

**DESEMPENHO FUNCIONAL EM MOBILIDADE DE CRIANÇAS
COM PARALISIA CEREBRAL DE ACORDO COM A FUNÇÃO
MOTORA GROSSA**

Functional performance in mobility of children with cerebral palsy according to gross motor function

DESEMPENHO FUNCIONAL NA PARALISIA CEREBRAL

Mírian Alexandre Amaral da Cruz¹, Renata Viana Brígido de Moura Jucá², Fabiane Elpídio de Sá³

Estudo realizado pelo Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

¹ Graduanda em Fisioterapia pela UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

² Fisioterapeuta, Doutoranda em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Departamento de Fisioterapia da UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

³ Fisioterapeuta, Doutora em Educação pela UFC. Docente do Departamento de Fisioterapia da UFC – Fortaleza (CE), Brasil.

Endereço para correspondência: Mírian Alexandre Amaral da Cruz – Rua Dom Hélio Campos, 355, Bairro Carlito Pamplona – Fortaleza (CE), Brasil – CEP: 6031-630 – E-mail: miirian-@hotmail.com – Fonte de financiamento: Nada a declarar – Conflito de interesses: Nada a declarar – Aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará sob parecer nº 2.876.319.

Resumo: O objetivo do estudo foi avaliar o desempenho funcional em mobilidade de crianças com paralisia cerebral (PC) de acordo com a função motora grossa. O estudo é do tipo transversal de abordagem quantitativa, e contemplou 39 crianças de 04 a 07 anos com diagnóstico de paralisia cerebral. As variáveis estudadas foram idade, sexo, renda familiar, se frequenta ou não a escola, distúrbios associados, tipo e topografia da PC, e o nível do Sistema Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS); e realizou-se uma entrevista com os pais/responsáveis com uso da Parte I e II de “mobilidade” do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Os resultados mostraram que os escores médios do PEDI obtidos em cada um dos cinco níveis do GMFCS foram significativamente diferentes ($p < 0,05$), exceto entre os níveis I e II, II e III; e que crianças do grupo de nível IV e V apresentavam desempenho funcional significativamente inferior a todos os outros níveis ($p = 0,00$). Portanto, quanto maior o grau de comprometimento da função motora grossa, menor a capacidade da criança em desempenhar habilidades funcionais relacionadas à mobilidade e menor sua independência. Crianças de GMFCS leve e moderado apresentam semelhança em seus desempenhos funcionais, já as graves (níveis IV e V) mostraram-se diferentes entre si e inferiores em comparação às outras.

Descritores: Paralisia Cerebral, Função Motora, Mobilidade, Desempenho funcional.

Abstract: The objective of the study was to evaluate the functional performance in mobility of children with cerebral palsy (CP) according to gross motor function. The study is of the transversal type of quantitative approach, and contemplated 39 children from 04 to 07 years with diagnosis of cerebral palsy. The variables studied were age, sex, family income, whether or not attending school, associated disorders, CP type and topography, and the level of the Gross Motor Function Classification System (GMFCS); and an interview with the parents/guardians using Part I and II of "mobility" of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). The results show that the mean scores of PEDI obtained in each of the five GMFCS levels were significantly different ($p < 0,05$), except between levels I and II, II and III; and that children in the IV and V level had functional performance significantly lower than all other levels ($p = 0,00$). Therefore, the greater the degree of impairment of gross motor function, the lower the child's ability to perform functional abilities related to mobility and the lower his independence. Children of mild and moderate GMFCS show similarities in their functional performances, while the severe (levels IV and V) were different from each other and inferior in comparison to the others.

Keywords: Cerebral Palsy, Motor Function, Mobility, Functional Performance.

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) é definida como “um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e postura, causando limitação de atividade, que são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro”. Indivíduos com paralisia cerebral também apresentam, frequentemente, distúrbios de sensação, cognição, comunicação, epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários¹. Na etiologia, incluem-se fatores pré, peri e pós natais². A PC afeta cerca de duas crianças a cada 1.000 nascidos vivos em todo o mundo³. Devido à falta de estudos nacionais, projetam-se valores de países em desenvolvimento para o Brasil, em que se estima uma incidência de PC de 7 por 1.000 nascidos vivos².

Tradicionalmente, a PC é classificada de acordo com o tipo de anormalidade neuromotora: espástica, discinética ou atáxica; e a distribuição anatômica: unilateral (monoplégicas e hemiplégicas) e bilateral (diplégicas e quadriplégicas)¹. No entanto, essas classificações, por si só, não descrevem as consequências da deficiência. Assim, recomenda-se que sejam usados sistemas de classificação que permitem categorização de acordo com o nível de comprometimento funcional, como o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Além dos sistemas de classificação funcional, há também testes padronizados e validados comumente utilizados para avaliar desempenho funcional e independência, como o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI)^{4,5,6}. Estudos propõem a associação entre o PEDI e o GMFCS para favorecer a classificação dessas crianças no constructo de funcionalidade⁷.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) acredita que a interação entre as especificidades de uma condição de saúde (como a PC) com as características do contexto onde a pessoa vive (fatores ambientais e pessoais), influencia nos processos de funcionalidade e incapacidade. Os componentes de funcionalidade incluem fatores intrínsecos: estruturas e funções do corpo, bem como a interação do indivíduo com seu ambiente de referência (atividades) e o envolvimento do indivíduo na sociedade (participação). Este modelo ressalta o papel estruturante do ambiente na determinação da saúde, funcionalidade e incapacidade².

A competência de realizar a função motora grossa afeta as atividades diárias e é um preditor de mobilidade. A capacidade motora grossa é uma habilidade subjacente para executar uma tarefa em um ambiente padronizado; diferente do desempenho em mobilidade, que se refere à capacidade qualificada de desempenho motor que é realizada em uma vida diária. A dependência de assistência para a mobilidade pode acarretar a falta de independência nas atividades diárias em crianças com PC⁸. O objetivo do estudo consistiu em avaliar o desempenho funcional em mobilidade de crianças com paralisia cerebral de acordo com a função motora grossa.

METODOLOGIA

Tipo de estudo e Amostra

Estudo transversal de natureza quantitativa. Amostra foi composta por crianças em tratamento no Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP) da Universidade Federal do Ceará, na cidade de Fortaleza (CE). Os critérios de inclusão foram: ter diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral e idade entre 04 e 07 anos. Foram excluídas as que possuíam diagnóstico associado de síndromes ou condições como microcefalia, transtorno do espectro autista e hidrocefalia.

Procedimentos

A seleção da amostra foi realizada de forma não probabilística por conveniência, considerando os fatores de inclusão e exclusão. As crianças foram divididas em 5 grupos de acordo com os níveis do GMFCS, colhido através da avaliação fisioterapêutica no prontuário.

Para caracterização da amostra, foram coletadas as variáveis de idade, sexo, renda familiar, se frequenta ou não a escola, distúrbios associados, tipo e topografia da PC, através de revisão de prontuários. Posteriormente, realizou-se uma entrevista com os pais/responsáveis com uso da Parte I e II do domínio “mobilidade” do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.

Os entrevistados foram esclarecidos quanto ao objetivo da pesquisa, procedimentos, sigilo e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Parecer: 2.876.319).

Instrumentos

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System – GMFCS) é desenvolvido para crianças e adolescentes com diagnóstico de paralisia cerebral de zero a 18 anos. Permite classifica-las em 5 níveis de gravidade do comprometimento motor, baseando-se no movimento iniciado voluntariamente e enfatizando o desempenho habitual da criança. Os níveis I e II são atribuídos a crianças que andam sem restrições, o nível III àquelas que andam com auxílio, no nível IV, a criança utiliza tecnologia assistida para mover-se e no nível V, a criança é gravemente limitada na mobilidade, mesmo com o uso de tecnologia assistiva. As distinções entre os níveis são baseadas nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivo para mobilidade e devem ser significativas na vida diária^{3,9,10}.

O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (Pediatric Evaluation of Disability Inventory - PEDI) é usado para medir e descrever as capacidades e a independência das crianças ao realizar atividades diárias e visa informar sobre o desempenho funcional de criança entre seis meses e sete anos e meio de idade. A administração do PEDI pode ser realizada por meio de entrevista estruturada com pais ou cuidadores, de julgamento clínico de profissionais que conheçam o desempenho funcional

da criança em atividades diárias ou através de observação da criança no desempenho das atividades do teste^{5,10,11}.

O PEDI é dividido em três partes distintas, e cada parte possui três áreas de função. A primeira parte documenta as habilidades funcionais para realização de atividades do cotidiano da criança nas áreas de: autocuidado (73 itens), mobilidade (59 itens) e função social (65 itens). Cada item dessa parte recebe escore 1, se a criança for capaz de desempenhar a atividade funcional, ou escore 0, se a criança não for capaz de desempenhá-la. A somatória dos escores obtidos em cada área dessa parte resulta em um escore total bruto^{10,11}.

A segunda parte do PEDI informa sobre a independência, quantificando o auxílio fornecido pelo cuidador para a criança desempenhar 8 tarefas de autocuidado, 7 de mobilidade e 5 de função social. Nessa parte, também é obtido um escore bruto a cada área, por meio da pontuação de cada item através de uma escala ordinal: 0 (assistência total), 1 (assistência máxima), 2 (assistência moderada), 3 (assistência mínima), 4 (supervisão) e 5 (independente). A terceira parte do PEDI constitui uma lista de modificações do ambiente utilizadas pela criança para realizar as tarefas funcionais. O manual do teste contém os critérios específicos para pontuação de cada item^{10,11}.

Este estudo utilizou os escores brutos de habilidades funcionais (Parte I) e de assistência do cuidador (Parte II) da área de mobilidade, que consiste em atividades de transferências, locomoção em ambientes interno e externo e uso de escadas. E a aplicação do instrumento ocorreu através de entrevista estruturada com pais ou cuidadores.

Análise de dados

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS 22.0) e adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As variáveis descritivas foram analisadas através de média, desvio padrão e frequências absolutas e relativas. Em relação à análise estatística do PEDI, para comparação entre todos os grupos, os dados não paramétricos foram testados por meio do Kruskal-Wallis, e para comparação de dois grupos (2 a 2) pelo teste de Mann-Whitney.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 39 crianças. A Tabela 1 apresenta as características descritivas das crianças que compuseram os cinco grupos. Sendo 14 classificadas, de acordo com GMFCS, no nível I, 5 no nível II, 3 no nível III, 12 no nível IV e 9 no V. A média de idade da amostra foi de 5,25 anos e 24 (61,5%) crianças eram do sexo masculino. A grande maioria das crianças apresentou renda familiar entre 1-2 salários mínimos (35 ou 89,7%) e frequenta a escola (30 ou 76,9%) (Tabela 1).

Com relação à PC, 92,3% (36 crianças) da amostra foi classificada como espástica. Na classificação mais leve (GMFCS I e II) predominou-se a topografia hemi e diparética, e na grave (GMFCS IV e V) a quadriparética. Observou-se a presença de

distúrbios associados de distribuição inconstante e heterogênea nos vários níveis, sendo evidenciados no nível V (Tabela 1).

Nos resultados do teste PEDI, os escores médios obtidos em cada um dos cinco níveis foram significativamente diferentes ($p < 0,05$), exceto entre os níveis I e II (A: $p = 0,165$; a: $p = 0,099$), II e III (E: $p = 0,071$; e: $p = 0,250$), tanto no que se refere às habilidades funcionais de mobilidade como na assistência do cuidador. Crianças dos grupos de nível IV e V apresentavam desempenho funcional significativamente inferior a todos os outros níveis ($p = 0,00$) (Tabela 2, Figura 1 e Figura 2).

DISCUSSÃO

Este estudo envolveu uma amostra de conveniência, mas a distribuição dos subdiagnóstico da PC e do GMFCS corresponde ao que é reportado em estudos^{3,4,5,12}. Assim como estes resultados, os achados na literatura apontam predomínio do sexo masculino em relação ao feminino na paralisia cerebral; entretanto, dados epidemiológicos não determinam efeito do sexo na prevalência da PC^{3,4,12}.

A maioria das crianças estava inserida em famílias cuja renda mensal é entre um e dois salários mínimos. Sabe-se que condições socioeconômicas e culturais precárias constituem um importante fator de risco para alterações no desenvolvimento, pois restringe alternativas de lazer e cultura, podendo causar um comportamento inativo das crianças; pode interferir na classificação, uma vez que há crianças que não se locomovem por não possuírem condições financeiras para adquirir cadeiras de rodas ou outras formas de tecnologia assistiva. O risco social de pertencer a uma família de baixa classe econômica parece afetar mais crianças com PC de comprometimento grave, principalmente no que se refere à mobilidade^{7,12,13}.

Os resultados deste estudo fornecem evidências sobre a gravidade do comprometimento motor em crianças com PC quanto ao desempenho de atividades da rotina diária e à independência funcional. Ambos os instrumentos utilizados avaliam mobilidade, porém com relação à CIF, o GMFCS está mais relacionado ao domínio “Função”; já o PEDI, que analisa o desempenho funcional da criança levando em consideração seu ambiente de rotina, se encaixa melhor no domínio “Atividade”.

Em geral, os resultados reforçam a coerência de informação funcional disponibilizada pela classificação e pelo teste. Crianças em alto nível de funcionalidade no GMFCS foram mais capazes e independentes no domínio de mobilidade do PEDI do que as de baixo nível funcional. Isto ocorre porque as crianças graves, na maioria das vezes, têm a movimentação dos membros mais comprometida, resultando em desempenho inferior no PEDI, necessitando inclusive, de maior assistência do cuidador. Tais evidências encontram suporte na literatura^{4,5,7,10}.

Não foi objetivo deste artigo avaliar os outros domínios do PEDI, porém estudos demonstram superioridade funcional de crianças classificadas como leve, no GMFCS, em relação às do grupo grave, também nas outras áreas do PEDI. Portanto, crianças com

maiores déficits de mobilidade estão relacionadas com piores desempenhos em autocuidado e função social^{4,5,7,8,10}.

Foram observadas semelhanças nos grupos moderado e leve (I e II; II e III), nas duas partes do PEDI. Parte desses resultados pode ser explicada pelo fato das distinções do GMFCS se basearem também na necessidade de dispositivos para mobilidade. Sendo assim um grupo moderado, por exemplo, consegue desempenhar as atividades de mobilidade com auxílio de equipamentos adaptativos, e parte da funcionalidade do mesmo torna-se comparável ao de crianças leves. Desta forma, fatores do contexto, tais como equipamentos de auxílio à mobilidade, parecem permear a relação entre classificação funcional da PC e desempenho funcional^{9,10}. Outros estudos^{4,7} tiveram resultados que se assemelham a este.

Os perfis de funcionalidade de crianças graves apresentaram-se bem distintos dos outros níveis. E apesar de em vários artigos^{4,7,10} as crianças de nível IV e V no GMFCS aparecerem agrupadas juntas, este estudo mostra que há diferenças significativas entre esses dois níveis.

Outra particularidade mais presente nos grupos leves e moderado foi a variação no desempenho funcional da mobilidade dentro dos diferentes níveis do GMFCS. Evidenciada pelo fato de algumas crianças apresentarem funcionalidade acima da média de seu grupo, quando avaliadas pelo PEDI, demonstrando funcionalidade equivalente àquelas de grupos de níveis menores. Há evidência⁷ de variabilidade funcional das crianças com PC tanto em mobilidade como nos outros domínios do PEDI.

Quanto maior o comprometimento motor, maior será a presença de fatores limitantes que podem restringir a capacidade funcional de crianças com PC. Havendo uma complexidade no desempenho funcional de crianças moderadas e graves, incluindo capacidades e limitações intrínsecas e facilitadores e barreiras extrínsecas. Dentre os fatores intrínsecos encontram-se os distúrbios associados à PC, que quanto menor o número, maior a independência funcional. E como essa é dos principais objetivos da intervenção fisioterapêutica, não se deve subestimar a influência das comorbidades^{7,10}.

Fatores ambientais também influenciam diretamente o desempenho na PC. Um fator muito citado na literatura é o auxílio excessivo do cuidador, que pode se tornar um risco para o desenvolvimento quando ele não estimula a criança a utilizar suas habilidades, atuando como uma barreira e limitando as potencialidades da criança. O efeito das restrições motoras na criança com PC faz com que situações ambientais típicas apresentem-se como fatores limitantes do desempenho funcional. Crianças que apresentam mobilidade independente estão mais aptas a desempenhar atividades funcionais e a superar barreiras ambientais, comparadas com aquelas que fazem uso de tecnologia assistiva. Nesses casos, essas crianças podem também encontrar dificuldades na participação social, comprometendo a recreação, o acesso a escolas e a outros ambientes sociais (parques, igrejas, entre outros)^{7,10,13,14}.

Assim, destaca-se a necessidade de uma abordagem interdisciplinar que contemple todos os aspectos do desenvolvimento dessas crianças. O conhecimento do desempenho funcional dessas crianças possibilita à equipe multidisciplinar utilizar evidências para fundamentar a prática clínica, vai ao encontro das expectativas de pais e familiares que buscam serviços de saúde, e torna possível o planejamento de ações terapêuticas de acordo com o grau de comprometimento de cada paciente e estímulos que viabilizassem o máximo aproveitamento das potencialidades da criança^{4,7,10}.

Limitações foram encontradas na amostra, que ao ser dividida pelo sistema de classificação resultou em grupos com números heterogêneos e reduzidos. A amostra foi de centro único, e apesar de ser uma grande instituição de reabilitação do estado, não se conseguiu recrutar mais pacientes que atendessem aos critérios de inclusão. Outra limitação foi o fato do estudo avaliar apenas uma área do PEDI, não sendo possível analisar correlação entre diferentes áreas.

CONCLUSÃO

Quanto maior o grau de comprometimento da função motora grossa, menor é a capacidade da criança em desempenhar habilidades funcionais relacionadas à mobilidade, menor é sua independência e, portanto, maior é a necessidade de assistência requerida ao cuidador. Com relação aos níveis da função motora grossa, o presente estudo mostrou que crianças com GMFCS IV e V apresentam desempenho funcional em mobilidade diferentes entre eles e inferiores em comparação aos outros níveis; já as crianças de GMFCS menores apresentam semelhanças entre os grupos e variabilidade funcional dentro deles..

REFERÊNCIAS

1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology* [Internet]. Fev de 2007 [acesso em 29 de Mar de 2018]; 49: 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 06 de Abr de 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_paralisia_cerebral.pdf
3. O'Shea TM. Diagnosis, Treatment, and Prevention of Cerebral Palsy. *Clinical Obstetrics And Gynecology* [Internet]. Dez de 2008 [acesso em 29 de Mar de 2018]; 51 (4): 816-28. doi: 10.1097/grf.0b013e3181870ba7
4. Chagas PSC, Defilipo EC, Lemos RA, Mancini MC, Frônio JS, Carvalho RM. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Fisioter* [Internet]. Set/Out de 2008 [acesso em 01 de Abr de 2018]; 12 (5): 409-16. doi: 10.1590/S1413-35552008000500011
5. Öhrvall A-M, Eliasson A-C, Löwing K, Ödman P, Krumlinde-Sundholm L. Self-care and mobility skills in children with cerebral palsy, related to their manual ability and gross motor function classifications. *Developmental Medicine & Child Neurology* [Internet]. Ago de 2010 [acesso em 21 de Abr de 2018]; 52 (11): 1048-55. doi: 10.1111/j.1469-8749.2010.03764.x
6. Ryan JM, Cassidy EE, Noorduyn SG, O'Connell NE. Exercise interventions for cerebral palsy (Review). *Cochrane Database Of Systematic Reviews* [Internet]. Jun de 2017 [acesso em 29 de Mar de 2018]: 1-199. doi: 10.1002/14651858.cd011660.pub2
7. Vasconcelos RLM, Moura TL, Campos TF, Lindquist ARR, Guerra RO. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. *Rev Bras Fisioter* [Internet]. 2009 [acesso em 04 de Mar de 2018]; 13 (5): 390-7. doi: 10.1590/S1413-35552009005000051
8. Kim K, Kang JY, Jang D-H. Relationship Between Mobility and Self-Care Activity in Children With Cerebral Palsy. *Annals Of Rehabilitation Medicine* [Internet]. 2017 [acesso em 21 de Abr de 2018]; 41 (2): 266-72. doi: 10.5535/arm.2017.41.2.266
9. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol* [Internet]. 2008 [acesso em 04 de Mar de 2018]; 50 (10):744-50. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x.
10. Mancini MC *et al.* Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Rev Bras Fisioter* [Internet]. 2004 [acesso em 08 de Out de 2018]; 8 (3): 253-60. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/238674945_Gravidade_da_paralisia_cerebral_e_desempenho_funcional
11. Mancini MC. Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada. Belo Horizonte: UFMG; 2005.

12. Brasileiro IC. Perfil funcional de crianças com paralisia cerebral em uma instituição de Fortaleza-Ceará, 2006 [dissertação] [Internet]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2007 [acesso em 01 de Abr de 2018]. Disponível em:
http://www.uece.br/mpsca/index.php/arquivos/doc_download/258-

13. Assis-Madeira EA, Carvalho SG, Blascovi-Assis SM. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de níveis socioeconômicos alto e baixo. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2013 [acesso em 18 de Nov de 2018]; 31(1):51-7. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822013000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

14. Cesa CC, Alves MÊS, Meireles LCF, Fante F, Manacero AS. Avaliação da capacidade funcional de crianças com paralisia cerebral. Rev. CEFAC [Internet]. Jul/Ago de 2014 [acesso em 01 de Abr de 2018]; 16 (4): 1266-72. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v16n4/1982-0216-rcefac-16-4-1266.pdf>

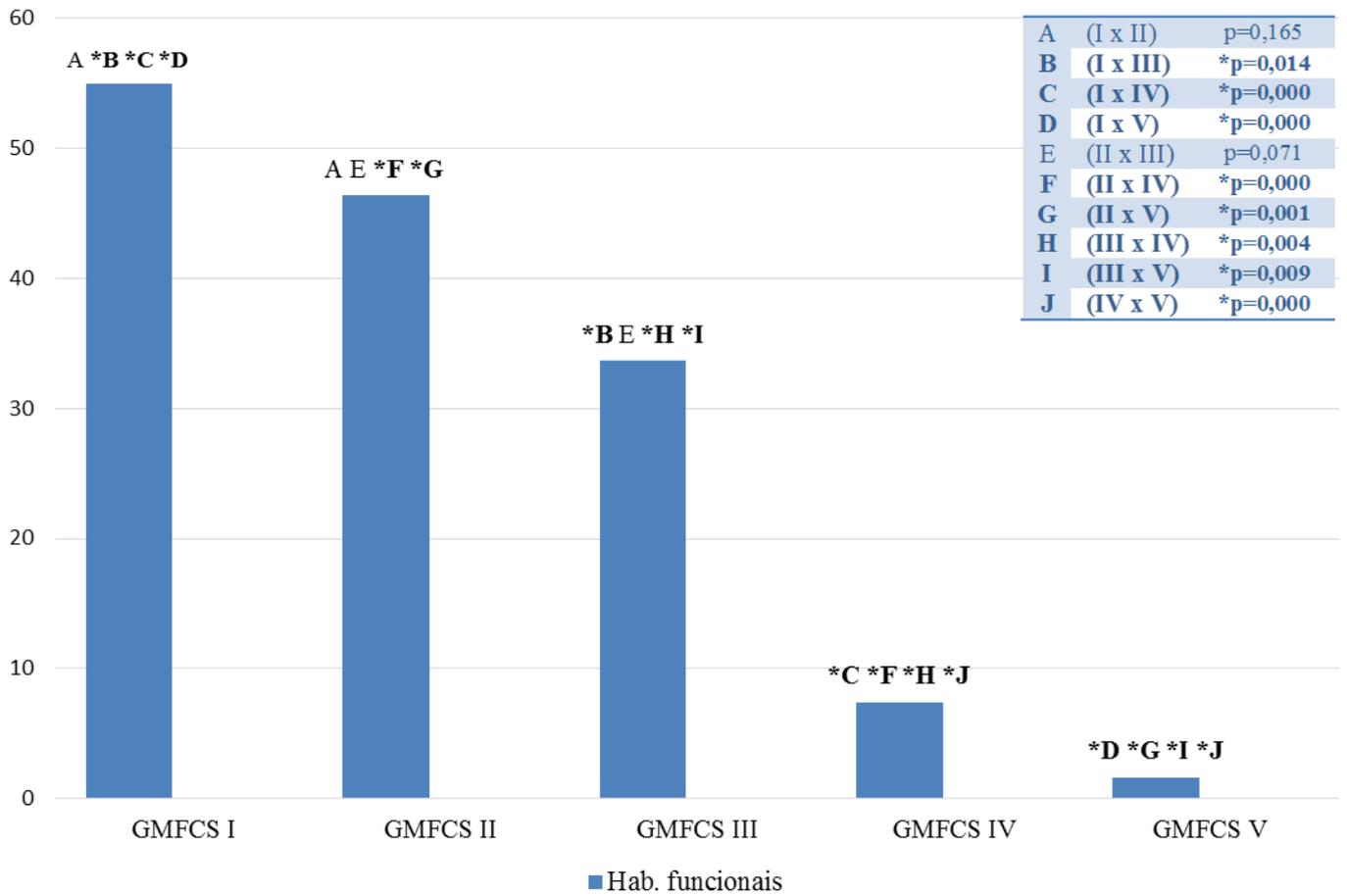
Tabela1 - Caracterização da amostra quanto à idade, sexo, renda familiar, se frequenta ou não a escola, distúrbios associados, tipo e topografia da Paralisia Cerebral.

Variáveis		Grupos (GMFCS)					Total n (%)
		I n (%)	II n (%)	III n (%)	IV n (%)	V n (%)	
Idade (anos)	Média (±DP)	5,7 (±1,15)	6 (±1)	4,33 (±0,57)	5 (±0,73)	5 (±0,86)	5,25 (±0,99)
Sexo	Feminino	5 (50)	-	-	6 (50)	4 (44,4)	15 (38,5)
	Masculino	5 (50)	5 (100)	3 (100)	6 (50)	5 (55,6)	24 (61,5)
Renda Familiar (salários mínimos)	<1	-	-	-	-	-	-
	1-2	10 (100)	5 (100)	3 (100)	9 (75)	8 (88,9)	35 (89,7)
	3-4	-	-	-	2 (16,7)	1 (11,1)	3 (7,7)
	5-6	-	-	-	-	-	-
	>6	-	-	-	1 (8,3)	-	1 (2,6)
Frequenta escola	Sim	10 (100)	5 (100)	1 (33,3)	10 (83,3)	4 (44,4)	30 (76,9)
	Não	-	-	2 (66,7)	2 (16,7)	5 (55,6)	9 (23,1)
Tipo da Paralisia Cerebral	Espástica	10 (100)	5 (100)	2 (66,7)	10 (83,3)	9 (100)	36 (92,3)
	Discinética	-	-	-	2 (16,7)	-	2 (5,1)
	Atáxica	-	-	1 (33,3)	-	-	1 (2,6)
Topografia da Paralisia Cerebral	Hemiparética	9 (90)	1 (20)	1 (33,3)	-	-	11 (28,2)
	Diparética	-	3 (60)	1 (33,3)	3 (25)	-	7 (17,9)
	Quadriparética	-	1 (20)	1 (33,3)	9 (75)	9 (100)	20 (51,3)
	Outros	1 (10)	-	-	-	-	1 (2,6)
Distúrbios associados (Sim)	Deficiência visual	1 (10)	1 (20)	1 (33,3)	6 (50)	2 (22,2)	11 (28,2)
	Deficiência auditiva	-	-	-	1 (8,3)	2 (22,2)	3 (7,7)
	Epilepsia	2 (20)	1 (20)	1 (33,3)	2 (16,7)	5 (55,6)	11 (28,2)
	Retardo mental	5 (50)	1 (20)	-	2 (16,7)	6 (66,7)	14 (36)

Tabela 2 - Análise descritiva dos escores brutos de habilidades funcionais e de assistência do cuidador na área de mobilidade, por nível de comprometimento da função motora grossa.

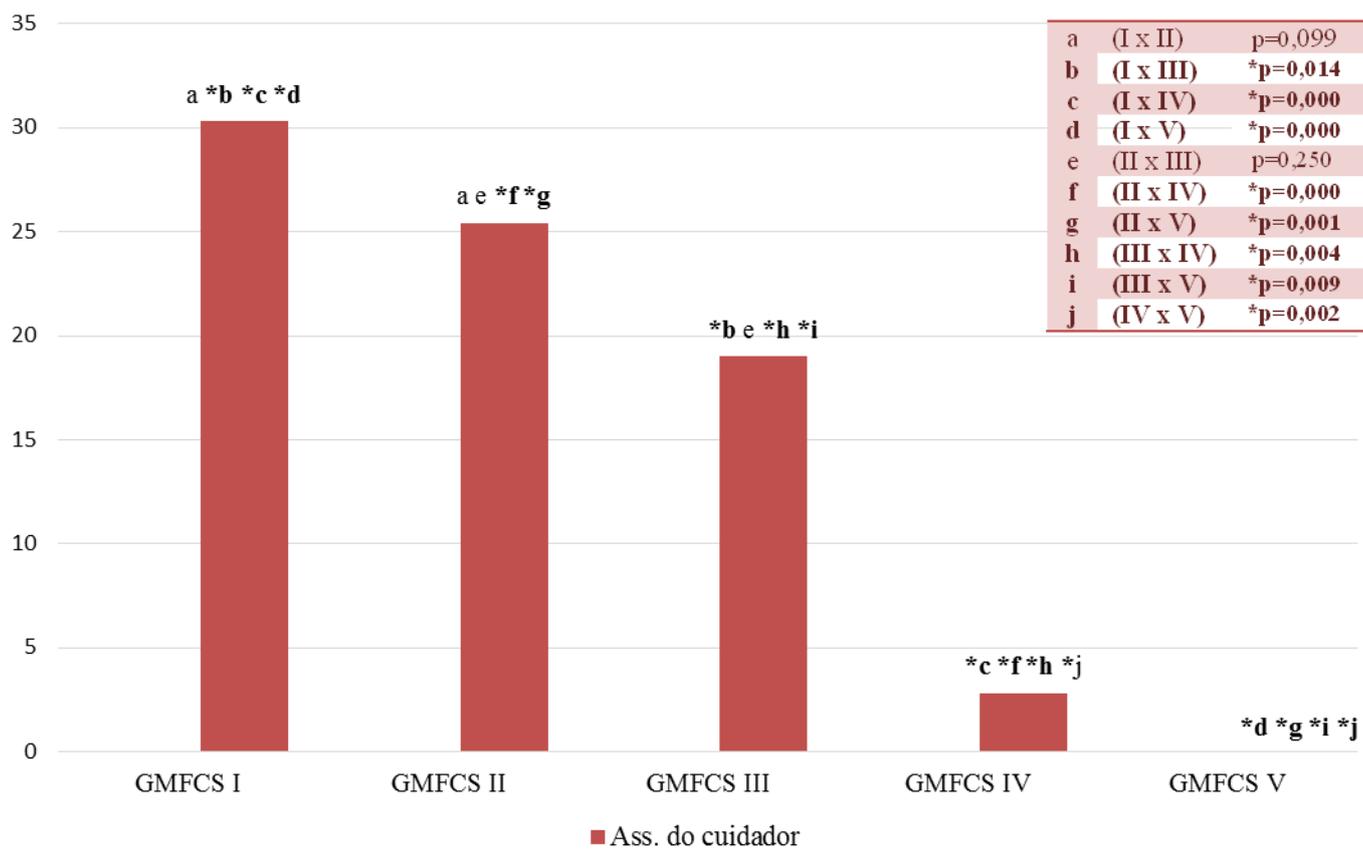
		Nível I (n=14)	Nível II (n=5)	Nível III (n=3)	Nível IV (n=12)	Nível V (n=9)
Habilidades Funcionais	Média (\pm DP)	55,00 (\pm 6,46)	46,40 (\pm 8,53)	33,66 (\pm 10,01)	7,41 (\pm 3,11)	1,55 (\pm 1,42)
Assistência do Cuidador	Média (\pm DP)	30,30 (\pm 3,94)	25,40 (\pm 7,53)	19,00 (\pm 4,00)	2,83 (\pm 2,91)	0,00

DP: Desvio Padrão



*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Figura 1 – Média das pontuações da Parte I do PEDF de acordo com o nível de função motora grossa



*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Figura 2 – Média das pontuações da Parte II do PEDF de acordo com o nível de função motora grossa