapy, Volume 74, Supplement 1 to issue 2, , pp. 277-266(12), Canadá, 2007.

SIMEONSSON, R. J. Defining and Classifying Disability in Children. Workshop on Disability in America: A New Look - Summary and Background Papers. The National Academies Press. Washington, D.C. 2006

SIMEONSSON RJ, CARLSON D, HUNTINGTON GS, MCMILLEN J, BRENT L. *Students with disabilities: a national survey.*; Developmental and Behavioral Pediatrics 423:49-63. Printed in U.S.A. 2001

SIMEONSSON, R.J., LEONARD, M., *ICF-CY: A universal tool for practice policy and research*. Meeting of WHO collaboration centers for the family of international classifications. Tunis, Tunisia, 29 Oct. - 4 Nov. 2006

STAMM, T. A. Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. Physical & occupational therapy in pediatrics, ;24(3):7-21, 2006.

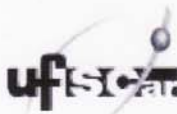
THOMPSON R.J., GUSTAFSON K.E., OEHLER J.M., CATLETT A.T. Developmental outcome of very low birth weight infants at four years of age as a function of biological risk and psychosocial risk. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics.*; 18: 91–6. 1997.

TOKUNAGA, A., SASAMOTO, K., OOUCHI, S., HAGIMOTO, R., Kengo. *Implementation and Future Strategies of ICF-CY for Special Needs Education (SNE) in Japan*. Meeting of WHO collaboration centers for the family of international classifications. Trieste Italy, 28 Oct – 3 Nov. 2007

TUNES, E. Preconceito, inclusão e deficiência – o preconceito no limiar da deficiência. Em: E. Yunes; R. Bartholo (Orgs.). *Nos limites da ação: preconceito, inclusão e deficiência*. São Carlos: EdUFSCar, 2007, p. 71-76.

ZOPPA, A.C.L.D. (2001). *Terapia Ocupacional em paralisia cerebral espástica*. In SOUZA, A.M.C. & FERRARETTO, I. (Orgs). *Paralisia cerebral: aspectos práticos* (pp. 231-242). 2.ed. São Paulo: Memnon.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110
Fax: (016) 3361.3176
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil
propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

CAAE 0116.0.135.000-08

Título do Projeto: PROCESSO DE INCLUSÃO DE ALUNOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA SOB PARÂMETROS CONCEITUAIS DA CIF-CJ

Classificação: Grupo III

Pesquisadores (as): CRISTIANE BRAGA DE PAIVA, Prof^a. Dra. Cláudia Maria Simões Martinez (orientadora)

Parecer N^o. 427/2008

1. Normas a serem seguidas

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.2), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em ___/___/___ e ao término do estudo.

2. Avaliação do projeto

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor DELIBEROU:

O projeto está bem formulado e contempla todos os aspectos éticos regulamentados pela Res. CNS 96/1996 e complementares. A sua consecução está bem justificada, pois o processo de inclusão de deficientes físicos pode ser bastante facilitado pela avaliação de acordo com parâmetros conceituais da Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde CIF-CJ. Conforme argumento apresentado no protocolo, o CIF-CJ considera fatores imprescindíveis no entendimento do processo de inclusão do indivíduo com deficiência como, por exemplo, fatores ambientais e pessoais. A população prevista para o estudo, de 15 pessoas menores de 18 anos com deficiência física, corresponde a uma escolha adequada aos propósitos do estudo. Ademais, por se tratar de população vulnerável, os pesquisadores tomarão todas as precauções necessárias, incluindo um cuidadoso procedimento de obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido. O TCLE, por sua vez, está bem redigido e inclui análise dos riscos, possibilidade de desistência, etc. Por fim, o cronograma e o orçamento financeiro são descritos de forma satisfatória. Sendo assim, o presente Comitê de Ética em Pesquisa recomenda a aprovação do protocolo.

3. Conclusão:

Projeto aprovado

São Carlos, 23 de outubro de 2008.


Prof. Dra. Cristiane Braga de Sousa
Coordenadora do CEP/UFSCar

ANEXO II – Domínios contidos no *Questionário CIF-CJ, Versão 1.B para avaliação de crianças de 3 a 6 anos.*

<i>Lista Resumida das Funções do Corpo</i>	<i>Qualificador</i>
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 Consciência	
b117 Funções intelectuais (<i>incl. Retardo mental, demência</i>)	
b134 Sono	
b140 Atenção	
b144 Memória	
b147 Funções psico motoras	
b156 Funções da percepção	
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b210 Visão	
b230 Audição	
b280 Dor	
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
b410 Funções do Coração	
b435 Funções do sistema imunológico (<i>alergias, hipersensibilidade</i>)	
b440 Funções do sistema respiratório (<i>respiração</i>)	
b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E	

<i>Lista Resumida das Estruturas do Corpo</i>	<i>Extensão da deficiência</i>	Natureza da Mudança	Localização
s1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO			
s110 Cérebro			
s120 Medula espinhal e nervos periféricos			
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS			
s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS A VOZ E FALA			
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO			
s410 Sistema cardiovascular			
s430 Sistema respiratório			
s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS A OS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO			
s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS A O SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO			
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS A O MOVIMENTO			
s710 Região de cabeça e pescoço			
s730 Extremidade superior (<i>braço, mão</i>)			
s750 Extremidade inferior (<i>perna, pé</i>)			
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS QUAISQUER OUTRAS ESTRUTURAS DO CORPO			

<i>Lista Resumida dos domínios de A&P</i>	<i>Qualificador de Performance</i>	<i>Qualificador de Capacidade</i>
d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO		
d120 Outras percepções sensoriais intencionais		
d131 Aprender através da interação com objetos		
d133 Adquirir linguagem		
d137 Adquirir conceitos		
d140 Aprender a ler		
d145 Aprender a escrever		
d150 Aprender a calcular (<i>aritmética</i>)		
d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS		
d210 Realizar uma única tarefa		
d220 Realizar tarefas múltiplas		
d230 Executar a rotina diária		
d250 Gerir o próprio comportamento		
d3. COMUNICAÇÃO		
d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais		
d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais		
d330 Fala		
d331 Produções Pré-Linguísticas		
d335 Produção de mensagens não verbais		
d4. MOBILIDADE		
d410 Mudar a posição básica do corpo		
d415 Manter a posição do corpo		
d440 Uso fino das mãos (<i>pegar, segurar</i>)		
d445 Utilização da mão e do braço		
d450 Andar		
d5. CUIDADO PESSOAL		
d510 Lavar-se (<i>banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc</i>)		
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção		
d540 Vestir-se		
d550 Comer		
d6. VIDA DOMÉSTICA		
d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS		
d710 Interações interpessoais básicas		
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA		
d815 Educação escolar		
d860 Transações económicas básicas		
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA		

<i>Lista Reduzida do Ambiente</i>	<i>Qualificador Barreiras ou Facilitadores</i>
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e1100 Alimentos	
e1101 Medicamentos	
e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	
e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	
e125 Produtos e tecnologia para comunicação	
e130 Produtos e tecnologia para a educação	
e140 Produtos e tecnologias para a cultura, atividades recreativas e desportivas	
e150 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	
e155 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado	
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e215 População	
e225 Clima	
e230 Desastres naturais	
e235 Desastres causados pelo homem	
e260 Qualidade do ar	
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 Família imediata	
e315 Família alargada	
e320 Amigos	
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e330 Pessoas em posição de autoridade	
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	
e350 Animais domésticos	
e355 Profissionais da saúde	
e4. ATITUDES	
e410 Atitudes individuais de membros da família imediata	
e415 Atitudes individuais de membros da família alargada	
e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e430 Atitudes individuais de pessoas em posições de autoridade	
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	
e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte	
e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social	
e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	
e585 Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	

ANEXO III - Análise dos termos que apresentaram discordância nos processos de tradução e retrotradução

Termo Original do <i>Questionnaire</i>	Tradução IAFIC
staying asleep	adormecido
clumsiness	falta de jeito
chest	tórax
mouthng	pronunciando
tasting	experimentando
sitting up	sentar-se
Termo Original do Questionnaire	Tradução IAFII (retrotradução)
thinking	concentration
paying attention	keep himself attentive
recalling	remind
talking	saying words
Does _____ have any problems with how the heart functions?	Has any cardiac (heart) problem?
bowel	intestinal
stiffness	rigidity
tremors	shakes
Is needed food available for _____?	Is there food availability to _____?
domestic animals	pets

ANEXO IV– Versão Final da Tradução

FUNÇÕES CORPORAIS

<i>Lista Resumida das Funções do Corpo</i>	<i>Qualificador</i>
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 apresenta algum problema para se manter alerta ou acordado?	
b120 apresenta algum problema com tarefas que requerem concentração?	
b134 apresenta algum problema para pegar no sono ou se manter dormindo?	
b140 apresenta alguns problemas para se manter atento a algo ou a alguém?	
b144 apresenta alguns problemas para se lembrar ou recordar de algo?	
b147 . _____ apresenta alguns problemas com falta de jeito ou na coordenação das partes do corpo?	
b156 Apresenta problemas para distinguir sons, formas ou cheiros?	
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b210 apresenta algum problema para ver coisas?	
b230 apresenta algum problema para ouvir sons?	
b280 _____ experiência mais dor que outras crianças da mesma idade?	
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
Apresenta alguns problemas para fazer sons/ dizer palavras?	
b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
b410 Apresenta algum problema em como o coração funciona?	
b435 _____ é alérgico ou hipersensível a alguma comida, planta ou animal?	
b440 _____ apresenta algum problema na respiração?	
b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO	
b510 _____ tem algum problema para comer?	
b515 _____ tem algum problema na digestão da comida?	
b525 _____ tem algum problema com os movimentos intestinais (peristálticos)?	
b540 _____ tem algum problema em obter uma taxa adequada de nutrientes?	
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS	
b620 _____ tem algum problema ao urinar?	
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO	
b710 _____ tem algum problema com a movimentação dos pulsos, cotovelos, ombros ou joelhos?	
b730 _____ tem algum problema com os músculos de seu corpo, braços ou pernas?	
b735 _____ tem algum problema com rigidez de seu corpo, braços com pernas?	
b755 _____ tem algum problema com balance ou controle corporal?	
b760 _____ tem algum problema no controle dos movimentos de seus braços ou pernas?	
b765 _____ tem tiques, tremores ou outros movimentos não usuais?	
b 8 FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS	
Tem algum problema com sensibilidade ou irritação da pele?	
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 apresenta algum problema para se manter alerta ou acordado?	
b120 apresenta algum problema com tarefas que requerem concentração?	
b134 apresenta algum problema para pegar no sono ou se manter dormindo?	
b140 apresenta alguns problemas para se manter atento a algo ou a alguém?	

Quadro 2: Tradução das Funções Corporais

ESTRUTURAS CORPORAIS

<i>Lista Resumida das Estruturas do Corpo</i>	<i>Qualificadores</i>		
	<i>Extensão da deficiência</i>	<i>Natureza da Mudança</i>	<i>Localização</i>
s1 ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO			
s110 Tem algum problema com a cabeça, crânio ou cérebro?			
s120 Tem algum problema com a medula espinhal ou nervos?			
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS Tem algum problema com os olhos ou orelhas?			
s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS À VOZ E FALA Tem algum problema com o nariz, garganta, boca ou dentes?			
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO			
s410 Tem algum problema com o coração ou vasos sanguíneos?			
s430 ____ tem algum problema com os pulmões ou peito?			
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO ____ tem algum problema com o estômago, intestinos ou glândulas?			
s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO ____ tem algum problema com os rins, bexiga, vagina ou pênis?			
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO			
s710 ____ tem algum problema com a cabeça ou pescoço?			
s730 Tem algum problema com os braços ou mãos?			
s770 Tem algum problema com as pernas ou pés?			
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS ____ tem algum problema com a pele, cabelo ou unhas?			

Quadro 3: Tradução das Estruturas Corporais

FATORES AMBIENTAIS

Lista IAFII de Fatores Ambientais	Qualificador Barreiras ou Facilitadores
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e1100 Há disponibilidade de comida a ____?	
e1101 Medicamentos necessários são disponíveis a ____?	
e117 Objetos de uso pessoal são disponíveis a ____?	
e120 Há redes de transporte internas e externas disponíveis a ____?	
e127 Produtos para comunicação são disponíveis a ____?	
e127 Materiais para brincar são disponíveis?	
e130 Materiais e produtos para educação são disponíveis a ____?	
e170 Os prédios públicos são acessíveis para ____?	
e177 O local onde ____ vive é acessível?	
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e217 Alguma característica da população é problema para ____?	
e227 Algum aspecto climático é um problema para ____?	
e230 Há algum evento natural que seja problema para ____?	
e237 Há algum evento causado pelo homem que seja problema para ____?	
e260 A qualidade do ar é um problema para ____?	
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 O suporte da família imediata (nuclear) é disponível a ____?	
e317 O suporte dos familiares mais distantes é disponível a ____?	
e320 Há disponibilidade de suporte de amigos a ____?	
e327 O suporte de conhecidos, pares, e vizinhos está disponível a ____?	
e330 O suporte de autoridades é disponível a ____?	
e340 Há disponibilidade de cuidadores e assistentes pessoais a ____?	
e370 O suporte de animais domésticos é disponível a ____?	
e377 Há disponibilidade de profissionais da saúde a ____?	
e4. ATITUDES	
e410 As atitudes dos familiares imediatos são favoráveis para com ____?	
e417 As atitudes dos familiares mais distantes são favoráveis para com ____?	
e427 As atitudes dos conhecidos, pares, vizinhos são favoráveis para com ____?	
e430 As atitudes das autoridades são favoráveis para com ____?	
e440 As atitudes dos cuidadores e assistentes pessoais são favoráveis para com ____?	
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e1100 Há disponibilidade de comida a ____?	
e1101 Medicamentos necessários são disponíveis a ____?	
e117 Objetos de uso pessoal são disponíveis a ____?	
e120 Há redes de transporte interno e externos disponíveis a ____?	
e127 Produtos para comunicação são disponíveis a ____?	
e127 Materiais para brincar são disponíveis?	
e130 Materiais e produtos para educação são disponíveis a ____?	
e170 Os prédios públicos são acessíveis para ____?	
e177 O local onde ____ vive é acessível?	

Quadro 4: Tradução dos Fatores Ambientais

ANEXO V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O desenvolvimento de crianças nascidas prematuras apresenta maior probabilidade de ocorrência de problemas em diferentes áreas e fases evolutivas em comparação com as crianças nascidas a termo. Essas crianças devem ter seu desenvolvimento acompanhado com avaliação dos aspectos físicos, psíquicos e sociais para identificar possíveis déficits e prevenir futuras dificuldades.

Desse modo, você e seu filho estão sendo convidados a participar da presente pesquisa intitulada como: **“ELABORAÇÃO DA PROPOSTA PRELIMINAR DO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE NA INFÂNCIA - IAFII”**, desenvolvida pela pesquisadora *Cristiane Paiva Alves*. Esta pesquisa pretende investigar o desenvolvimento de crianças na idade entre três e seis anos com seqüelas de prematuridade, e que freqüentam a Unidade de Saúde Escola da Universidade Federal de São Carlos.

Você e seu filho foram selecionados para participar desta pesquisa e a participação de vocês não é obrigatória.

A sua participação e de seu filho (a) consiste em uma única avaliação com a criança de aproximadamente uma hora com a realização de algumas atividades relacionadas com a idade da criança como as cotidianas, de natureza lúdica como as brincadeiras das quais a criança participa, as atividades de vida diária como as de alimentação, vestuário, higiene, entre outras e atividades acadêmicas, como pintar, colar, recortar, ou até mesmo, segurar um lápis; e vocês, pais, deverão responder algumas questões de forma breve em relação à saúde e ao ambiente da criança, realizada em um único encontro. Além disso, serão utilizadas filmagens para registro de dados. Todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, inclusive no tratamento das imagens realizadas durante o processo de coleta de dados.

A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum problema em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A presente pesquisa possui riscos mínimos, os quais podem ser um pequeno desconforto dos participantes, sendo que a pesquisadora estará atenta para qualquer sinal, procurando minimizá-los. Mesmo assim, sendo de sua vontade ou de seu filho (a), a pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento.

Os benefícios se sobrepõem aos riscos, uma vez que com participação de vocês nesta pesquisa será possível identificar se a criança apresenta ou não problemas no desenvolvimento, e quais ações possíveis de tratamento, de mudanças no ambiente ou de aconselhamento para os pais ou responsáveis, podendo, assim, prevenir dificuldades futuras.

Somente terão acesso aos instrumentos o pesquisador e seu orientador. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação e de seu filho (a). Não haverá custos financeiros ou materiais.

Agradecemos sua participação neste processo. Uma cópia deste documento ficará com você e a outra cópia ficará com o pesquisador responsável. Colocamo-nos à disposição para fornecimento e maiores esclarecimentos nos contatos apresentados abaixo.

Cristiane Paiva Alves
Pesquisadora responsável

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Eu _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

São Carlos, ____ de _____ 2009

Assinatura do participante

7. A criança já teve alguma doença que tenha causado impacto em seu nível de funcionalidade?
() Não () Sim Se sim, especifique, por favor _____

8. A criança toma algum medicamento? (prescrito ou não)
() Não () Sim Se sim, por favor especifique, os que mais toma.

- 1.
- 2.
- 3.

9. A criança usa algum equipamento de auxílio como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc?
() Não () Sim Se sim, especifique, por favor _____

10. Alguém ajuda a criança em seus auto-cuidados, ou em outras atividades diárias?
() Não () Sim Se sim, por favor especifique, as pessoas e quais assistências elas dão _____

11. A criança recebe algum tipo de tratamento de saúde?
() Não () Sim Se sim, por favor especifique _____

12. Informações adicionais significantes sobre a saúde passada e presente da criança:
