

# Avaliação do desempenho funcional das habilidades de autocuidado em crianças hospitalizadas

## *Evaluation of the functional performance of self-care skills in hospitalized children*

Renata Valdívia Lucisano<sup>1</sup>, Maysa Alahmar Bianchin<sup>2</sup>, Rui Vicente Lucato Junior<sup>3</sup>, Antônio Carlos Tonelli Gusson<sup>4</sup>, Priscilla Mychelle S. Paula<sup>5</sup>

1 Terapeuta Ocupacional – Ex- Aperfeiçoanda pelo Hospital de Base de S. J. Rio Preto. Mestranda em Neurociências pela FMRP - USP

2 Terapeuta Ocupacional - Prof<sup>ª</sup> adjunta do Departamento de Ciências Neurológicas da FAMERP

3 Biólogo – Mestre em Ciências pela UNIFESP e Doutorando em Ciências da Saúde da FAMERP

4 Médico Pediatra – Prof Dr Chefe do Departamento de Pediatria da Faculdade Medicina de São José do Rio Preto

5 Especialista em Neurologia e Terapia da Mão - Terapeuta Ocupacional do Hospital de Base de São José do Rio Preto - FUNFARME

**Resumo** **Introdução:** Observa-se que a hospitalização rompe com as estruturas cotidianas da criança e de sua família. Esta ruptura brusca, afeta o desenvolvimento físico, mental e social. Em algumas situações, essa condição de internação impede a criança de ter um desenvolvimento normal e pode prejudicar a conquista de sua individualidade, interferindo no desempenho funcional. **Objetivo:** Avaliar por meio do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) o desempenho funcional na área de autocuidado de crianças acima de um até sete anos, hospitalizadas na Enfermaria Pediátrica de um hospital terciário, de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. **Casuística e Métodos:** Trata-se de uma pesquisa transversal quantitativa, realizada no ano de 2012. Participaram 40 crianças sem comprometimento neurológico, com média de idade de  $4 \pm 2$  anos e seus respectivos cuidadores que responderam aos instrumentos da pesquisa. **Resultados:** Os resultados mostraram que tanto o desempenho de habilidades da criança, quanto a quantidade de ajuda fornecida pelo cuidador para as habilidades funcionais da área de autocuidado, 80% das crianças avaliadas apresentaram escore normativo entre 30 e 70, considerado dentro do intervalo de normalidade esperado para crianças brasileiras com desenvolvimento normal da mesma faixa etária. **Conclusão:** A avaliação de crianças hospitalizadas permitiu que o tempo de internação fosse otimizado por meio de intervenções e orientações individuais e aos respectivos responsáveis, considerando cada caso a partir dos resultados obtidos.

**Palavras-chave** Criança, PEDI, Hospitalização, Terapia Ocupacional

**Abstract** **Introduction:** The child and his family have their daily life structures disrupted on hospitalization. This sudden disruption affects the child's physical, mental, and social development. In some situations, this hospitalization's condition restrains the child's normal development. This condition can affect the accomplishment of the child's individuality, interfering with his or her functional performance. **Objective:** The aim of the present study was to evaluate the children's functional performance in the area of self-care. Children age ranged from over one year up to seven years. They were hospitalized in the pediatric ward of a tertiary hospital in the countryside of São Paulo State. The instrument used was the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). **Casuistic and Methods:** This is a cross-sectional quantitative research. The study was carried out throughout 2012. The study population included 40 children without neurological impairment, with a mean age of  $4 \pm 2$  years and their caregivers who answered the research instruments. **Results:** The results showed that both the performance abilities of the child, as the amount of help provided by the caregiver to the functional area of self-care skills, 80% of the children presented normative scores between 30 and 70, which is considered within the normal range expected for Brazilian children with normal development of the same age. **Conclusion:** The evaluation of hospitalized children allowed us to optimize their length of hospital stay. This was done through interventions and individual orientations to the children as well as to their respective caregivers. Each case was considered from the results obtained.

**Keywords** **Keywords:** Child, PEDI, Hospitalization, Occupational Therapy

## Introdução

“O hospital é um espaço de atendimento às condições especiais do sujeito que requer atuação diferenciada, onde convivem e articulam-se diversos saberes, transitam e aglutinam-se profissionais com formação diferenciada e onde valores morais, religiosos, culturais, filosóficos, políticos, econômicos e sociais expressam suas particularidades nos indivíduos internados e nos profissionais envolvidos nesse contexto”<sup>1-2</sup>.

Observa-se que a hospitalização rompe com as estruturas cotidianas da criança e de sua família. Essa ruptura brusca, afeta seu desenvolvimento físico, mental e social<sup>3-4</sup>. A criança, por sua vez, se sentindo desprotegida por estar em um local desconhecido, separada de seus familiares e diante de procedimentos invasivos, começa a apresentar sensações de medo, culpa, angústia, dor e sofrimento. Em algumas situações, essa condição impede a criança de ter um desenvolvimento normal e pode prejudicar a conquista de sua individualidade e interferir no seu desempenho funcional<sup>5,6,7</sup>. No contexto hospitalar, as crianças estão expostas à probabilidade de ser submetida a procedimentos invasivos e traumáticos e, por isso, a situação de internação é considerada um fator estressor para o desenvolvimento infantil<sup>8</sup>.

A versão brasileira do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), cuja versão original é norte-americana<sup>9</sup>, foi publicada em 1992. É um instrumento de avaliação infantil que informa sobre o desempenho funcional de crianças na faixa etária entre 6 meses e 7 anos e 6 meses de idade, em seu ambiente doméstico. Esse teste pode ser utilizado com crianças de idade superior ao limite indicado, desde que o desempenho funcional esteja dentro desta faixa etária. Além disso, apresenta validade e confiabilidade documentadas nas literaturas nacional e internacional<sup>10</sup>.

A Terapia Ocupacional tem como alvo principal de intervenção, a disfunção ocupacional que é traduzida no cotidiano do indivíduo como uma dificuldade para a realização de alguma atividade que lhe seja rotineira, independentemente se a causa para tal dificuldade for de ordem física, social, cognitiva ou outra. Portanto, um dos aspectos cruciais no processo terapêutico ocupacional é a atividade de vida diária, pois ao mesmo tempo em que aponta a razão para a intervenção, significa recurso terapêutico, e seu desempenho é um marco concreto para o momento da alta<sup>11</sup>.

As atividades de vida diária (AVDs) ou de autocuidado são atividades orientadas para o cuidado do indivíduo para com seu próprio corpo. Essas atividades são fundamentais para viver no mundo social. Elas permitem a sobrevivência básica e o bem-estar<sup>12</sup>. A habilidade ou inabilidade de desempenhar as AVDs pode ser usada como uma medida prática de mensurar incapacidade. A necessidade de ajuda do outro para a realização das necessidades básicas de autocuidado é um fator crucial no planejamento de intervenções de saúde. Para os profissionais de saúde em geral, documentar as atividades de vida diária é uma forma de descrever o *status* funcional de uma pessoa<sup>11</sup>.

O processo de crescimento e desenvolvimento ocorre com a associação dos determinantes genéticos e dos fatores do ambiente. Um ambiente estimulador, seja em casa, na escola ou

em outros contextos em que a criança encontra-se inserida, é essencial para acelerar e facilitar as aquisições em todas as áreas do desenvolvimento<sup>13</sup>.

Dessa forma, a pesquisa teve como objetivo conhecer e avaliar o perfil atual das crianças hospitalizadas, com idade cronológica acima de um até sete anos, no que se refere ao desempenho funcional das habilidades de autocuidado, mensurados a partir do PEDI, bem como propor orientações de Terapia Ocupacional baseadas nos itens que compõe as escalas da avaliação.

## Casuística e Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, aprovada pelo comitê de ética parecer 33817/2012 e realizada entre os meses de julho a dezembro de 2012, na Enfermaria Pediátrica de um Hospital Terciário, situado no interior do estado de São Paulo. Participaram do estudo 40 crianças sem comprometimento neurológico de ambos os sexos, na faixa etária acima de um até sete anos e seus respectivos pais/cuidadores que foram previamente informados sobre os objetivos e procedimentos deste estudo, e convidados a assinar um termo de consentimento livre esclarecido, autorizando a participação de seu (sua) filho (a).

Os dados utilizados na pesquisa foram coletados por meio de dois instrumentos aplicados aos pais durante o período de atendimento das crianças, a ficha de identificação com os dados demográficos do responsável entrevistado e da criança avaliada, e o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Foi realizada entrevista com os cuidadores em relação aos dados demográficos (do cuidador e da criança) e ao desempenho funcional da criança, mensurados a partir do PEDI. O desempenho funcional avaliado refere-se ao que a criança realiza no seu ambiente doméstico, independente do contexto em que o PEDI é aplicado, seja na escola, creche, hospital, entre outros. O perfil funcional documentado pelo PEDI informa sobre o desempenho de habilidades da criança (parte I), a independência ou quantidade de ajuda fornecida pelo cuidador (parte II) e as modificações do ambiente doméstico utilizadas na rotina diária da criança (parte III). Em cada parte do teste são avaliadas três áreas de função: autocuidado, mobilidade e função social<sup>10</sup>.

Este estudo utilizou a escala de autocuidado das três partes supracitadas. A parte I abrange cinco 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. A parte II documenta a quantidade de ajuda fornecida pelo cuidador de referência nas tarefas de alimentação, higiene pessoal, banho, vestir (parte superior e inferior), uso do banheiro e controle esfinteriano (urinário e intestinal). Cada item dessa parte é pontuado em uma escala ordinal que varia de 5, se a criança desempenhar a tarefa de forma independente, sem nenhuma ajuda ou assistência do cuidador, a 0, se a criança necessitar de assistência total do seu cuidador para desempenhar a tarefa funcional. Escores intermediários descrevem quantidades variadas de ajuda fornecida pelo cuidador (supervisão, assis-

tência mínima, moderada ou máxima)<sup>10</sup>.

Os escores brutos obtidos nessas escalas podem ser transformados em escores normativos, utilizando-se tabelas validadas e disponibilizadas no manual<sup>11</sup>. Na terceira parte, as modificações do ambiente são documentadas na forma de frequência em quatro categorias distintas: nenhuma (quando a criança não fizer uso de qualquer tipo de modificação para o desempenho da tarefa funcional); centrada na criança (quando a modificação ou modificações utilizadas forem aquelas que normalmente são utilizadas por crianças com desenvolvimento normal); de reabilitação (quando a modificação for voltada para crianças com deficiência ou necessidades especiais) ou extensiva (quando a modificação envolver grandes mudanças arquitetônicas)<sup>10</sup>. As modificações centradas na criança podem ser descritas como: copo com bico; canudo; utensílios e mobiliários de tamanho infantil como mesas, cadeiras; luva atalhada infantil para banho; banquinho; roupas que a criança sabe manusear; fechos em velcro; fraldas, penicos/troninhos, entre outros.

Os dados quantitativos foram analisados utilizando-se a média, desvio padrão e porcentagem para os dados demográficos. Para as partes I e II do PEDI o Escore Normativo foi contabilizado a partir do Escore Bruto obtido nas entrevistas, conforme tabelas validadas disponíveis no manual do inventário. A parte III está descrita a seguir.

## Resultados

A caracterização da amostra compõe-se da seguinte maneira: 52,5% das crianças avaliadas são do sexo feminino, 55% frequentam a educação infantil, 22,5% frequentam o ensino fundamental e 22,5% não frequentam nenhuma instituição de ensino, sendo a média de idade 4 com desvio padrão de  $\pm 2$ . Em relação aos responsáveis entrevistados, 97,5% da amostra são do sexo feminino sendo que 95% são mães, a média de idade foi de 28,77 com desvio padrão de  $\pm 6,16$ , e 82,5% dos entrevistados moram em cidades próximas a São José do Rio Preto. Em relação à escolaridade, apenas 5% possuem ensino superior completo e 22,5% da amostra possuem ensino médio completo. A maior parte da amostra é amasiada, 52,5%. Já em relação à atividade laboral, 57,5% possuem emprego e o restante da amostra é do lar.

Os dados demográficos obtidos por meio da entrevista podem ser visualizados nas Tabelas 1 e 2 a seguir.

As hipóteses diagnósticas mais citadas foram: pneumonia e gastroenterocolite aguda, com 37,5% dos casos. Quanto ao lazer das crianças, o brincar é a variável mais relatada, com 92,5%, seguido de jogos eletrônicos 10% e passeios 7,5%.

Os resultados em relação às partes I e II do PEDI podem ser visualizados na Figura 1 abaixo.

Na terceira parte, os resultados mostraram que nenhuma criança apresentou modificações de reabilitação ou extensiva. A maior parte das categorias concentrou-se na frequência nenhuma modificação, e alguns cuidadores indicaram algumas categorias para a frequência de modificações centrada na criança. As modificações centradas nas crianças mais citadas foram em ordem decrescente: alimentação, controle intestinal e urinário,

Tabela 1. Caracterização da Amostra

CARACTERÍSTICA	Nº (%)
Número total de crianças	40 (100)
Gênero - Crianças	
Feminino	21 (52.5)
Masculino	19 (47.5)
Escolaridade - Crianças	
Educação Infantil	9 (22.5)
Ensino Fundamental	22 (55)
Nunca frequentou	9 (22.5)
Grau de parentesco - Crianças	
Mãe	38 (95)
Pai	1 (2.5)
Tia	1 (2.5)
Estado Civil - Responsáveis	
Solteiro (a)	7 (17.5)
Casado (a)	12 (30)
Amasiado (a)	21 (52.5)
Cidade de Origem	
São José do Rio Preto	7 (17.5)
Outras Regiões	33 (82.5)
Atividade Laboral	
Do lar	17 (17.5)
Emprego remunerado	23 (57.5)
Escolaridade - Responsáveis	
Ensino Fundamental Incompleto	9 (22.5)
Ensino Fundamental Completo	7 (17.5)
Ensino Médio Incompleto	10 (25)
Ensino Médio Completo	9 (22.5)
Ensino Superior Incompleto	3 (7.5)
Ensino Superior Completo	2 (5)

Tabela 2. Média e Desvio Padrão da idade das Crianças avaliadas e seus responsáveis

AMOSTRA	MÉDIA E DESVIO PADRÃO
Crianças	4 $\pm$ 2
Responsáveis	28.775 $\pm$ 6,16

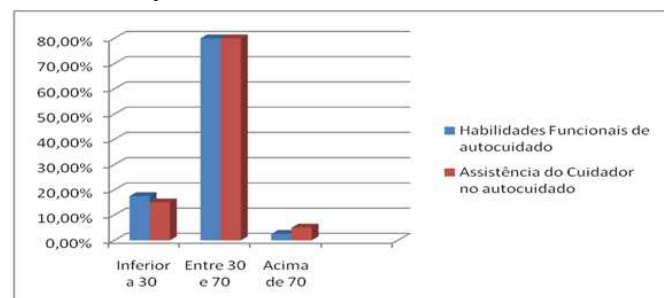


Figura 1: Escore Normativo das habilidades funcionais na área de autocuidado

seguido de vestir – parte inferior do corpo, vestir – parte superior do corpo e banheiro. As modificações relatadas pelas cuidadoras, respectivamente foram copo com bico, canudo, utensílios e mobiliários de tamanho infantil, luva atalhada infantil para banho, banquinho, roupas que a criança sabe manusear, fechos em velcro, fraldas, penicos/troninhos, entre outros.

Os dados sobre a frequência das modificações centradas na criança podem ser visualizados na Tabela 3 a seguir.

Tabela 3. Caracterização da Frequência das Modificações Centradas na Criança

CATEGORIAS	FREQUÊNCIA: MODIFICAÇÃO CENTRADA NA CRIANÇA
Categoria A	13
Categoria B	0
Categoria C	1
Categoria D	10
Categoria E	12
Categoria F	7
Categoria G	13
Categoria H	13

## Discussão

As escalas de avaliação funcional têm como objetivo verificar e monitorar o desempenho funcional, assim como auxiliar na elaboração de métodos de prevenção e de tratamento para crianças e adultos com algum grau de incapacidade física<sup>14</sup>.

O PEDI permite transformar o escore bruto em escore normativo para que seja apurada e melhor analisada a relação de dependência ou independência na área de autocuidado. Os resultados demonstraram que em relação à parte I das habilidades funcionais da área de autocuidado, 80% das crianças avaliadas apresentam escore normativo entre 30 e 70, considerado dentro do intervalo de normalidade. O escore é esperado para crianças brasileiras com desenvolvimento normal da mesma faixa etária. Já 17,5% das crianças avaliadas apresentaram escore normativo inferior a 30, o que ilustra atraso ou desempenho significativamente inferior ao demonstrado por crianças de mesma faixa etária e 2,5% da amostra apresentou escore normativo acima de 70, o que demonstra um desenvolvimento acima do esperado.

Em relação à parte II, que se refere à independência ou qualidade de ajuda fornecida pelo cuidador da criança nas atividades de autocuidado, 80% apresentaram escore normativo entre 30 e 70. A maior parte da amostra apresenta independência do cuidador nas atividades de autocuidado, 15% apresentaram escore normativo inferior a 30, o que mostra maior dependência do cuidador para a realização do seu autocuidado e 5% apresentaram escore normativo superior a 70.

O desempenho funcional é influenciado não só pelas propriedades intrínsecas da criança, mas também pela demanda da tarefa, pelo ambiente onde a criança está inserida e pela dinâmica familiar<sup>13</sup>. Muitas mães relataram durante a realização da entrevista que pela dinâmica familiar de muito trabalho, seja ele dentro ou fora de casa, maior número de filhos, as crianças iniciavam a sua independência nas atividades de autocuidado com pouca ou nenhuma assistência do cuidador assim que atingissem as habilidades necessárias, auxiliadas por algumas modificações centradas na criança como forma de suprir essa assistência. Segundo relato dos responsáveis, essa independência em relação ao cuidador e a capacidade de realizar o autocuidado eram potencializadas quando a criança frequentava ambiente escolar e minimizadas quando a criança permanecia muito tempo hospitalizada.

A amostra que compõe o escore normativo abaixo de 30, com 17,5% na parte I e 15% na parte II, pode ser compreendida como a falta de estímulo/organização do ambiente em que a criança está inserida. Os cuidadores relatam que pelo estilo de vida que levam e a própria dinâmica familiar, esses cuidados e estímulos podem passar despercebidos e a qualidade do desempenho pode ficar prejudicada, além da falta de orientação dos pais quanto ao que é esperado para cada faixa etária e possíveis estratégias para ganhos no desenvolvimento da criança.

A habilidade de uma pessoa ao cumprir as demandas da tarefa por meio da interação com o ambiente determina sua capacidade funcional. Assim, as estratégias terapêuticas que auxiliam o paciente a aprender ou reaprender a executar as tarefas

funcionais são essenciais para a independência funcional<sup>15</sup>. A intervenção terapêutica ocupacional assume, portanto, o importante papel de minimizar as dificuldades apresentadas e deve ser direcionada para promover experiência e prática dos movimentos a serem incorporados no repertório da criança, principalmente quando estão hospitalizadas, privadas assim de um ambiente rico em experiências para o pleno desenvolvimento neuropsicomotor. Tanto pais quanto profissionais devem, portanto, estimular o desenvolvimento da capacidade funcional dessas crianças nos ambientes em que ela está inserida.

Os resultados da parte III do teste mostraram que nenhuma criança apresentou modificações de reabilitação ou extensiva. A maior parte das categorias concentrou-se na frequência “nenhuma modificação”, e alguns cuidadores indicaram algumas categorias para a frequência de modificações centrada na criança. As modificações centradas nas crianças mais citadas foram em ordem decrescente: alimentação, controle intestinal e urinário, seguido de vestir – parte inferior do corpo, vestir – parte superior do corpo e banheiro. As modificações relatadas pelos cuidadores, respectivamente, foram copo com bico, canudo, utensílios e mobiliários de tamanho infantil, luva atalhada infantil para banho, banquinho, roupas que a criança sabe manusear, fechos em velcro, fraldas, penicos/troninhos, entre outros.

Utilizar os resultados de avaliação funcional é pertinente para estabelecer um tratamento eficaz, pois os terapeutas são capazes de identificar o nível funcional atual da criança e documentar mudanças ao longo do tempo<sup>16</sup>. É essencial dar orientações aos pais e/ou cuidadores de crianças com paralisia cerebral, inclusive para estimulá-las em diferentes habilidades e promover independência funcional<sup>16</sup>. A utilização do PEDI tem ocorrido em diferentes grupos e seus resultados têm trazido informações mais precisas, quantificando necessidades e direcionando as ações<sup>17-18</sup>.

Brianezi et al marcou como relevante em seus resultados, a relação entre habilidades funcionais e assistência do cuidador. Os resultados indicaram que, quanto maior o nível de habilidades funcionais da criança, maior é a sua independência em relação ao cuidador nas AVD. Esses resultados foram atribuídos ao treino das limitações funcionais e à participação ativa dos cuidadores, buscando a independência das crianças nessas atividades<sup>19</sup>. E o estudo de Martins et al., possibilita inferir que a promoção do desempenho em tarefas funcionais para crianças com Síndrome de Down e crianças típicas, a partir dos itens avaliados pelo PEDI, permite o alcance dos objetivos propostos no desenvolvimento das crianças<sup>20</sup>.

Em um estudo transversal que teve como objetivo descrever o padrão de desenvolvimento das habilidades funcionais de autocuidado em crianças com desenvolvimento típico e crianças com paralisia cerebral a partir da utilização do PEDI, e apontou que a literatura apresenta várias evidências sobre o desempenho funcional de crianças com desenvolvimento normal. Essas informações vêm sendo tradicionalmente utilizadas para orientar o processo de avaliação e tratamento de crianças com distúrbios do desenvolvimento, incluindo paralisia cerebral<sup>21</sup>. Estudo longitudinal norte-americano concluiu que a utilização do PEDI



pode ser uma estratégia eficaz para medir mudanças significativas no desempenho funcional de crianças que recebem intervenção precoce em serviços especializados<sup>22</sup>.

A ausência de estímulos sejam eles culturais, emocionais, dentre outros, resulta em diminuição da habilidade funcional da criança, levando ao déficit intelectual em crianças hospitalizadas, tornando-se fundamental, dentre outros aspectos, o estabelecimento de vínculo entre a criança e a equipe de saúde, favorecendo a melhoria do seu desempenho funcional e consequente quadro clínico<sup>23-25</sup>.

Assim, a avaliação de crianças hospitalizadas por meio do PEDI permitiu que seu tempo de internação fosse otimizado por meio de intervenções e orientações individuais e aos respectivos responsáveis, considerando cada caso a partir dos resultados obtidos. Durante o período de internação foi possível realizar treino das AVDs e das estratégias com a utilização de recursos lúdicos e adaptações de baixo custo, nos quais a criança necessitava adquirir habilidades de acordo com o desempenho esperado para sua faixa etária, como, por exemplo, engrossadores de talher/escova, prato com borda, copo recortado, ventosas, roupas com velcro, cadeira de banho.

Além disso, durante as intervenções, os responsáveis foram orientados sobre como proceder no ambiente doméstico em relação à organização de suas rotinas e divisão do tempo e tarefas, inserir ou retirar algumas modificações centradas na criança para facilitar e potencializar seu desempenho e sobre a importância da sua participação nas atividades funcionais do dia-a-dia da criança como forma de contribuir para seu maior desempenho.

### Conclusão

Deste modo, pode-se destacar a importância de traçar o perfil de crianças que estejam também em ambientes sob os cuidados de profissionais da área da saúde para que a partir da avaliação do desempenho funcional das habilidades de autocuidado, mobilidade e/ou função social, mensurados a partir do PEDI, possam facilitar e contribuir para o melhor desempenho e desenvolvimento dessas crianças considerando sua faixa etária. O conhecimento do perfil das crianças que estão sob condição de internação, possibilita ao profissional terapeuta ocupacional uma intervenção pautada em evidências e melhor enfoque no planejamento terapêutico para uma atuação mais completa relacionada a uma demanda mais emergente.

É importante que novas pesquisas sejam feitas nesses ambientes utilizando-se também as outras áreas de habilidades de desempenho abordadas pelo PEDI, bem como uma metodologia de estudo longitudinal com amostras pareadas, analisando-se as crianças antes e após o início das intervenções/orientações, que contribua efetivamente para um melhor desempenho das crianças.

### Referências bibliográficas

1 De Carlo MMRP, Bartalotti CC, Palm RDCM. Título do capítulo. In: De Carlo MMRP, Luzo MCM, editores. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. 1ª ed. São Paulo: Rocca; 2004. p. 3-28.

2 Monteiro LFLM. *Vivendo e aprendendo no ambiente hospitalar: percepções de crianças sobre a doença* [dissertação]. Natal: UFRN; 2007.

3 Takatori M, Oshiro M, Otashima C. O hospital e a assistência em Terapia Ocupacional com a população infantil. In: De Carlo MMRP, Luzo, MCM, editores. *Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Rocca; 2004. p. 256-75.

4 Munhoz MA, Ortiz LCM. Um estudo da aprendizagem e desenvolvimento em situação de internação hospitalar. *Educação* 2006; 58(1): 65-83.

5 Giardinetto ARSB, Martini EC, Cruz JA, Moni LO, Ruiz LM, Rodrigues P, et al. A importância da atuação da Terapia Ocupacional com a população infantil hospitalizada: a visão de profissionais da área da saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar* 2009; 17(1): 63-9.

6 Ribeiro CR, Junior AAP. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar* 2009; 12(1): 31-56.

7 Valladares ACA, Silva MT. A arte e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(3): 443-50.

8 Carnier LE, Rodrigues OMPR, Padovani FHP. Stress materno e hospitalização infantil pré-cirúrgica. *Estudos de Psicologia* 2012; 29(3): 315-25.

9 Haley SM, Coster WJ, Binda-Sundberg K. Measuring physical disablement: the contextual challenge. *Phys Ther* 1994; 75(5): 74-82.

10 Mancini MC. *Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada*. [com base em Haley SM, Wendy C 1993]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2005.

11 Mello MAF, Mancini MC. Métodos e Técnicas de avaliação nas áreas de desempenho ocupacional. In: Cavalcanti A, Galvão C editores. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

12 AOTA. *Occupational Therapy Practice. Framework: Domain & Process*. 2nd. *The American Journal Occupational Therapy*. 2008; 63(6): p. 625-683. Tradução: Carleto, DGS, Souza, AC, Silva M, Cruz DMC, Andrade VS. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. *Rev. Triang.: Ens. Pesq. Ext. Uberaba* 2010; 3(2): p. 57-147.

13 Mancini MC, Megale L, Brandão MB, Melo APP, Sampaio RF. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004b; 4(1): p. 25-34.

14 Haley SM, Fragala MA, Skrinar AM. Pompe disease and physical disability. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2003; 45: p. 618-23.

15 Shumway-Cook A, Woollacott MH. (2003). *Controle motor: teoria e aplicações práticas*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2003.

16 Oeffinger D, Gorton G, Bagley A, Nicholson D, Barnes D, Calmes J, et al. Outcome assessments in children with cerebral palsy, part I: descriptive characteristics of GMFCS levels I to III. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2007; 49: p. 172-80.

- 17 Mancini MC, Alves ACM, Schaper C, Figueiredo EM, Sampaio RF, Coelho SAC, et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2004a; 8(3): p. 253-60.
- 18 Teles FM, Resegue R, Puccini RF. Habilidades funcionais de crianças com deficiências em inclusão escolar – barreiras para uma inclusão efetiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(10): 3023-31.
- 19 Ramos AD, Morais RLS. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de um programa DST/AIDS. *Fisioterapia e Pesquisa* 2011; 18(4): 371-6.
- 20 Brianeze ACGS, Cunha AB, Peviani SM, Miranda VCR, Tognetti VBL, Rocha NACF, et al. Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores: estudo preliminar. *Fisioterapia e Pesquisa* 2009; 16(1): 40-5.
- 21 Martins MRI, Fecuri MAB, Arroyo MA, Parisi MT. Avaliação das habilidades funcionais e de auto cuidado de indivíduos com Síndrome de Down pertencentes a uma oficina terapêutica. *Rev. CEFAC.* 2013; 15(2): 361-5.
- 22 Ejgsti HJ, Chandler L, Robinson C, Bodkin AW. A longitudinal study of outcome measures for children receiving early intervention services. *Pediatr Phys Ther* 2010; 22(3): 304-13.
- 23 Chiatonne HBC. A criança e a hospitalização. In: Angerami-Camon VA; Chiatonne HBC; Melleti MR editores. *A psicologia no hospital.* São Paulo: Thompson; 2003.
- 24 Collet N, Rocha SMM. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004; 12(2): 191-7.
- 25 Gonçalves EM. Vivências que permeiam a hospitalização: uma revisão acerca da assistência em hospitalização infantil. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade* 2009; 8: 185-97.

---

**Endereço para Correspondência:**

Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, S. J. Rio Preto – SP;  
CEP: 15.090-000; Fone: 17-3201-5000 ramal 1215;  
E-mail: pryscilla@gmail.com

---