Originalmente publicado na Revista COOPEX/FIP (ISSN:2177-5052). 13ª Edição - Vol. 13 - Ano: 2022.
No seguinte endereço: http://coopex.fiponline.edu.br/artigos

PERFIL MOTOR E SUAS ASSOCIAÇÕES COM FATORES DE QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: ESTUDO TRANSVERSAL

Bruna Arinajd Ramalho de Lacerda Leite[1]
Danilo de Lucena Rodrigues[1]
Célio Diniz Machado Neto[2]

RESUMO
OBJETIVO: Avaliar o nível e perfil motor de indivíduos com Paralisia Cerebral e correlação com a qualidade de vida. *METODOLOGIA:* Trata-se de um estudo observacional, quantitativo, do tipo descritivo e exploratório, com delineamento transversal. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, CP CHILD e a escala de GMFCS. *RESULTADO:* A amostra foi constituída por 5 crianças com ECNP, com idade entre 2 a 7 anos, identificou-se o peso ao nascimento que variou de 1 a 3 kilos. A categorização do perfil motor indicou que 40% das crianças foram classificadas com quadriparesia espástica, e os 60% dividiram-se em hemiparesia espástica, diparesia hipotônica e a quadriparesia mista. Ao avaliar o nível motor com a classificação GMFCS, 60% apresentam limitações graves com classificação NÍVEL V. Ao associar o nível e perfil motor com os fatores de qualidade de vida, destaca-se que crianças que apresentam quadriparesia e nível V apresentaram menor qualidade de vida, onde em todas as seções necessitam de ajuda total. *CONCLUSÃO:* Os achados deste estudo indicam que as crianças foram classificadas no Nível I, III e V com o perfil motor de hemiparesia, diparesia e quadriparesia, apresentando impactos negativos na qualidade de vida das crianças.
Descritores: Crianças. Paralisia Cerebral. Destreza motora. Indicadores de qualidade

ABSTRACT
OBJECTIVE: To assess the level and motor profile of individuals with Cerebral Palsy and its correlation with quality of life. METHODOLOGY: This is an observational, quantitative, descriptive and exploratory study, with a cross-sectional design. For data collection a semi-structured questionnaire, CP CHILD and the GMFCS scale were used. RESULT: The sample consisted of 5 children with ECNP, aged between 2 and 7 years, with birth weight ranging from 1 to 3 kilos. Motor profile categorization indicated that 40% of the children were classified as having spastic quadriparesis, and 60% were divided into spastic hemiparesis, hypotonic diparesis and mixed quadriparesis. When evaluating the motor level with the GMFCS classification, 60% have severe limitations with the LEVEL V classification. By associating the motor level and profile with quality of life factors, it is highlighted that children with quadriparesis and level V had lower quality of life, where in all sections need full help. CONCLUSION: The findings of this study indicate that children were classified as Level I, III and V with the motor profile of hemiparesis, diparesis and quadriparesis, with negative impacts on the quality of life of children.
Keywords: Child. Cerebral Palsy. Motor Skills. Indicators of Quality of Life.

1 Graduados em Bacharelado em Fisioterapia no Centro Universitário (UNIFIP). Patos, Paraíba, Brasil

2 Mestre e Fisioterapeuta, Professor no Centro Universitário (UNIFIP). Patos, Paraíba, Brasil.

Originalmente publicado na Revista COOPEX/FIP (ISSN:2177-5052). 13ª Edição - Vol. 13 - Ano: 2022.
No seguinte endereço: http://coopex.fiponline.edu.br/artigos

INTRODUÇÃO

Considerada a condição neurológica mais complexa que acontece na infância, a Paralisia Cerebral (PC) apresenta uma diversidade de danos que limitam a atividade funcional na vida da criança[1]. Atingindo em torno de 1 em cada 500 recém-nascidos com uma predominância de 17 milhões de crianças em todo o mundo[2], os fatores de risco mais conhecidos são anormalidades placentárias, malformações congênitas, baixo peso ao nascer, aspiração de mecônio, cesariana de emergência, asfixia durante o parto, infecções e convulsões neonatais, síndrome do desconforto respiratório e hipoglicemia[3].

A PC é descrita como um distúrbio do controle postural e do movimento, provocado por uma lesão no Sistema Nervoso Central (SNC) imaturo ou em desenvolvimento no período pré, peri ou pós natal[4], caracterizando a forma mais comum de alteração neuromotora em crianças, por causa da área de comprometimento do sistema nervoso (SN), afeta de diferentes maneiras a criança, indicando os distúrbios limitados pela falta de controle sobre os movimentos que são capazes de pertubar o desempenho funcional[5,6].

As consequências motoras são normalmente seguidas por distúrbios na sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento, por epilepsia e problemas musculosesqueléticos secundários. Uma das principais caracteristicas das crianças com PC a discinesia, que abala a biomecânica do corpo, afeta a vida diária, que pode estar associado a disturbios sensoriais, visuais, cognitivos, auditivos, e as limitações das atividades diárias[7].

A classificação da PC pode ser estabelecida por dois critérios: alteração motora, quer dizer, diagnóstico, incluindo trato piramidal ou tipo discinesia (atetoide, coreia e distonia), atáxico, misto e espasticidade; e topográfico mapas de função prejudicada e níveis de tônus muscular. A classificação da topografia divide-se em hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e quadriplegia[8].

Utilizando o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (*GMFCS*) é utilizado como padrão ouro para categorizar atribuição motora de crianças com PC. O nível de *GMFCS* é classificado em diferentes níveis, de acordo com as características motoras e funcionais da criança. No nível I: as crianças denotam habilidades motoras gerais, como correr e pular, mas têm velocidade, equilíbrio e coordenação limitados, no

nível II:as crianças têm apenas habilidades motoras mínimas, como correr e pular, no nível III: para longas distâncias as crianças necessitam de cadeiras de rodas e também para auto-impulsionar para distâncias mais curtas, no nível IV: a criança é conduzida em uma cadeira de rodas ou usa uma cadeira de rodas motorizada, no nível V: a criança mantém a postura antigravidade da cabeça e do tronco e controla o movimento das pernas e braços restritos[9].

Além das diferenças nas características funcionais das crianças com PC em diferentes níveis de severidade do exercício, também podem ser observados fatores não lineares, que envolvem as limitações de realização de atividades em diferentes áreas funcionais, como autocuidado, mobilidade e social. Verificou-se que em termos de atividades de autocuidado e funções sociais, as características de capacidade funcional de crianças com gravidade moderada (nível III) foram semelhantes às de gravidade leve (crianças com *GMFCS* níveis I e II), enquanto em problemas de mobilidade, essas crianças eram semelhantes aos exercícios severos (*GMFCS* níveis IV e V)[10].

Esses resultados ilustram a heterogeneidade das manifestações funcionais de crianças com PC e enfatizam o fato de que a combinação de múltiplos fatores, incluindo características físicas, atitudes, sociais e tecnológicas, afetará o estado funcional das crianças no trabalho diário, limitando assim o poder preditivoexclusivo dos transtornos neuromusculoesqueléticas. Portanto, considerando a variabilidade das limitações funcionais que os PCs apresentam, as ações de reabilitação promovem a participação das crianças em seus diferentes ambientes de vida[11].

A qualidade de vida (QV) é determinada como o bem-estar psicossocial biológico do indivíduo de acordo com a cultura e sistema de valores em que vive e seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A avaliação relacionada à saúde e qualidade de vida são pesquisas básicas que promovem o aprendizado sobre o impacto das dificuldades na vida diária em pacientes com PC[12].

Em relação à avaliação da QV, quando aplicada a crianças com tal condição, é difícil compreender e explicar essas crianças como um obstáculo para a obtenção de resultados confiáveis, e os pais são obrigados a participar desse processo de avaliação. Para tanto, a QV será medida por meio de questionários, um dos quais é o CP-CHILD, verificado e traduzido no Brasil[13].

Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo avaliar o nível e perfil motor de indivíduos com Paralisia Cerebral e a correlação com a qualidade de vida.

MÉTODOS E TÉCNICAS

Tratou-se de um estudo observacional, do tipo corte transversal, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa. Em uma Clínica Escola de Fisioterapia de um Centro Universitário do sertão da Paraíba. A pesquisa teve como participantes todos as crianças diagnosticadas com PC, com idade de 2 a 13 anos e que frequentaram os serviços mencionados no período de março a maio de 2021. Foram excluidos crianças com diagnostico associado à Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), outra fator neurológico, não estar em atendimento e estar fora da faixa etária.

As mães foram contactadas via telefone,onde foi fornecido todas informações a cerca da pesquisa, seus objetivos e sua forma de realização. Para aquelas que concordaram oralmente em participar, foi agendado um encontro para a realização da coleta de dados. Foi solicitada aos responsavéis pelas crianças que fosse realizada a leitura e a posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados estava presentes apenas a mãe/responsavél, a criança e a pesquisadora, foi realizada em uma sala reservada, em dias de atendimento da criança nos setores citados, com tempo estimado de 30 minutos em cada coleta. Foi realizado uma entrevista semiestruturada, baseado nas seguintes perguntas idade, sexo, informações do nascimento, tipo de PC da criança, tipo de tônus, nível motor e reflexos da criança e informações do responsável como idade, parentesco com a mesma. Posteriormente, foi classificado o nível motor de acordo com a *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), considerando as habilidades e limitações funcionais, esse sistema tem foco especificamente em caminhar e sentar, mas de certa forma também auxilia a entender a gravidade do quadro. Em seguida aplicou-se o questionário *CP-CHILD* que conteve perguntas a respeito das atividades de vida da criança em relação a saúde, conforto e bem estar, analisando sobre o grau de dificuldade e o nível de ajuda.

Ao final da coleta os dados foram armazenados/organizados no programa Microsoft Excel e posteriormente analisados através do sistema de estatística descritiva, logo fazendo relatórios sob a forma de tabulações e gráficos para distribuição estatísca.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino ao qual está vinculada a referida Clinica Escola de Fisioterapia, sob o número de aprovação CAAE 40661120.6.0000.5181. O trabalho esta assegurado eticamente pela

Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Para reforçar a garantia da preservação da privacidade dos sujeitos, também foi utilizado o Termo de Compromisso do Pesquisador.

RESULTADOS

A população desse estudo foi composta por cinco crianças com ECNP. Todos do sexo masculino (100%) com média de idade de 4,20 anos (±1,64). De acordo com a entrevista as crianças nasceram com a idade gestacional em média de 33,6 (± 5,68) semanas, com a variação de semanas de 26 a mínima e 41 a máxima, com a média do peso 2,0 (± 0.84) em kilos ao nascer, com máxima de 3,63kg e altura em média de 45,6 (±8,79) centímetros ao nascer, com variação entre a o mínimo de 0,39 cm e máximo de 0,61cm. No momento da coleta foi realizada a atualização da altura atual em média de 76,8 (± 44) e o peso atual 13,90 (± 9,77) conforme a tabela 1.

Tabela 1: Dados demográficos da criança

Variáveis	**Nº**	**%**	**Média**	**DP (±)**
Sexo				
Masculino	5	100		
Idade (anos)	5		4,20	1,64
Peso atual (kg)	5		13,90	9,77
Altura atual (cm)	5		76,8	44,00
Peso nascimento (kg)	5		2,0	0,84
Altura nascimento (cm)	5		45,6	7,86
Idade gestacional (semanas)	5		33,6	5,08
Diagnóstico clínico				
ECNPI		60		
ECNPI mista		20		
ECNPI e esquizencefalia		20		
Topográfia				
Quadriparesia Mista	1	20		
Diparesia Hipotônica	1	20		
Hemiparesia Espástica Esquerda	1	20		
Quadriparesia Espástica	2	40		
Tônus axial				
Misto	1	20		

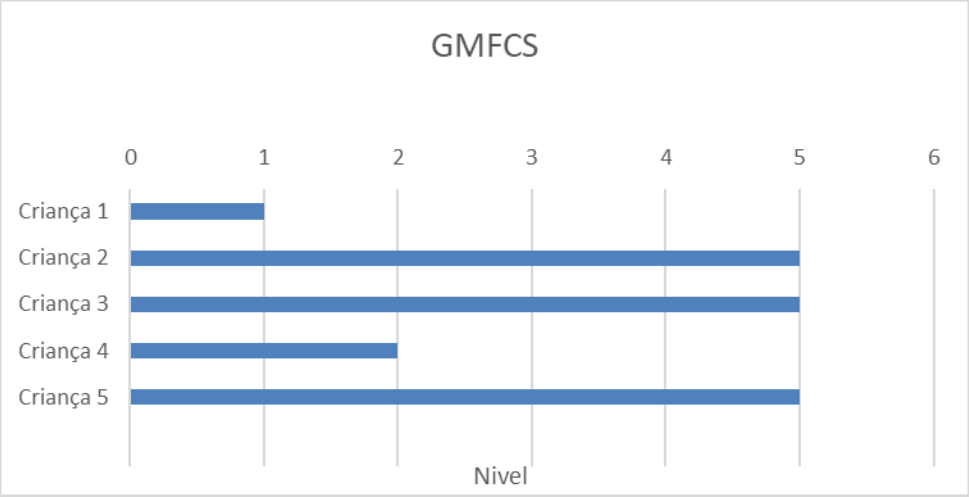
Hipertonia	4	80
Hipotonia	0	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.
Legenda: ECNPI (Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância).

Ainda de acordo com a tabela 1, o diagnóstico topográfico mostrou o comprometimento motor duas crianças (40%) apresentavam quadriparesia espástica, uma (20%) apresentavam hemiparesia espástica esquerda, uma (20%) apresentavam diparesia hipotônica e uma (20%) apresenta quadriparesia mista. E quanto ao tipo de tônus muscular predominante foi o hipertônico (80%).

Em relação ao *Sistema de Classificação da Função Motora Grossa* (GMFCS), que classifica as crianças em cinco níveis (I, II, III, IV, V) de acordo com a idade, tendo em vista as suas habilidades nas funções motoras, essencialmente no controle cervical, nas funções de sentar (controle de tronco) e andar. A escala é ordinal, sem o intuito de que as distâncias entre os níveis sejam iguais ou que as crianças comPC sejam distribuídas igualmente entre os cinco níveis. No nível I, as crianças movimentam-se sem restrições; no nível II, elas deambulam sem auxilio de aparelhos, mas apresentam limitações na deambulação ao ar livre e na comunidade; já no nível III, conseguem andar com ajuda de andadores ou muletas, e apresentam maior dificuldade ao caminhar em ambientes livres; no nível IV, as crianças andam com ajuda, apresentam maiores restrições e precisam de cadeiras de rodas ao ar livre e tem atividades manuais limitadas, enquanto que no nível V, são severamente restritas, mesmo com aparelhos e adaptações exigem uma assistencial total[9]. Pode-se verificar no Gráfico 1 a predominância do nível V (60%) entre os participantes.

Gráfico 1: Classificação quanto ao GMFCS



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.
Legenda: *Sistema de Classificação da Função Motora Grossa*

Na Tabela 2, analisamos as funções motoras das crianças e a sua forma funcionalidade, no controle de cabeça quatro crianças (80%) realizaram sozinhas, enquanto que para caminhar três crianças (60%) não realizaram.

Tabela 2: Avaliação da função motora geral (n=11)

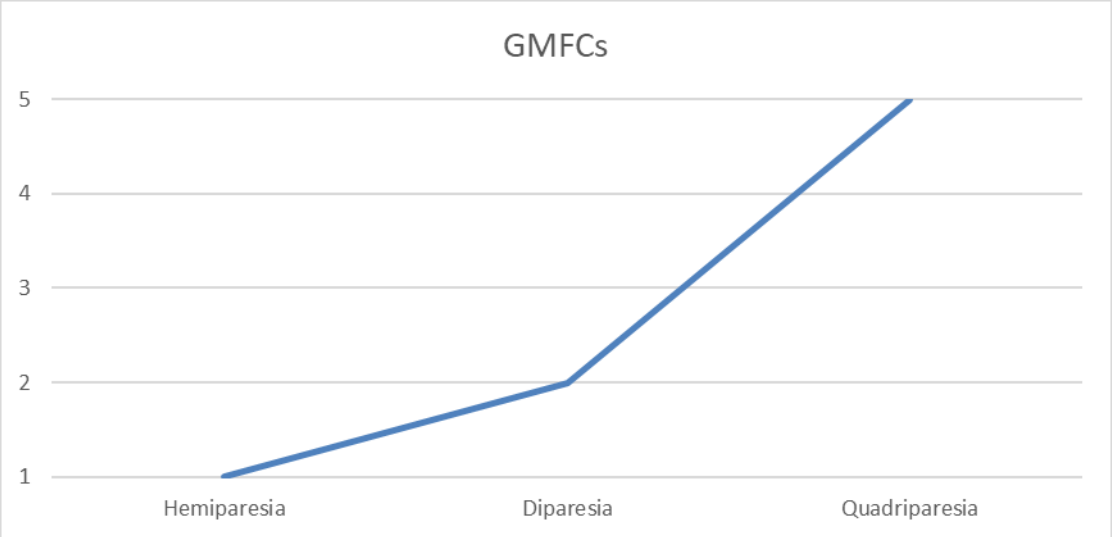
Função	Variável	N	%
Rolar	Realiza sozinho	2	40
	Realiza com auxílio	2	40
	Não Realiza	1	20
Controle de Cabeça	Realiza sozinho	4	80
	Realiza com auxílio	0	0
	Não Realiza	1	20
Ajoelhar	Realiza sozinho	2	40
	Realiza com auxílio	1	20
	Não Realiza	2	40
Ficar de pé	Realiza sozinho	1	20
	Realiza com auxílio	2	40
	Não Realiza	2	40
Caminhar	Realiza sozinho	2	40
	Realiza com auxílio	0	0
	Não Realiza	3	60
Subir e descer escadas	Realiza sozinho	1	20
	Realiza com auxílio	1	20
	Não Realiza	3	60
Correr	Realiza sozinho	1	20
	Realiza com auxílio	0	0
	Não Realiza	4	80
Pular	Realiza sozinho	1	20
		0	0

	Realiza com auxílio	4	80
	Não Realiza		

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

O resultado da associação entre a classificação *GMFCS* e tipo topográfico das crianças participantes deste estudo. Em relação ao tipo topográfico, observou-se que na classificação a criança hemiplégica foi presente na classificação leve; a criança diparética apresentou a classificação leve e moderada, e como a maior parte da criança apresentou quadriparesia foram classificadas como grave, de acordo com a gráfico 2.

Gráfico 2: Associação entre a classificação GMFCS e o tipo topográfico das crianças



Fonte: Dados da pesquisa, 2021.
Legenda: Gross Motor Function Classification System

Em relação aos fatores de qualidade de vida no questionário *CP CHILD* dividido em seis seções, em quer cada seção era subdivida com perguntas sobre o nível de ajuda e grau de gravidade, observamos que variou de acordo com o comprometimento topográfico, onde na seção de cuidados pessoais/atividades de vida diária quatro crianças (80%) necessitaram de ajuda total e o diagnóstico de quadriparesia espástica e mista e hemiparesia espástica esquerda, e na seção de Comunicação e Interação social as cinco crianças (100%) apresentou grau de dificuldade pouco e os diagnósticos foram hemiparesia espástica esquerda, diparesia hipotônica, quadriparesia mista e espástica, como vimos na tabela 3.

Tabela 3: Características da Qualidade de vida no questionário CP CHILD

Dados do CPCHILD				
Seção	N	%	Score	Diagnostico
Cuidados pessoais/atividades de vida diária	4	80	Ajuda Total	Hemiparesia espástica esquerda Quadriparesia mista Quadriparesia espástica
Posicionamento, transferência e mobilidade	3	60	Ajuda Total	Quadriparesia mista Quadriparesia espástica
Conforto e Emoções	5	100	Leves desconfortos	Hemiparesia espástica esquerda Diparesia hipotônica Quadriparesia mista Quadriparesia espástica
Comunicação e Interação social	5	100	Pouco difícil	Hemiparesia espástica esquerda Diparesia hipotônica Quadriparesia mista Quadriparesia espástica
Quantas vezes seu filho(a) teve que ir ao médico ou ao hospital?	4	80	Nenhuma internação	Hemiparesia espástica esquerda Diparesia hipotônica Quadriparesia mista Quadriparesia espástica
Como você classificaria a saúde geral de seu filho(a)?	3	60	Excelente	Diparesia hipotônica Quadriparesia espástica
Como você classificaria a qualidade de vida geral de seu filho(a)?	2	40	Excelente	Quadriparesia espástica

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.
Legenda: *CEREBRAL PALSY OF LIFE QUESTIONNARIE FOR CHILDREN*

DISCUSSÃO

Nesse estudo os resultados apresentados são que, as crianças que nasceram com baixo peso e pré-termo apresentaram problema neurológico, como a Paralisia Cerebral. Conforme o estudo de Moster *et al.*[15] mostrou que o nascimento prematuro é o fator de

risco mais importante para a PC, a medida que a idade gestacional diminui para o nascimento, o risco continua a aumentar, esse aumento moderado pode ser detectado antes de 38 semanas da gestação.

A PC pode causar anormalidades e atrasos no desenvolvimento motor e pode resultar na retenção de estratégias motoras imaturas, incluindo co-contração do desenvolvimento e controle motor seletivo deficiente. A distonia e a espasticidade, geralmente separadas, mas em combinação às vezes, são componentes da desordem de movimento da paralisia cerebral[9]. O estudo mostrou uma prevalência de 60% de crianças espástica associada a hemiparesia e quadriparesia, com característica como hipertonia muscular e reflexos tônicos anormais, dificultando as aquisições de controle motor adequado.

A incidência da PC em nosso estudo foi de 100% do sexo masculino. Realizando uma revisão literária, revelam algumas das causas em relação ao gênero, a diferença no cérebro imaturo é intensamente influenciado pelas diferenças inerentes nas células masculina e feminina, devendo isso a complementação cromossômica única, também há evidências de que as vias celulares envolvidas na morte neural após a lesão cerebral em crianças diferem entre homens e mulheres, os cromossomos sexuais em vez de hormônios sexuais estão relacionados a diferenças de gênero. No estudo de Johnston e Hagberg[16] mostrou que crianças do sexo masculino têm uma incidência maior de deficiências de desenvolvimento de base cerebral, pois a prematuridade extrema e suas complicações são mais propensas.

As crianças com o diagnóstico de PC manifestam limitação no desempenho de atividade facilmente realizada por crianças com desenvolvimento normal, em razão de aparecer inúmeras desordens de movimento e postura[17]. Sendo o comprometimento motor a primordial alteração presente nesses infantes, em que manifesta combinações posturais, com modificações na biomecânica corporal e possíveis deformidades ósseas. Observamos no estudo que algumas das aquisições motoras como rolar, ficar de pé, caminhar, subir e descer escadas as crianças não conseguiram realizar e em relação ao controle da cabeça a maioria já tinha desenvolvido.

Além do tratamento multidisciplinar da PC, outros fatores ambientais, tais como a atitude dos cuidadores, também são possíveis afetar o desempenho das habilidades funcionais e da independência funcional das crianças na mobilidade, no auto cuidado, e em dimensões sociais[18]. Particularidades intrínsecas e extrínsecas são os aspectos que

diminuem a possibilidade da função e aumentam a ineficácia no desempenho das atividades esportivas[19]. O progresso do movimento também depende da prática da criança em seu ambiente familiar e da necessidade exigida pela atividade da vida diária[18].

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) tem sido amplamente utilizado na pesquisa e na prática clinica, sendo uma ferramenta eficaz e confiável para avaliar a função motora grossa de crianças com Paralisia Cerebral[18]. No estudo, observou-se variação na classificação das crianças, de acordo com o GMFCS, que ao correlacionar a analise subjetiva do grau de comprometimento motor com os níveis, pode-se observar que as crianças classificadas com limitação leve pertenciam aos níveis I e II, e abrangendo crianças com comprometimento grave no nível V, este grupo foi constituído, em sua maioria, por crianças com quadro de quadriparesia, enquanto que o grupo leve inclui, em quantidade equivalente em crianças hemiparesia e diparesia. De acordo com Wiesiolek *et al.*[20] os resultados apresentados da coleta de 17 crianças são que 29,4 % foram classificadas no nível I, na classificação do nível II foram 29,4%, já 23,5% apresentaram nível IV e só 17,6% foram no nível V, com predominância do sexo masculino 64,7%.

Os fatores como idade, gravidade do comprometimento motor e a funcionalidade altera a qualidade de vida dos indivíduos com PC, à medida que a idade aumenta, o nível de cooperação das crianças nas atividades diminuiu, enquanto que a sua habilidade de reflexão tende a aumentar, interferindo assim na QV[14].

Ao analisarmos a QV foi observado um impacto significativo negativo na população estudada pela perspectiva do responsável. O estudo possibilitou a utilização da versão em português do questionário CP-CHILD, um instrumento que avalia a qualidade de vida de crianças com PC, que permite medir e comparar a QV de crianças brasileiras a partir do relato dos cuidadores. De acordo com Hebling e Pereira[22], a compreensão correta dos parâmetros de QV solicita um entendimento não somente de suas particularidades psicométricas, assim como fatores conceituais que é capaz de influenciar nas avaliações dos pacientes de sua saúde e bem-estar social.

No estudo, foi observado que crianças com quadriparesia apresentaram um prejuízo enorme no domínio físico, ao mesmo tempo em que crianças hemipareticas e dipareticas apresentam um desempenho melhor. A observação de desempenho no questionário de saúde no grau leve e moderação em relação a grave, mostram os

desafios e adversidade depararam–se durante a reabilitação, dos quais a evolução podem ser custoso, já que é uma patologia crônica e incurável ou perceptível aos familiares. No entanto, não foram achados distinções no seguimento da qualidade de vida em relação a saúde entre os níveis leve e moderado.

Na seção conforto e emoção, não ocorreu diferença entre os níveis de gravidade da PC pelo o escore, esse resultado auxilia até o momento a importância de disponibilizar os recursos terapêuticos para assegurar a integridade emocional e social de todas as crianças portador de Paralisia Cerebral, independente do grau de incapacidade motora. Essa justificativa é atestada pela obtenção de um melhor desempenho dos pacientes com a forma grave tanto na pesquisa quanto na população australiana[23] e norte americana[24, 25].

É relevante considerar que as demais seções posicionamento, transferência e mobilidade, comunicação e interação social, saúde não expressaram diferenças quanto aos níveis de GMFCS ou relações com o desempenho motor das crianças avaliadas, confirmando a compreensão subjetiva e individual da qualidade de vida, dissociando a visão de muitos profissionais e pesquisadores de que a QV é estabelecida unicamente pela funcionalidade e propõe a necessidade de maior assistência da rotina diária de crianças com PC, uma vez que o comprometimento neuromotor nem sempre equivalerá a uma baixa qualidade de vida.

O estudo de Akesterked *et al.*[26]estudaram a qualidade de vida com o questionário CHQ, embora seja um questionário diferente, encontraram resultados semelhantes, foi coletado com 11 crianças com idade em média 13,0 anos, repetindo três vezes a coleta para analisar a evolução da criança, a primeira coleta, a segunda com um ano e a terceira com dois anos, o escores de oito crianças melhoraram no primeiro ano no seguimento da percepção física e três crianças tiveram a pontuação inalterada. Com dois anos, seis dessas oito crianças evoluíram e uma regrediu. As três crianças que obtiveram o escore inalterado no primeiro ano, no segundo duas delas mantiveram o mesmo escore na percepção física.

Portanto, alguns estudos que examinam a qualidade de vida relacionado a saúde na população infantil recorre a um representante, em comum o pai ou a mãe, para adquirir as informações. Ao lidar com crianças com desalinhamento no desenvolvimento, freqüentemente com impedimentos não apenas de ordem física, mas também com atraso na comunicação, déficit cognitivo ou dificuldade no aprendizado, a

presença de um responsável torna-se indispensável[27]. Dessa maneira, o entendimento da verdadeira condição de bem estar da criança com necessidades especiais, por exemplo, com graves problemas de comunicação ou deficiência intelectual, tornando-se um desafio até o momento. Apesar de ser contra o critério de utilizar um intermediário, pois o propósito da qualidade de vida relacionada a saúde é a perspectiva do próprio indivíduo e falta de acordo quanto a autenticidade das respostas fornecidas pelo os responsáveis, sendo justificada esse tipo de recursos para as situações especiais e inerentes a população avaliada.

De acordo com Himpens *et al.*[28]. e Sthephan-Carlier *et al*.[29], são os únicos que evidenciam a compreensão da QV da visão das crianças e dos responsáveis, e comparam essas percepções. Himpens *et. al.*[28]demonstraram que os valores de compreensão são consideravelmente maiores nas crianças do que nos pais em todos os domínios do questionário de QV. Ao contrário de Sthephan-Carlier *et. al.*[29] não descobriu diferença significativa em relação a percepção de qualidade de vida entre crianças e cuidadores, porém constatou que os pais propendem a subestimar a percepção de QV dos filhos.

Em resumo, os resultados deste estudo apresentaram uma relação entre o tipo de classificação e os fatores de qualidade de vida em crianças com PC, nos quais os profissionais podem nortear a prática clínica da área de neurologia infantil auxiliando na escolha de sistemas de classificação e testes funcionais mais adequados para crianças com diferentes gravidades.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o estudo avaliou o perfil motor, onde três crianças apresentaram o perfil de quadriparesia, uma criança apresentou a diparesia e outra hemiparesia, de acordo com o tipo topográfico.

O resultado obtido demonstrou que existe uma diferença quanto ao nível de comprometimento funcional das crianças com Paralisia Cerebral, através da classificação pelo o GMFCS, onde a criança hemiparética apresentou na classificação nível I, a criança diparética foi classificada no nível II e as crianças quadriparéticas apresentaram classificação nível V, percebendo assim que quanto maior o nível, menor

a participação e menor independência nas atividades de vida diária, acrescentado ao construtor de qualidade de vida, com menor funcionalidade, menos bem estar emocional e auto estima e menos saúde da família.

REFERÊNCIA

1 - Folkerth RD. Substrato neuropatológico da paralisia cerebral. J Child Neurol. 2005; 20 (12): 940-9.

2 - Gulati S, Sondhi V. Cerebral palsy: An overview. Indian J. Pediatr. 2018; 85: 1006–1016.

3 - McIntyre S, Taitz D, Keogh J, Goldsmith S, Badawi N, Blair E. A systematic review of risk factors for cerebral palsy in children born at term in developed countries. Dev Med Child Neurol. 2013; 55 (6):499-508.

4 – Dougherty NJ. A review of cerebral palsy for the oral health professional. Dent Clin N Am 2009; 53(2):329-338.

5 – Brandão MB, Oliveira RHS, & Mancini MC. Functional priorities reported by parents of children with cerebral palsy: contribution to the pediatric rehabilitation process. Braz. J. Phys. Ther 2014; 18(6), 563-571.

6 – Pfeifer LI, Silva DBR, Lopes PB, Matsukura TS, Santos, JLF, & Pinto MPP. Social support provided to caregivers of children with cerebral palsy. Child care health dev. 2014; 40(3), 363-369.

7 – Silva M, Daltrário S. Paralisia cerebral: desempenho funcional após treinamento da marcha em esteira. Fisioter Mov [Internet]. 2017 [acesso em 2021 set 17]; 21(3):109-15. Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index. php/fisio/article/view/19179

8 – Rosa ACA, Matos MR. Classificação funcional de indivíduos com paralisia cerebral de acordo com a escala de avaliação GMFCS. Rev. Univap [Internet]. 2017 [acesso em 2021 set 21]; 22(40):1-4. Disponível em: https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/861

9 – Graham HK, Rosenbaum P, Paneth N, Dan B, Lin JP, Damiano DL, et al. Cerebral palsy. Nat. Rev. Dis. Primers. 2016; 2:15082.

10 – Mancini MC, Alves ACM, Schaper C, Figueredo EM, Sampaio RF, Coelho ZA, et al. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. Rev Bras Fisioter. 2004;8(3):253-60.

11 – Brandão MB, Gonçalves CS, Carvalho LA, Crepaldi PV, Abrahão LC, Mambrini JVM, et al. Clusters de funcionamento diário e níveis de classificação: concordância de informações em crianças com paralisia cerebral. J Pediatr Rehabil Med. 2012; 5(3):151-8.

12 – Nunes LCBG. Tradução e Validação de Instrumentos de Avaliação Motora e de Qualidade de vida em Paralisia Cerebral. [Tese]. Campinas (SP): Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação. 2008

13 – Vasconcelos VM. Tradução, adaptação e validação da cerebral palsy quality of life: aplicação em pais de crianças com paralisia cerebral. [Tese] Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013.

14 - Solaski M, Majnemer A, Oskoui M. Contribution of socio-economic status on the prevalence of cerebral palsy: a systematic search and review. Dev Med Child Neurol. 2014; 56 (11):1043-51.

15 – Moster D, Wilcox AJ, Vollset SE, Markestad T, & Lie RT. Paralisia cerebral entre nascimentos a termo e pós-termo. JAMA 2010; 304: 976-982.

16 – Johnston MV, Hagberg H. Sexo e a patogênese da paralisia cerebral. Dev Med Child Neurol 2007; 49:74-78.

17 – Assumpção MS, Piucco EC, Corrêa ECR, Ries LGK. Coativação, espasticidade, desempenho motor e funcional na paralisia cerebral. Motriz Rev Educ Fis. 2011; 17 (4):650-9.

18 – Palisano RJ, Hanna SE, Rosenbaum PL, Russell DJ, Walter SP, Wood EP, et al. Validation of a model of gross motor function for children with cerebral palsy. Phys Ther. 2000; 80 (10):974-85

19 - Mancini MC, Fiúza PM, Rebelo JM, Magalhães LC, Coelho ZAC, Paixão ML, et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. Arq Neuropsiquiatr. 2002;60(2-B):446-52.

20 – Netto ART, Wiesiolek CC, Brito PM, Rocha GA, Tavares RMF, Lambertz KMF. Functionality, school participation and quality of life of schoolchildren with cerebral palsy.Fisioter. Mov 2020,33

21 – Miranda LP, Resegue R, Figueiras ACM. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. J Pediatr 2003; 79(1):33-42

22 – Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. Gerodontology. 2007; 24(3):151-161.

23 – Wake M, Salmon L, Reddihough D. Health status of Australian children with mild to severe cerebral palsy: cross-sectional survey using the child health questionnaire. Dev. med. child.neurol, London, v. 45, n. 3, p. 194-199, Mar. 2003.

24 – Liptak GS. Health status of children with moderate to severe cerebral palsy.Dev. med. child.neurol. London, v.43, n.6, p. 364-370, June 2001.

25 – McCARTHY ML. Comparing reliability and validity of pediatric instruments for measuring health and well-being of children with spastic cerebral palsy. Dev. med. child. neurol. London, v. 44, n.7, p. 468-476, July 2002.

26 – Akerstedt A, Risto O, Odman P, Oberg B. Avaliação da cirurgia multinível de evento único e reabilitação em crianças e jovens com paralisia cerebral - Um estudo de acompanhamento de 2 anos. Disabil. Rehabil. 2010; 32 (7): 530-9

27 – White-Koning M, Arnaud C, Bourdet –Loubère S, Bazex H, Colver A, Grandjean H. Subjective quality of life in children with intellectual impairment – how can it be assessed? Dev. med. child. neurol. 2005; 47 (4): 281-287.

28 – Himpens E, Franki I, Geerts D, Tack R, Looven RV, Broeck CV. Qualidade de vida em jovens com paralisia cerebral após cirurgia multinível em evento único. Eur J Paediatr Neurol. 2013; 17:401-6.

29 – Stephan-Carlier A, Facione J, Speyer E, Rumilly E, Paysant J. Qualidade de vida e satisfação após cirurgia multinível em paralisia cerebral: confrontar a experiência das crianças e de seus pais? Ann Phys Rehabil Med. 2014; 57(9-10):640-52