

IDENTIFICAÇÃO DA DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E DO GRAU DE ASSISTÊNCIA DE CUIDADORES DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL ATENDIDAS NA UNIVALI

Identification of the functional dependence and degree of care assistance of children with cerebral paralysis at univali

RESUMO: Introdução: A paralisia cerebral (PC) pode ser descrita como um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento e postura, atrelados a um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro imaturo. Famílias com crianças com PC apresentam uma demanda significativamente maior em relação a cuidados e despesas com tratamentos de saúde, sendo assim manter as atividades de vida diária e cuidar dessas crianças se torna cada vez mais difícil. **Objetivo:** Identificar o grau de dependência/independência da criança com paralisia cerebral e o grau de assistência exigido nas atividades de vida diária pelo cuidador. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo e transversal. Fizeram parte da amostra 12 crianças com PC e seus respectivos cuidadores. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e junho de 2016. Foram aplicadas a escala Gross Motor Function Measure (GMFM) e a escala Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Os dados foram analisados por meio de uma análise por diagrama de dispersão e feita uma correlação linear de Pearson dos dados obtidos por meio das duas escalas. **Resultados:** A pesquisa demonstrou relação forte quanto ao grau de desempenho motor da criança e o nível de dependência motora na realização das atividades de vida diária, sendo comprovada por um valor de Pearson -0,71. **Conclusão:** Conclui-se que quanto maior o comprometimento motor, maior a dependência funcional da criança, refletindo diretamente na sobrecarga imposta ao cuidador. **Palavras-chave:** Neurologia. Pediatria. Paralisia cerebral. Cuidadores.

ABSTRACT: Introduction: Cerebral palsy (CP) can be described as a group of permanent developmental and postural disorders, linked to a non-progressive disorder that occurs during the development of the immature brain. Families with children with PCs have a significantly higher demand for health care care and expenses, so maintaining daily life activities and caring for these children becomes increasingly difficult. **Objective:** To identify the degree of dependence / independence of the child with cerebral palsy and the degree of care required in the daily activities of the caregiver. **Methodology:** This is a quantitative research of descriptive and transversal character. Twelve children with PC and their caregivers were included in the sample. Data collection was performed between February and June 2016. Gross Motor Function Measure (GMFM) and Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) were applied. The data were analyzed through a scatter diagram analysis and Pearson's linear correlation of the data obtained through the two scales was made. **Results:** The study demonstrated a strong relationship regarding the child's motor performance and the level of motor dependence in the activities of daily living, as evidenced by a Pearson value of -0.71. **Conclusion:** It was concluded that the greater the motor impairment, the greater the functional dependence of the child, directly reflecting the overload imposed on the caregiver. **Keywords:** Neurology. Pediatrics. cerebral palsy. Caregivers.

Vanessa Ghattás Testoni¹
Gabrielle Bernardino²
Tayane Machado Peters²
Gabriela Lacava²
Ana Luiza Roncelli Back²

1- Docente da Universidade do Vale do Itajaí - Itajaí/SC

2- Acadêmicas do curso de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí - Itajaí/SC

E-mail: gabrielleb.fisio@gmail.com

Recebido em: 26/08/2018
Revisado em: 29/09/2018
Aceito em: 07/10/2018

INTRODUÇÃO

A encefalopatia crônica não progressiva, conhecida como paralisia cerebral (PC) pode ser descrita como uma desordem do movimento e da postura devido a uma lesão no cérebro imaturo¹.

Crianças com paralisia cerebral podem apresentar distúrbios auditivos e por consequência do não processamento dos sons há também uma dificuldade cognitiva, social e linguística. A falta de coordenação motora pode se dar pela deficiência visual que muitas crianças com PC apresentam. O processo cognitivo global e específico pode ser afetado tanto por distúrbios primários quanto por limitações neuro-motoras que reduzem as possibilidades de experiências de aprendizagem social da criança. Além dessas disfunções há também o comprometimento motor, que limita a criança e aspectos físicos em relação a crianças sem PC².

A criança diagnosticada com PC normalmente apresenta um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, podendo ser este em menor ou maior grau de acordo com a criança, associado a isso geralmente alteração de tônus muscular e a persistência dos reflexos primitivos além da idade esperada acompanham o quadro clínico da criança³.

As classificações da paralisia cerebral são de fundamental importância para a determinação do prognóstico motor das mesmas. Pode-se dividir as crianças com PC em quatro classificações diferentes de acordo com o seu comprometimento motor, sendo elas: Diplegia; Quadriplegia; Hemiplegia; e Monoplegia, bem como a classificação de

acordo com a característica clínica mais dominante, em espástico, discinético e atáxico^{3,4,5}.

Em países desenvolvidos, a prevalência encontrada varia de 1,5 a 5,9/1000 nascidos vivos. Calcula-se que a incidência de PC nos países em desenvolvimento seja de 7/1000 nascidos vivos^{6,7}. Acredita-se que essa diferença entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento esteja atrelada às más condições de cuidados pré natais e ao atendimento primário às gestantes⁸.

Famílias com crianças com PC apresentam uma demanda significativamente maior em relação a cuidados e despesas com tratamentos de saúde, sendo assim manter as atividades de vida diária e cuidar dessas crianças se torna cada vez mais difícil. A dependência funcional de uma criança com PC e de uma criança sem disfunção é diferente, uma vez que a primeira apresenta mais limitações e conseqüentemente é mais dependente de cuidados⁹.

O cuidador de uma criança com paralisia cerebral assume a responsabilidade de atender as necessidades básicas da mesma. Sendo assim, o comprometimento motor e cognitivo da criança que está sendo cuidada influencia diretamente na saúde do cuidador, e esta por sua vez também tem papel fundamental no desenvolvimento da criança, uma vez que um cuidador satisfeito e sem graus de sobrecarga elevados refletem na qualidade e na quantidade dos estímulos oferecidos para a criança¹⁰.

O fisioterapeuta, bem como todos os profissionais de saúde, atua diretamente na

qualidade de vida dos sujeitos a quem oferece tratamento. Além das suas intervenções, uma orientação adequada faz-se de suma importância para que o paciente tenha uma evolução adequada de seu quadro clínico¹¹.

Um programa de estimulação precoce, aliado ao desenvolvimento da criança e a boas orientações aos familiares, contribui para a aquisição de habilidades funcionais e conseqüentemente a uma maior independência motora para a mesma¹².

Uma das maneiras de dimensionar a sobrecarga de cuidadores é avaliar o desempenho funcional e o nível de independência das crianças com PC. Desta forma pode-se utilizar os testes Gross Motor Function Measure (GMFM) e Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) que tem como objetivo avaliar o desenvolvimento de habilidades funcionais e o nível de dependência no desempenho destas atividades.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter descritivo e transversal, tendo como população-alvo as crianças com idade entre 1 ano e 7 anos e meio, com diagnóstico de paralisia cerebral atendidas na UNIVALI durante o período de fevereiro a junho de 2016 e seus respectivos cuidadores.

A amostra foi composta por doze (n=12) crianças diagnosticadas com PC e seus respectivos cuidadores. Como critério de inclusão optamos por crianças que tivessem idades entre 1 anos e 7 anos e meio, uma vez que a escala GMFM só é aplicada até essa idade, que estivessem em atendimento

fisioterapêutico na clínica de fisioterapia da UNIVALI e que tivessem seu cuidador no momento da coleta de dados.

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar da mesma por meio de uma conversa prévia dos pesquisadores onde o objetivo da pesquisa era esclarecido. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram rubricadas e assinadas pelos pesquisadores e pelos pesquisados duas cópias do mesmo, sendo que uma delas foi entregue ao cuidador e a outra ficou com os pesquisadores, garantindo-se o sigilo sobre a identidade dos integrantes da amostra, bem como das informações individuais desta pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa para fins de homogeneização da amostra, crianças que possuem outros diagnósticos de patologia neurológica que não se enquadrem como paralisia cerebral, crianças que possuem sequelas de caráter não-neurológico e sem cuidadores, bem como crianças que não colaboraram com a aplicação do teste e que não se encaixassem na faixa etária proposta pela pesquisa.

Os dados deste estudo foram coletados durante o atendimento fisioterapêutico da criança, em média foram necessários 30 minutos para realizar todos os testes. Foram necessários materiais como escadas, tapetes, bastão, fitas para traçar um percurso e bolas, todos estes fornecidos pela clínica de fisioterapia da UNIVALI, onde foram feitas as coletas. O teste era aplicado em local reservado, evitando assim exposição da criança a outras pessoas que não fizessem parte da pesquisa.

Em relação aos dados dessa pesquisa referentes às crianças com PC foram coletados por meio da aplicação da escala GMFM, que é dividida em cinco dimensões, sendo essas:

- a) Dimensão A: Deitar e rolar
- b) Dimensão B: Sentar
- c) Dimensão C: Engatinhar e ajoelhar
- d) Dimensão D: Em pé
- e) Dimensão E: Andar, correr e pular

A escala GMFM consiste em atividades que a criança deve realizar, sendo classificado o seu desempenho motor por meio de escores de zero a 3 pontos, sendo zero quando a criança não realiza a atividade, 1 quando consegue realizar porém não completa 50% da atividade proposta, 2 quando consegue realizar 50% da atividade porém não a finaliza e 3 quando a atividade é realizada na íntegra. Após realizar as devidas pontuações cada dimensão é somada e comparada com escores pré-determinados, chegando a uma porcentagem de aproveitamento de cada dimensão¹³.

Quanto aos dados referentes a sobrecarga dos cuidadores, os mesmos foram obtidos pela escala PEDI, a mesma se divide em três blocos sendo estes: Habilidades funcionais, Assistência do cuidador e Modificações no ambiente, porém nesta pesquisa foram analisados somente os dados do primeiro e segundo bloco, já que no último são analisados as modificações feitas no ambiente após o nascimento da criança com PC e não a independência da mesma na realização de tarefas diárias. O primeiro bloco é composto por atividades funcionais em que o cuidador responde se a criança é ou não é capaz de fazer, pontuando zero ou 1 respectivamente¹⁴.

No segundo bloco o cuidador deve mensurar a sua assistência em determinadas tarefas de acordo com o que julga certo em uma escala de zero a 5, sendo zero quando é necessária assistência total, 1 quando a assistência é máxima, 2 para assistência moderada, 3 para assistência mínima, 4 para quando é necessária somente a supervisão do cuidador e 5 quando a criança executa a tarefa de maneira independente. Após finalizadas as perguntas é realizada a somatória de cada bloco e comparada com escores pré-determinados de acordo com cada idade da criança, recebendo um sinal positivo "+" para as atividades em que o escore obtido foi maior do que o proposto e negativo "-" quando o inverso acontece. Para fins de análise o nível de sobrecarga foi classificado em nenhuma quando não há presença de sinais negativos, leve quando há até dois sinais negativos, moderada na presença de três ou quatro sinais negativos e grave quando há cinco ou seis sinais negativos¹⁴.

Os dados da coleta foram dispostos e analisados através do software Microsoft Excel®, utilizando descrição simples e comparativa dos dados obtidos por meio das duas escalas citadas anteriormente.

Estes dados foram analisados por meio de um gráfico de dispersão pela correlação linear de Pearson.

Este estudo desenvolveu-se a partir de um projeto elaborado pelos pesquisadores e cadastrado no SISNEP - Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Vale do Itajaí

- UNIVALI, sendo aprovado com parecer nº47470415.0.0000.0120.

A pesquisa foi realizada respeitando os procedimentos éticos de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe cuidados éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo e esclarecendo todos os seus direitos e deverem para com a pesquisa.

Os termos devidamente assinados pelos pesquisadores e pelos participantes foram arquivados em uma pasta específica que ficou sob posse dos próprios pesquisadores.

Devido ao tempo de aplicação dos testes envolvidos nessa pesquisa, algumas crianças poderiam não tolerar este fosse completado em um único momento, caso isso ocorresse, o teste era interrompido imediatamente e seria dada continuidade no mesmo em um segundo momento. Além disso, pode haver riscos de constrangimento, para evitar isso a pesquisa será realizada em ambientes fechados, evitando a exposição do paciente.

Assumiu-se também o risco de queda da própria altura dos pacientes, uma vez que a maioria das atividades eram propostas de forma lúdica simulando brincadeiras.

Os testes são de baixo custo, e fornecem um panorama geral da realidade motora do paciente, eles são recomendados para potencializar os objetivos do tratamento.

Outro benefício, é o de trabalhar em uma equipe multiprofissional, e poder realizar comparativos de tratamentos para saber o que

o paciente faz ou não faz com ou sem a ajuda de seu cuidador.

Ao final da coleta de cada criança os pesquisadores forneciam um panorama geral dos resultados obtidos. Todos os cuidadores e crianças avaliadas eram convidados à apresentação pública para que uma devolutiva dos resultados gerais da pesquisa.

Vide os resultados desta pesquisa, sugere-se a criação de um grupo de apoio para pais e cuidadores das crianças com PC para que os mesmos possam dispor suas dificuldades e receber orientações adequadas de profissionais e até mesmo de outros pais de crianças com PC.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa doze (n=12) crianças diagnosticadas com paralisia cerebral, sendo de maior prevalência o sexo feminino (n=7) com idades entre um e seis anos, com média de idade de 2,71 anos. Entre o sexo masculino participaram do estudo cinco (n=5) meninos com idade entre dois e sete anos, com média de idade de 4,2 anos.

Das crianças analisadas, quatro (n=4) delas eram classificadas como hemiplégicas, cinco (n=5) como diplégicas e três (n=3) como quadriplégicas.

Todas as crianças que participaram da coleta de dados tiveram também dados coletados com seus respectivos cuidadores por meio da escala PEDI. Quanto a amostra de cuidadores, todas eram as mães das crianças analisadas (n=12).

Analisando o escore geral dos pacientes constatou-se que cinco crianças encontram-se dentro do desempenho motor previsto para sua

idade (acima de 80%), três crianças encontram-se na média (entre 30 e 80%), e quatro crianças tem seu desempenho motor abaixo do esperado para sua idade.

As crianças do gênero feminino obtiveram escores maiores quando comparado ao gênero masculino, ou seja, apresentam melhor desempenho motor, isso se deve ao fato de que as crianças do gênero feminino que fizeram parte deste estudo apresentavam menos sequelas motoras da paralisia cerebral quando comparadas às crianças do gênero masculino.

Quando separamos as crianças por faixa etária, podemos perceber que não há um aumento significativo no predomínio de maior ou menor escore segundo a faixa etária, ou seja, não há nenhuma relação neste estudo do grau de comprometimento motor e a idade da criança.

Podemos analisar o desempenho motor mais minuciosamente pela Tabela 1, onde é

Tabela 1. Desempenho motor individual de acordo com cada dimensão da escala GMFM.

	DIMENSÃO A (%)	DIMENSÃO B (%)	DIMENSÃO C (%)	DIMENSÃO D (%)	DIMENSÃO E (%)	GERAL (%)
C1	6	45	0	0	0	10,2
C2	47	81,66	78,57	7,69	4,16	43,81
C3	80,39	83,33	66,66	2,56	5,55	47,69
C4	5,88	0	7,14	0	0	2,6
C5	15,6	1,6	0	0	0	3,44
C6	96,07	100	100	94,87	94,44	97,07
C7	96,07	100	100	100	100	99,2
C8	100	100	100	100	100	100
C9	100	100	100	100	100	100
C10	94,1	98,33	97,61	94,87	84,72	93,72
C11	80,64	55	0	2,56	22,22	32,08
C12	72,5	0	0	0	0	14,5

Fonte: Pesquisador

Em relação às crianças C11 e C12, o baixo nível de desempenho motor no GMFM se

mostrado o desempenho de cada criança individualmente em cada dimensão da escala GMFM. Identificamos cada criança pela letra "C" e um número, a fim de facilitar a descrição dos achados e não revelar a identidade das mesmas e organizamos as mesmas de acordo com a idade, sendo C1 a criança mais nova e C12 a com idade mais avançada.

A maioria das crianças (n=7) não alcançou nem mesmo a média (Escore <30%) nas dimensões "D" e "E", ou seja, obtiveram desempenho motor inferior ao esperado para sua idade. Podemos relacionar esses dados com o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor que essas crianças apresentavam, uma vez que as crianças C1, C2, C3, C4 e C5 são as crianças mais novas da amostra e estavam em atendimento fisioterapêutico também por esse atraso (Tabela 1).

deve à gravidade das sequelas da lesão no sistema nervoso central, sendo C11 uma criança

com diplegia espástica grave e C12 uma criança com quadriplegia espástica grave.

Na tabela 2 podemos visualizar de maneira global os resultados de cada criança, sendo ilustrado com "+" (positivo) as áreas em que a criança obteve um resultado esperado e "-" (negativo) nas áreas em que a criança teve rendimento abaixo do esperado. Para pontuação total foram contabilizados o número

de sinais negativos, recebendo 1 ponto para cada sinal.

Podemos evidenciar nesta tabela que as maiores pontuações são referentes às crianças mais novas da amostra, seguidas pelas duas últimas que como descrito anteriormente foram as que tinham diagnóstico e comprometimento motor mais severo.

Tabela 2. Desempenho individual das crianças segundo seus cuidadores (Análise da escala PEDI).

	HABILIDADES FUNCIONAIS			ASSISTÊNCIA DO CUIDADOR			TOTAL
	AUTO-CUIDADO	MOBILIDADE	FUNÇÃO SOCIAL	AUTO-CUIDADO	MOBILIDADE	FUNÇÃO SOCIAL	
C1	-	-	-	-	-	-	6
C2	-	-	-	-	-	-	6
C3	-	-	-	-	-	-	6
C4	-	-	-	-	-	-	6
C5	-	-	-	-	-	-	6
C6	-	-	+	-	-	-	5
C7	+	-	+	-	-	-	4
C8	-	-	+	-	+	-	4
C9	+	+	+	-	+	+	1
C10	+	-	+	-	-	-	4
C11	-	-	+	-	-	-	5
C12	-	-	+	-	-	-	5

Fonte: Pesquisador

A partir destes dados, podemos classificar o grau de dependência das crianças e conseqüentemente a sobrecarga dos cuidadores em quatro categorias, os que não tem nenhuma sobrecarga (todos os sinais positivos), os que apresentam uma sobrecarga leve (um ou dois sinais negativos), sobrecarga moderada (três ou quatro sinais negativos e o restante positivos) e sobrecarga grave (5 ou 6 sinais negativos). Na figura 1 estão dispostos os percentuais obtidos de acordo com a sobrecarga dos cuidadores segundo a classificação descrita acima¹².

Pode-se perceber pela Tabela 2 e pela Figura 1 que as crianças mais novas estão

relacionadas com 5 dos 7 cuidadores que alcançaram o nível de sobrecarga grave. Estudos mostram que mães de crianças com paralisia cerebral quando comparadas a mães de crianças saudáveis apresentam níveis significativamente maiores de sobrecarga, o aumento das responsabilidades de cuidar de uma criança com PC demanda um aumento no isolamento, mudança na rotina, cansaço e conseqüentemente aumento dessa sobrecarga, além da paralisia cerebral, a menor idade destas crianças demanda maiores cuidados devido a menor independência motora que a própria idade gera, demandando maiores cuidados em relação a elas.

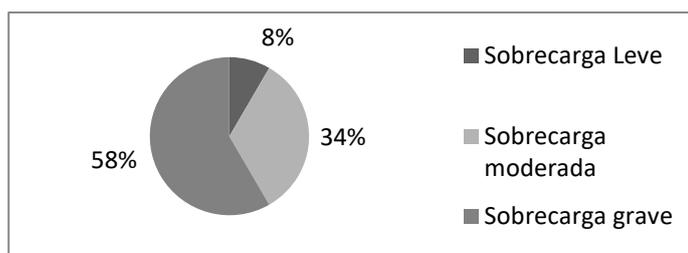


Figura 1. Percentuais de sobrecarga dos cuidadores segundo desempenho funcional da criança

Na Tabela 3 estão dispostos os dados dos escores gerais das crianças no GMFM e a classificação da sobrecarga dos seus respectivos cuidadores segundo a escala PEDI.

Esta tabela demonstra de forma linear a comparação individual de cada criança e seu respectivo cuidador quanto aos resultados obtidos neste estudo.

A Figura 2 evidencia que há uma relação negativa entre o grau de

comprometimento motor das crianças com paralisia cerebral e a sobrecarga de seus respectivos cuidadores, uma vez que a amostra refere o valor de $p=0,71$, evidenciando uma alta relação entre os dois dados, isso indica que quanto maior o valor obtido no GMFM, ou seja, melhor for o desempenho motor da criança, menor será a dependência funcional da criança e conseqüentemente menor será a sobrecarga de seu cuidador.

Tabela 3. Relação entre o escore de desempenho motor no GMFM e a classificação da sobrecarga dos cuidadores na escala PEDI.

	GMFM	PEDI
C1	Abaixo do esperado	Sobrecarga grave
C2, C3 e C11	Médio	Sobrecarga grave
C4 e C5	Abaixo do esperado	Sobrecarga grave
C6, C7, C8 e C10	Acima do esperado	Sobrecarga moderada
C9	Acima do esperado	Sobrecarga leve
C12	Abaixo do esperado	Sobrecarga grave

Fonte: Pesquisador

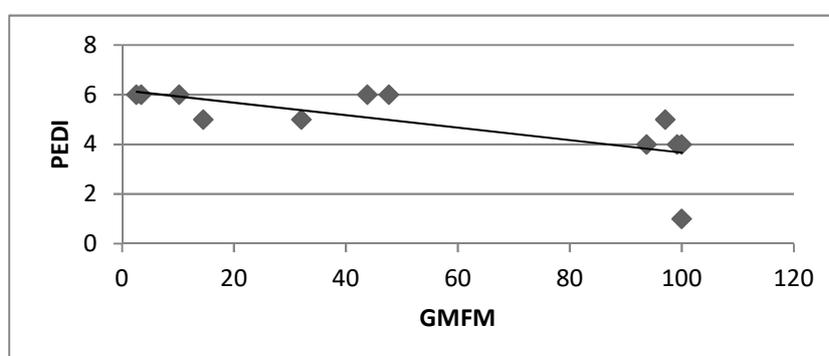


Figura 2. Relação entre o desempenho motor da criança na escala GMFM e a pontuação obtida quanto à dependência funcional por meio da escala PEDI.

DISCUSSÃO

Apesar da predominância de crianças do sexo feminino neste estudo, os dados epidemiológicos não determinam efeito do sexo na prevalência da PC¹⁵.

Quanto ao que se refere aos cuidadores, as mães são mais susceptíveis a ter uma sobrecarga resultante do processo de cuidar dos seus filhos, porém isso pode variar de acordo com a habilidade em lidar com os fatores estressores. Isso acontece devido ao fato de que o cuidador primário da criança com PC altera sua vida em função de melhorar a condição da criança e passa a não desenvolver seus próprios papéis sociais^{16,17}.

O retardo no desenvolvimento motor das crianças analisadas é conseguinte aos acometimentos que a paralisia cerebral gera, como alterações no tônus, postura e movimentos¹⁸. Em qualquer idade a criança pode manifestar características no seu desenvolvimento motor da idade em que ela não se encontra. Isso irá variar de um indivíduo para o outro, de acordo com a hereditariedade, influências e experiências do passado, situação do momento e a interação entre a criança e o ambiente em que vive¹⁹. Não se pode medir com precisão o desenvolvimento pela não existência de uma idade absoluta de desenvolvimento, embora ocorram diferenças na idade de aquisição de determinadas habilidades, elas acabam acontecendo. A aquisição das habilidades não está ligada diretamente e intrinsecamente ao tempo, mas ao processo de desenvolvimento que é singular para cada ser humano²⁰.

A espasticidade caracteriza-se pela presença de tônus elevado, levando a criança a ter movimentos mais rígidos e desajeitados, tendo dificuldade para realizar movimentos que exijam dissociação das cinturas escapular e pélvica, fazendo com que a criança se mova em bloco, isso leva ao déficit em realizar atividades que exijam movimentos mais elaborados e com isso justifica-se o baixo desempenho motor na escala GMFM⁸. As crianças com hemiplegia espástica possuem melhor função motora, seguidas das crianças com diplegia e por último, as portadoras de quadriplegia³. Isso ocorre devido ao fato de que conforme o desenvolvimento motor dessas crianças ocorre déficits entre a interação das capacidades de rotação nos eixos corporais, as reações de equilíbrio e as reações de proteção, acarretando na limitação de movimentos, principalmente os que se referem aos planos coronal e transversal, e por consequência a funcionalidade da criança torna-se diminuída²¹.

Quanto maior a limitação na funcionalidade da criança com PC em atividades diárias, geralmente acompanhadas por maior necessidade de assistência do cuidador, maior é a gravidade da função motora grossa⁹.

CONCLUSÃO

Podemos concluir através deste estudo que há uma prevalência maior das mães das crianças assumirem o papel de cuidadora primária das mesmas, uma vez que 100% dos cuidadores analisados eram as mães das crianças que participaram da pesquisa.

Observou-se também que apesar da maioria das crianças (n=5) ter obtido um escore no GMFM acima do previsto para sua idade, quando separam-se as dimensões desta escala pode-se observar que 7 crianças não alcançaram nem mesmo a média para sua idade nas dimensões D e E, consideradas as mais avançadas da escala.

Quanto as cuidadoras, pode-se observar que a maioria (58%) encontra-se com sobrecarga classificada como grave decorrente do grau de independência da criança, 48% das cuidadoras apresentaram sobrecarga moderada e 8% apresentou sobrecarga classificada como leve.

Como resultados gerais, analisando o grau de função motora e a sobrecarga dos cuidadores devido ao nível de independência das crianças podemos concluir que existe a relação entre o grau de função motora e a sobrecarga imposta ao cuidador, nesta pesquisa esta relação foi de $p = -0,71$, sendo portanto comprovado estatisticamente que quanto maior o desempenho motor da criança, menor a sua dependência funcional e consequentemente menor será a sobrecarga imposta ao cuidador da mesma.

Conclui-se, portanto, que, quanto maior o comprometimento motor, maior a dependência funcional da criança, refletindo diretamente na sobrecarga imposta ao cuidador.

REFERÊNCIAS

1. BOBATH, Karel. Uma base neurofisiologica para o tratamento da paralisia cerebral. 1998. 2.ed. Sao Paulo: Manole, 19. 110p.
2. BRASIL. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília - Df: Ministério da Saúde, v. 1, 2013. Disponível em: <[http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/\[field_generico_imagens-filefield-description\]_70.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/[field_generico_imagens-filefield-description]_70.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2013.
3. REBEL, Marcos Ferreira. Prognóstico motor e perspectivas atuais na paralisia cerebral. 2010. 9 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/16.pdf>> . Acesso em: 09 out. 2016.
4. BOBATH, Berta; BOBATH, Karel. Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral. São Paulo: Manole, 1978. 123 p.
5. CANS, C. et al. Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 49, p. 35-38, feb. 2007. Supplement 109.
6. ZANINI, G.; CEMIN, N. F.; PERALLES, S. N. Paralisia cerebral: Causas e prevalências. *Revista fisioterapia em movimento*, Curitiba, V. 22, N. 3, p. 375-381, jul/ set 2009.
7. FONSECA, L. F. et al. Encefalopatia crônica (paralisia cerebral). In: FONSECA, L. F.; XAVIER, C. C.; PLANETTI, G. *Compêndio de neurologia infantil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p. 669-679.
8. BRASIL Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 72 p.
9. CAMARGOS, Ana Cristina Resende et al. Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala Burden Interview. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil*, Recife, v. 9, n. 1, p.31-37, jan. 2009.
10. SANTOS, C. A.; PACCIULIO, A. M.; PFEIFER, L. I. Influência do contexto familiar no brincar simbólico de crianças com Paralisia Cerebral. *Revista do NUFEN*, Belém, PA, v. 2, n. 2, p. 1-2, 2010.
11. FONSECA, L. F., LIMA, C. L. F. A. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia e reabilitação. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2008.
12. HALLAL, Camilla Zamfolini; MARQUES, Nise Ribeiro; BRACCIALLI, Lígia Maria Presumido. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-34, abr. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000100005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2016.

13. RUSSEL, Dianne J. et al. Medida da função motora grossa: [GMFM-66 & GMFM-88] Manual do usuário. 2. ed. São Paulo: Memnon, 2015. 255 p. 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a22.htm>>. Acesso em: 02 out. 2016.
14. MANCINI, Marisa Cotta et al. Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): Manual da versão brasileira adaptada. Belo Horizonte: UFMG, 2005. 193 p.
15. SCHWARTZMAN, J. S. Paralisia cerebral. Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral. 2004;1(1):4-17.
16. MIURA, Renata Tiemi; PETEAN, LOPES, Lucia Beatriz. Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. 2012. 6 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/3146/3126>>. Acesso em: 02 out. 2016.
17. FERNANDES, Alba Barros Souza. Existe Relação Entre Sobrecarga do Cuidador, Perfil Funcional e Qualidade de Vida na Paralisia Cerebral? 2012. 2 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Centro Universitário Serra dos Órgãos, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2003/editorial_20_03/Editorial_20_03_Alba.pdf>. Acesso em: 02 out. 2016.
18. ROSA, G. K. B.. Desenvolvimento motor de criança com paralisia cerebral: avaliação e intervenção. 2008. 14 f. Tese (Doutorado) - Curso de Educação Física, Unesp, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/70398/2-s2.0-55649099606.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 02 out. 2016.
19. BURNS, Y. R. Desenvolvimento da motricidade desde o nascimento até os 2 anos de idade. In: Burns, YR, Macdonald J. Fisioterapia e crescimento na infância. São Paulo: Santos; 1999. p. 30-42.
20. SOUZA, S. C. et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(8):1917-26.
21. BELLANI, C. D. F.; WEINERT, L. V. C.. Desenvolvimento motor típico, desenvolvimento motor atípico e correlações na paralisia cerebral. 2011. 22 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, Fisioterapia em Neuropediatria, S. L, 2011. Cap. 1. Disponível em: <<http://omnipax.com.br/livros/2011/FNP/FNP-cap1.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2016.
22. PRUDENTE, Cejane Oliveira Martins; BARBOSA, Maria Alves; PORTO, Celmo Celso. Qualidade de vida de cuidadores primários de crianças com paralisia cerebral: revisão da literatura. 2010. 1 f. Tese (Doutorado) - Curso de Fisioterapia, UFG, Goiânia,