

ARTIGO DE PESQUISA

CAPACIDADE DO AUTOCUIDADO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

CAPACITY OF CHILDREN SELF-CARE WITH BRAINY PARALYSIS ATTENDED IN A REFERENCE CENTER
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DE LOS NIÑOS CON PARÁLISIS CEREBRAL TRATADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Leiliane Maria da Cunha Mourão¹, Alisson Araújo²

RESUMO

A Paralisia Cerebral provoca limitações que interferem diretamente sob diversos aspectos na vida da criança, entre eles, o autocuidado: capacidade de cuidar de si mesmo. O presente trabalho teve como objetivo avaliar a capacidade de autocuidado em crianças com Paralisia Cerebral, utilizando o teste funcional norte-americano Pediatric Evaluation of Disability Inventory - Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Foram realizadas entrevistas com os cuidadores de crianças portadoras de Paralisia Cerebral atendidas no Núcleo de Reabilitação Nossa Senhora da Saúde, Diamantina/MG. Na escala de Habilidades Funcionais e de Assistência do Cuidador, 80% das crianças demonstraram atraso ou desenvolvimento inferior ao esperado, resultando em uma maior necessidade de assistência do cuidador em atividades da vida diária. Todas as habilidades funcionais apresentam déficit em seu desempenho, dentre elas a menos comprometida foi a de alimentação. Os resultados demonstraram a necessidade de condições favoráveis à promoção de independência da criança no domicílio, considerando o que ela tem condições de fazer sozinha, mesmo que com dificuldade, e aquilo que há necessidade de auxílio. Neste sentido, os serviços de atenção primária à saúde configuram-se parceiros importantes do centro de referência para a promoção e orientação do autocuidado de crianças com paralisia cerebral. **Descritores:** Paralisia cerebral; Criança; Autocuidado; Enfermagem.

ABSTRACT

Cerebral palsy causes limitations that interfere directly in many respects of a child's life, among them self-care: the ability to take care of yourself. This study aimed to evaluate the ability of self-care in children with cerebral palsy, using the North American Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) functional test. Interviews were conducted with caregivers of children with cerebral palsy treated at the Rehabilitation Center Nossa Senhora da Saúde, Diamantina / MG. On the scale of functional skills and caregiver assistance, 80% of children showed delayed development or lower than expected, resulting in an increased need for caregiver assistance in activities of daily living. All functional skills presented deficit in their performance, the least affected among them was eating. The results demonstrated the need for favorable conditions to promote the independence of the child at home, considering what the child is able to do alone, even with difficulty, and what is necessary aid. In this sense, the services of primary health care are configured as important partners to reference center for the promotion and guidance of self-care of children with cerebral palsy. **Descriptors:** Brainy paralysis; Child; Self-care; Nursing.

RESUMEN

La parálisis cerebral provoca limitaciones que interfieren directamente en muchos aspectos de la vida de un niño, entre ellos el autocuidado: la capacidad de cuidarse a sí mismo. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la capacidad de autocuidado de niños con parálisis cerebral con pruebas funcionales del Norte Americana de Evaluación de Pediatría del Inventario de Discapacidad - Inventario de Evaluación Pediátrica de la Discapacidad (PEDI). Se realizaron entrevistas con los cuidadores de niños con parálisis cerebral tratados en el Centro de Rehabilitación Nuestra Señora de la Salud, Diamantina / MG. En la escala de las habilidades funcionales y asistencia cuidador, el 80% de los niños mostraron retraso en el desarrollo o inferior a la esperada, lo que resulta en el crecimiento de la necesidad de asistencia del cuidador en las actividades de la vida diaria. Todas las habilidades funcionales presentan déficit en su desempeño, entre ellas la menos afectada fue la de alimentación. Los resultados demostraron la necesidad de condiciones favorables para promover la independencia del niño en el hogar, teniendo en cuenta lo que es capaz de hacerlo solo, aunque con dificultad, y lo que requiere ayuda. En este sentido, los servicios de atención primaria a la salud configuran una importante ayuda en el centro de referencia para la promoción y orientación del auto-cuidado de los niños con parálisis cerebral. **Descriptor:** Parálisis cerebral; Niño; Autocuidado; Enfermería.

¹Enfermeira graduada pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri-UFVM, Campus de Diamantina/MG. ²Enfermeiro. Mestre e Doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Professor Assistente I da Universidade Federal de São João del-Rei-UFSJ, Campus Centro Oeste Dona Lindu, Divinópolis/MG.

INTRODUÇÃO

O intenso avanço tecnológico nas últimas décadas na área da saúde marcou notoriamente a sobrevivência de pacientes portadores de inúmeras doenças. Em relação às doenças crônicas a afirmação também é válida, observando-se como vêm sendo tratadas várias dessas enfermidades: a maior parte do tempo em casa, sob os cuidados da família. Em se tratando de crianças doentes crônicas, essa observação ganha relevância tanto pelos sentimentos de limitação e finitude nesse período inicial da vida, quanto pelas possibilidades de a família e a criança virem a conviver com a doença. A doença crônica na infância requer, na maioria das vezes, tratamentos rigorosos, considerados extremamente penosos para a criança e sua família⁽¹⁾.

Dentre as doenças crônicas infantis, a Paralisia Cerebral (PC) destaca-se por ser uma incapacidade física permanente mais comum desse período, registrando incidência nos países desenvolvidos de 1,0 a 2,3 em cada 1000 nascidos vivos⁽²⁾. Já nos países em desenvolvimento, esses índices são maiores, chegando a 7,0 em cada 1000 nascidos vivos⁽³⁾.

O termo Paralisia Cerebral se refere a um grupo de pacientes que apresentam, em comum, prejuízo motor decorrente de uma condição não progressiva. É uma desordem do movimento e da postura persistente, porém, variável, surgida nos primeiros anos de vida sendo causada por fatores hereditários ou eventos ocorridos durante a gravidez, parto, período neonatal ou durante os primeiros anos de vida. Embora o prejuízo motor deva estar sempre presente, ele não é o único na maioria dos casos, podendo estar associado a prejuízos intelectuais, sensitivos, visuais, auditivos e outros⁽⁴⁾.

As repercussões da PC na vida da criança e sua família demandam uma atenção especial

dos serviços de saúde que prestam assistência a essa clientela.

De acordo com o grau de comprometimento, existem casos em que a limitação é mínima, até casos em que a criança será sempre dependente. Algumas crianças têm perturbações leves, quase imperceptíveis, que as tornam desajeitadas, pouco harmoniosas ao andar, falar ou em tarefas manuais. Outras são gravemente afetadas, com incapacidade motora grave, impossibilidade de andar e falar, sendo extremamente dependentes nas atividades de vida diária⁽⁵⁾.

Como profissionais da área da enfermagem, constatamos, através do cotidiano de nosso processo de trabalho, que tem como foco o cuidado integral, que a prática do autocuidado está dentre as limitações que mais interferem nos diversos aspectos na vida da criança e sua família.

O autocuidado é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado acham-se condicionadas pela idade, nível de desenvolvimento, experiências de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis. Normalmente, pessoas adultas cuidam voluntariamente de si mesmas. Bebês, crianças, pessoas idosas, pessoas doentes e pessoas incapacitadas requerem total assistência ou prestação de cuidados, com atividades de autocuidado⁽⁶⁾.

A variedade dos sinais motores, sensoriais e cognitivos dificulta a identificação do impacto da PC nas habilidades de autocuidado, mobilidade e comunicação. Dificuldades em alimentar-se, vestir-se, tomar banho sozinha como também jogar bola, andar de bicicleta, além de brincar com outras crianças ou frequentar a escola, limitam o cotidiano da criança e de sua família, podendo gerar inúmeros problemas,

como a diminuição da autoestima, a privação do convívio social e agravo das sequelas⁽⁷⁾.

Não existem medicamentos nem cirurgias que possam curar a PC, mas apenas alternativas para atenuar suas sequelas. A melhoria é progressiva, graças a um trabalho persistente e constante, em que a colaboração dos pais/família é imprescindível⁽⁸⁾.

Desta forma, o objetivo deste estudo é avaliar a capacidade de autocuidado em crianças com PC atendidas em um centro de referência do interior de Minas Gerais. Esperamos, com os resultados desta pesquisa, conhecer o alcance máximo de autonomia da criança nas atividades de vida diária, o que pode viabilizar uma melhor qualidade de vida para ela e sua família.

MÉTODOS

A metodologia do presente trabalho baseou-se em parte do teste funcional norte-americano Pediatric Evaluation of Disability Inventory - Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI)⁽⁹⁾, que foi traduzido para o português e adaptado para contemplar as especificidades socioculturais do Brasil, com permissão e colaboração dos autores da versão original.

O PEDI⁽⁹⁾ é uma avaliação realizada por meio de entrevista com os pais ou cuidadores de crianças de seis meses a sete anos e meio, que possam informar sobre o desempenho da criança em atividades e tarefas típicas da vida diária, avaliando assim aspectos funcionais do desenvolvimento infantil.

Os sujeitos da pesquisa foram os cuidadores de crianças portadoras de PC atendidas em um centro de referência ambulatorial de Diamantina/MG. Foram eleitos aqueles cuidadores cujos domicílios eram situados na mesma cidade. Através de cadastro prévio do serviço, identificaram-se dez crianças com idades entre dois e oito anos

incompletos, o que resultou na participação de dez cuidadores no estudo.

O estudo foi primeiramente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Vales do Jequitinhonha e Mucuri, recebendo o parecer favorável, atendendo à resolução 196/96 para realização de pesquisa envolvendo seres humanos. Os sujeitos da pesquisa foram entrevistados nos respectivos domicílios, após apresentação do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O teste PEDI⁽⁹⁾ é composto por três partes distintas, sendo:

Parte I: avalia as habilidades ou capacidades funcionais (HF) da crianças.

Parte II: informa sobre a quantidade de ajuda ou assistência do cuidador (AC) que a criança recebe para desempenhar as atividades funcionais.

Parte III: documenta as modificações do ambiente necessárias para o desempenho de tarefas funcionais.

Cada parte anteriormente citada inclui três áreas de desempenho: autocuidado, mobilidade e função social.

Este estudo utilizou apenas as partes: I - Habilidades Funcionais (HF) e II - Assistência do Cuidador (AC), ambas na área de autocuidado.

A parte I consiste em 73 itens agrupados em 5 tarefas básicas de autocuidado: alimentação, banho, vestir, higiene pessoal e uso do banheiro. Cada item é avaliado com escore 0 (zero), se a criança não for capaz de desempenhar a atividade; ou 1 (um), se ela for capaz de desempenhar a atividade ou a mesma já fizer parte do seu repertório funcional.

Na parte II, cada item é pontuado em uma escala com os seguintes escores:

5 (cinco): se a criança desempenhar a tarefa de forma independente, sem qualquer ajuda ou assistência do cuidador;

4 (quatro): supervisão;

3 (três): assistência mínima;

2 (dois): assistência moderada;

1 (um): assistência máxima;

0 (zero): se a criança necessitar de assistência total do seu cuidador, sendo completamente dependente no desempenho da tarefa funcional.

Cada escala do teste fornece um escore total/bruto, que é o resultado da pontuação dos itens da mesma. Após a obtenção do escore total/bruto, este foi convertido em escore normativo e escore contínuo, através de tabela contida no manual do teste PEDI⁽⁹⁾.

O escore padronizado normativo informa sobre o desempenho esperado de crianças de mesma faixa etária com desenvolvimento normal. Em cada grupo etário, um escore normativo entre 30 e 70 é considerado dentro da normalidade; valores inferiores a 30 demonstram atraso ou desempenho inferior; e um escore normativo de 50 corresponde ao escore médio esperado pelo grupo. O escore normativo não deve ser utilizado para crianças com idades inferiores ou superiores aos limites etários compreendidos pelo teste.

O escore contínuo fornece informações sobre o nível de capacidade da criança, não se levando em conta a faixa etária da mesma, podendo então ser utilizado para analisar o perfil de crianças com idade cronológica superior ao limite compreendido pelo teste PEDI.

Após a transformação dos escores, foram traçados mapas de itens de acordo com o manual (PEDI)⁽⁹⁾, que apresentam um detalhamento do escore contínuo obtido pela criança ilustrando os itens (na parte de habilidades funcionais) ou os escores (na parte de assistência do cuidador), que fazem parte do repertório funcional da criança bem como aqueles que não fazem. Em cada mapa, os itens são dispostos hierarquicamente de 0 a 100. Baseado no modelo probabilístico da metodologia Rasch⁽¹⁰⁾, itens localizados próximos a 0 (zero) apresentam nível de

dificuldade relativa baixo. Itens próximos a 100 (cem) apresentam nível de dificuldade relativa alta, ou seja, o desempenho de uma criança nestes itens é relativamente mais complexo do que nos itens próximos ao valor zero do mesmo contínuo.

Uma vez traçado o escore contínuo obtido pela criança no mapa, com a respectiva banda de erro padrão, todos os itens (Mapa de HF) ou pontuações (Mapa de AC) que estiverem localizados à esquerda desse intervalo apresentam uma complexidade menor do que o desempenho mostrado pela criança. Os itens que cruzam o intervalo apresentam nível de complexidade semelhante; por fim, os itens dispostos à direita do traçado no mapa apresentam complexidade relativa superior ao nível de desempenho apresentado pela criança e, conseqüentemente, não são esperados que compoñham o repertório funcional da mesma.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi constituído pela avaliação de 10 (dez) crianças com diagnóstico de Paralisia Cerebral, sendo 3 (três) do sexo feminino e 7 (sete) do sexo masculino. A idade das crianças variou de 2 anos a 7 anos e 10 meses. Dos cuidadores entrevistados (n=10), observou-se que 100% eram as mães das crianças.

Na escala de Habilidades Funcionais (TAB. 1), 80% das crianças (n=8) obtiveram escore normativo inferior a 30, sendo que 70% obtiveram escore inferior a 10 e 10% escore igual a 16,5; demonstrando atraso ou desenvolvimento inferior ao esperado para crianças com desenvolvimento normal e da mesma faixa etária.

Apenas 10% (n=1) obtiveram escore normativo maior que o limite inferior esperado como desenvolvimento normal (escore igual a 30), porém, não alcançou o valor médio esperado (escore igual a 50).

Para 10% das crianças (n=1), não foi possível transformar o escore bruto em escore normativo, pois a idade (7anos e 10 meses) ultrapassa o limite da faixa etária estabelecida pelo teste. A análise será feita posteriormente como escore contínuo.

Em relação à independência da criança ou Assistência do Cuidador (TAB.1), a análise informa que 80% das crianças (n=8) obtiveram escore normativo inferior a 30, sendo que 60% tiveram escore abaixo de 10, 10% obtiveram escore igual a 24,5 e 10% obtiveram escore igual a 14,5; demonstrando atraso ou

desenvolvimento inferior ao esperado para crianças com desenvolvimento normal para crianças da mesma faixa etária, resultando em uma maior necessidade de assistência do cuidador em atividades da vida diária.

Apenas 10% (n=1) obtiveram escore normativo (escore igual a 35,5) maior que o limite inferior esperado como desenvolvimento normal (escore igual a 30), porém, não alcançou o valor médio esperado pelo teste (escore =50).

Tabela 1 - Transformação do escore bruto obtido por cada criança e o seu respectivo escore normativo para a escala de Habilidades Funcionais e de Assistência do Cuidado. Diamantina/MG, junho/2006.

Idade	Habilidades Funcionais		Assistência do Cuidador	
	Escore Bruto	Escore Normativo	Escore Bruto	Escore Normativo
2 a e 11m	6	Abaixo de 10	0	Abaixo de 10
2 a e 1 m	12	Abaixo de 10	0	Abaixo de 10
3 a e 2m	10	Abaixo de 10	0	Abaixo de 10
4 a e 4m	48	16,5	21	35,5
4 a e 3m	37	Abaixo de 10	14	24,5
2 a e 4m	28	35,9	1	14,5
3 a e 4m	10	Abaixo de 10	0	Abaixo de 10
2 a e 11m	12	Abaixo de 10	0	Abaixo de 10
6 a e 6m	6	Abaixo de 10	0	Abaixo de 10
7 a e 10m	4	-	0	-

Fonte: Dados da Pesquisa

Considerando o percentual obtido em relação ao máximo possível em cada parte do questionário de Habilidades funcionais, a partir dos escores brutos fornecidos (TAB.2), é possível analisar em qual atividade o

desempenho funcional está mais comprometido.

Todas as habilidades funcionais apresentam déficit em seu desempenho, dentre elas, a menos comprometida foi a de alimentação.

Tabela 2 - Percentual médio obtido em relação ao escore máximo possível em cada área de desempenho das Habilidades Funcionais. Diamantina/MG, julho/2006.

Criança	Alimentação (Máximo 14)	Higiene Pessoal (Máximo 19)	Banho (Máximo 5)	Vestir (Máximo 20)	Toalete (Máximo 15)
ESCORE TOTAL OBTIDO					
GHF	4	2	0	0	0
GCN	5	5	0	1	1
GVM	3	5	0	2	0
GJQ	10	8	2	5	3
LFOS	8	7	0	10	12
ICSS	8	15	2	8	14
MNF	2	2	0	1	2
CHBS	5	4	1	1	1
EJRA	2	2	0	0	0
GVN	2	3	0	1	0
*% MEDIO	35	27,89	10	14,5	22

Fonte: Dados da Pesquisa

*Percentual médio - obtido calculando o escore médio das crianças e o percentual médio em relação ao máximo possível.

A análise das escalas de Assistência do Cuidador e de Habilidades Funcionais para 10% das crianças (n=1) foi feita a partir do escore

bruto e seus respectivos escores contínuo e erro padrão (TAB. 3).

Tabela 3 - Transformação do escore bruto em escore contínuo e seu respectivo erro padrão para a escala de Habilidades Funcionais e de Assistência do Cuidador

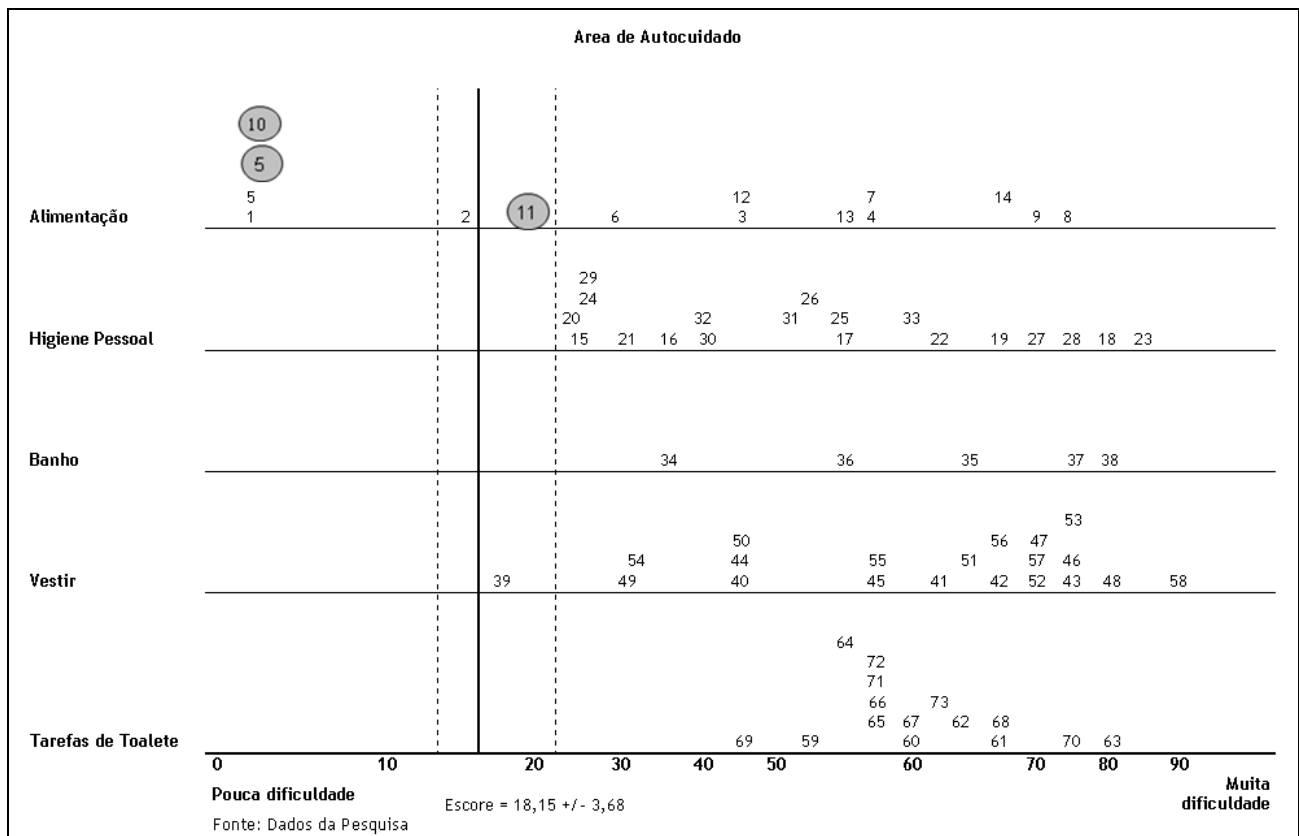
Idade	Habilidades Funcionais			Assistência do Cuidador		
	Escore Bruto	Escore contínuo	Erro Padrão	Escore Bruto	Escore Contínuo	Erro Padrão
7 a e 10 m	4	18,15	3,68	0	0	21,61

Fonte: Dados da Pesquisa

Os mapas de itens apresentados neste caso mostram o escore contínuo obtido pela criança, com o respectivo erro padrão. No mapa de Habilidades Funcionais/Autocuidado (Figura 1), foram assinalados os itens que não

faziam parte do repertório funcional da criança e que se localizavam no seu nível de desempenho ou à esquerda dele.

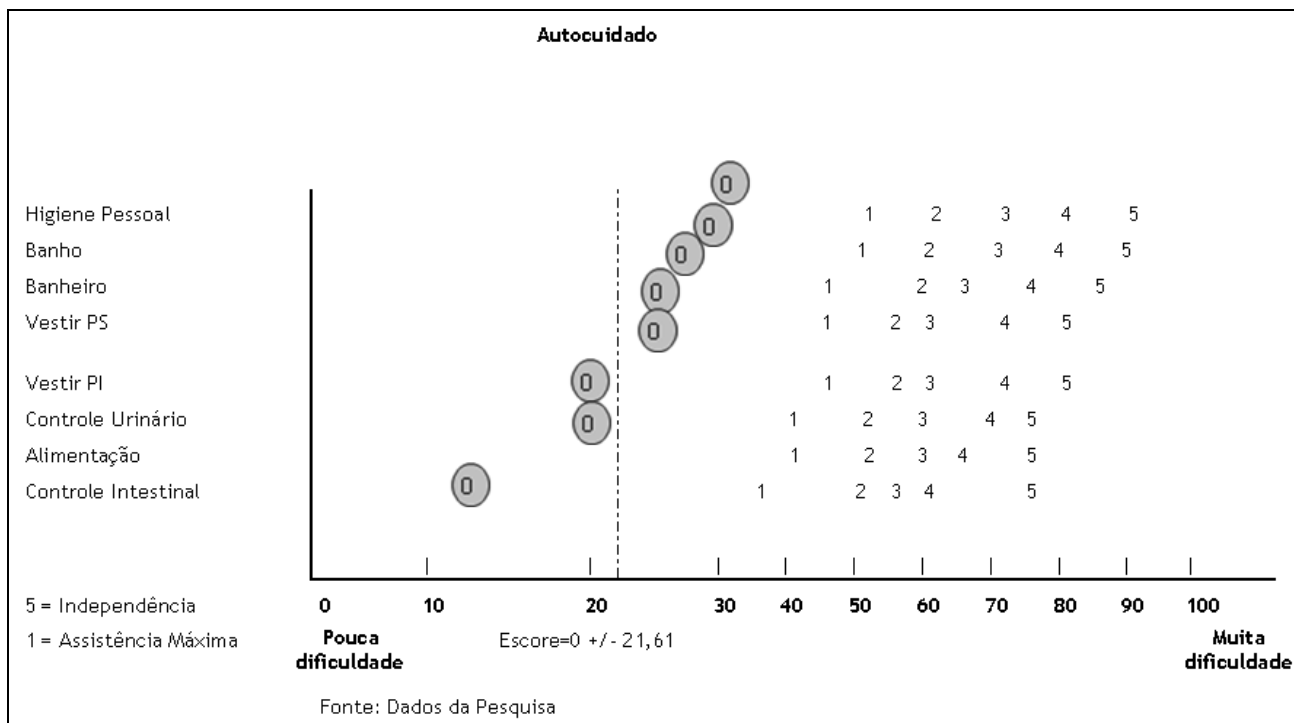
Figura 1 - Mapa de Habilidades Funcionais.



Da mesma forma, no mapa de Assistência do Cuidador/Autocuidado (Figura

2), os escores obtidos pela criança em cada tarefa funcional foram circulos.

Figura 2 - Mapa de Assistência do Cuidador.



A análise do conteúdo dos mapas de itens informa que, nas habilidades funcionais de autocuidado, o impacto da condição de Paralisia Cerebral para essa criança se manifestou principalmente no desempenho de atividades da tarefa de alimentação, uma vez que se observa maior número de itens não incorporados ao repertório de habilidades da criança, que se localizam à esquerda do desempenho da mesma, sendo já esperado de compor o repertório funcional da criança por ser de menor complexidade.

Como o escore contínuo obtido pela criança (n=18,15) está próximo ao valor 0 (zero), as demais tarefas, como higiene pessoal, banho, vestir e tarefas de toalete não possuem itens a serem incluídos no repertório funcional da criança; demonstrando que o seu nível de desempenho é relativamente baixo, não incorporando a maioria das atividades da vida diária em autocuidado.

No que se refere à independência da criança, observa-se que a assistência fornecida pelo cuidador para o desempenho de tarefas da rotina diária é máxima em todas as tarefas, uma vez que o escore contínuo

obtido pela criança é igual a 0 (zero); demonstrando não ser capaz de realizar tarefas de complexidade muito baixa.

A avaliação da capacidade para o autocuidado da criança portadora de Paralisia Cerebral é imprescindível não só para a qualificação do serviço prestado pela equipe multiprofissional, mas também para orientação aos pais visando a aquisição ou manutenção das habilidades funcionais.

Segundo Oliveira et al⁽¹¹⁾, “inicialmente a criança realiza as tarefas de forma pouco eficiente e, durante o período entre adquirir habilidades e ser “expert”, estarão presentes lentidão, desorganização e desperdício. Este período é sabidamente mais longo e trabalhoso para crianças com disfunções, necessitando intenso suporte familiar, e esforço diário nas atividades, o que é fundamental para aquisição e manutenção das habilidades de crianças com ou sem disfunção”.

Entre as crianças com Paralisia Cerebral estudadas, todas apresentaram déficit no desempenho de habilidades funcionais e,

assim, um maior grau de dependência do cuidador.

O desempenho de Habilidades Funcionais mostrou-se inferior em todas as atividades diárias, principalmente nas atividades relacionadas com o vestir e despir, higiene pessoal, como por exemplo: escovar os dentes, lavar as mãos completamente, colocar creme dental na escova, utilizar vaso sanitário e papel higiênico e dar descarga, colocar e tirar camiseta sem fecho, abrir e fechar colchete, abotoar e desabotoar, calçar meia, vestir e retirar calça, lidar com roupas antes e depois de utilizar o banheiro, banho e controle esfinteriano. Outras atividades dessa área funcional, como as de alimentação, não se apresentaram tão comprometidas como as citadas acima. Grande parte dessas habilidades envolve características específicas de função manual, como bimanualidade e destreza manual/coordenação manual, o que geralmente está comprometido pela Paralisia Cerebral.

Para Heidegger⁽¹²⁾, existem várias formas de “cuidar” do outro; uma seria o tomar conta do outro, “saltar sobre o outro”, tornando-o dependente e dominando, na verdade, fazendo pelo outro o que este deveria fazer. Outra forma refere-se a um cuidar que faz com que o outro se solte para si próprio em sua possibilidade para ser.

Como observado anteriormente, 100% dos cuidadores das crianças (n=10) são as próprias mães das crianças. São elas que desempenham a assistência integral nas atividades diárias das crianças, além de todas as atividades próprias de sua rotina.

Apesar de a realização do estudo abordar um pequeno grupo de crianças, pode-se salientar que tanto a falta de conhecimento quanto o tempo curto ou ausente da mãe podem fazer com que esta exerça mais o “cuidar pelo outro” que o “cuidar com o outro”, comprometendo assim

o desempenho ou o aperfeiçoamento das habilidades de seus filhos.

As atividades da vida diária devem se desenvolver dentro de uma relação de colaboração entre criança e cuidador, em que a criança busca tarefas e ocupações que contribuem para o desenvolvimento das suas habilidades e o adulto propicia tarefas e ocupações que encorajam a criança a adquiri-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças com Paralisia Cerebral possuem limitações no desempenho de habilidades funcionais de autocuidado; porém essas limitações podem ser reduzidas através de estímulos contínuos prestados pelos cuidadores.

Visando a realização das atividades da vida diária de maneira mais independente possível, torna-se necessário que a equipe multiprofissional dessas instituições e também de Unidades Básicas de Saúde, pela proximidade dos domicílios, trabalhem conjuntamente identificando o potencial das funções para o autocuidado, para que se possa planejar e orientar o cuidador, a criança e a família. Essa atuação compreende a estimulação ao desenvolvimento da capacidade de autocuidado para vestir/despir, alimentar-se, fazer higiene pessoal e íntima, segundo condições funcionais, físico-motoras, sociais e familiares.

É importante que sejam criadas condições favoráveis à promoção de independência à criança, considerando o que ela tem condições de fazer sozinha, mesmo que com dificuldade, e aquilo que há necessidade de auxílio.

Devem ser estabelecidos programas de treinamento ao binômio criança/família (cuidador familiar), estimulando a participação nos cuidados, reconhecendo os limites e as possibilidades de cada um.

Conhecendo a capacidade de autocuidado das crianças com Paralisia Cerebral, é possível favorecer um desenvolvimento ótimo, de modo que a criança afetada possa atingir seu potencial dentro dos limites de sua função cerebral, pois, geralmente, à medida que as competências das crianças aumentam, ocorre aquisição e aprimoramento de habilidades, elevação da autoestima, além de diminuir a dependência do cuidador e contribuir para a efetividade, inclusão social e autonomia⁽²⁾.

REFERÊNCIAS

- 1- Gazzinelli A. Convivendo com a doença crônica da criança: estratégias de enfrentamento. *Rev. Min. Enferm.* 1997;1(1):13-20.
- 2- Whaley LF, Wong DL. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 1999.
- 3- Diament A. Encefalopatias crônicas na infância (paralisia cerebral). In: Diament A, Cypel S, editores. *Neurologia infantil*. 3ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1996. p.781-798.
- 4- Schwartzman JS. Paralisia Cerebral. *Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral*, 1 (1) 4-1. 2004.
- 5- Oliveira AIA, Pinto RF, Ruffeil E. Tecnologia e o desenvolvimento cognitivo da criança com paralisia cerebral. In: *Anais do 5º congresso Ibero-americano de Informática Educativa*. Montevideo, 2005. p. 1-8.
- 6- Faro ACM, LEITE VBE. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 2005; 39 (1):92-6 .
- 7- Mancini MC, Fiúza PM, Rebelo JM, Magalhães LC, Coelho ZAC, Paixão ML, Gontijo APB, Fonseca ST. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiat.*, Jun.2002, vol.60, n.º. 2B, p.446-452
- 8- Sociedade Portuguesa de Neuropediatria Portuguesa. Defices sensoriais. Disponível em: <http://neuropediatria.online.pt/para-os-pais/paralesia-cerebral/defices-sensoriais/>. Acessado em 12 de julho de 2006.
- 9- Mancini MC. *Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada/ Marisa Cotta Mancini; (com base em) Stephen M. Haley ...- (et al.) - Belo Horizonte: UFMG, 2005.*
- 10- Magalhães LC, Fisher AG, Bernspang B, Linacre JM. Cross-cultural assessment of functional ability. *Occup Ther j Research* 1996, 16:45-63.
- 11- Oliveira MC, Otsu A. Aplicação do Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção na Clínica de Terapia Ocupacional. *Reabilitar, São Paulo, Ano 4, n. 16, p.13-18, jul. /set.2002.*
- 12- Heidegger M. *Ser e tempo*. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

Recebido em: 01/06/2011

Versão final reapresentada em: 27/06/2011

Aprovado em: 28/06/2011

Endereço de correspondência:

Alisson Araújo

Rua Alcobaça, nº 601, Jardim das Oliveiras.

CEP 35502-097 Divinópolis/MG - Brasil.

E-mail: alissonaraujo@ufsj.edu.br