

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Especialização em Neuropsicologia

JULIANA CAMINI OLIVEIRA

**O uso da CIF na Avaliação Neuropsicológica de uma criança com Traumatismo
Cranioencefálico (TCE)**

Porto Alegre

2014

O uso da CIF na avaliação neuropsicológica de uma criança com traumatismo
cranioencefálico (TCE)

Juliana Camini Oliveira

**Monografia apresentada como exigência parcial do Curso de Especialização em
Neuropsicologia – Ênfase em Neurociências e Comportamento – sob orientação da
Profa. Ms. Jaqueline de Carvalho Rodrigues**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Porto Alegre, dezembro/2014**

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Lucas André Kuiava, pelo amor, incentivo, cumplicidade apoio e compreensão durante estes dois anos de viagens, estudos e ausências.

À minha orientadora Profa. Ms Jaqueline de Carvalho Rodrigues pelos momentos de aprendizado, que contribuíram para meu aprimoramento profissional. Pela disponibilidade, paciência e dedicação na construção deste trabalho.

Aos amigos Karine Vanessa Perez, Clarissa Moreira Dias e Michele Borges, pela amizade e pelos diversos momentos especiais.

À família de RGG, pela disposição em colaborar com este estudo, aceitando que seu filho participasse das avaliações.

À instituição APAE pelo espaço cedido para que as avaliações fossem realizadas com todo sigilo e cuidado para com a criança.

Muito Obrigada!

Sumário

Lista de Tabelas	6
Lista de Gráficos.....	7
Resumo	1
Abstract.....	2
Capítulo I.....	3
Introdução	3
1.1 Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica.....	3
1.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	6
1.3 Traumatismo cranioencefálico (TCE) na infância	9
Capítulo II.....	13
Método	13
2.1 Relato de Caso – História Clínica	13
2.2 Delineamento e Procedimentos	15
Capítulo III	19
Resultados e Discussão	19
3.1 Avaliação Neuropsicológica da Criança	19
3.1.1 Resultados Quantitativos.....	19
3.1.2 Resultados Qualitativos.....	25
3.1.3 Interpretação dos resultados da avaliação neuropsicológica	26
3.2 Categorias da CIF selecionadas.....	32
3.2.1 Avaliação da Funcionalidade da Criança	34
3.2.1.1 Funções e Estruturas do Corpo	35
3.2.1.2 Atividade e Participação	37
3.2.1.3 Fatores Ambientais	39
Capítulo IV	44
Proposta de Reabilitação para RGG	44
Capítulo V	46
Considerações Finais	46

Referências	48
Anexos	52
Anexo A	52
Entrevista de Anamnese	52
Anexo B	57
Guia Portage de Educação Pré-Escolar	57
Anexo C	61
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado	61
Anexo D	62
Checklist da CIF	62

Lista de Tabelas

Tabela 1: Resultados de RGG no WISC – III

Tabela 2: Resumo dos resultados dos testes e tarefas neuropsicológicas em ordem decrescente de desempenho

Tabela 3: Resumo dos resultados apresentados no Inventário Portage de Educação Pré-Escolar

Tabela 4: Categorias da CIF utilizadas para análise da funcionalidade da criança

Tabela 5: Lista resumida de funções do corpo

Tabela 6: Lista resumida de estruturas do corpo

Tabela 7: Lista resumida das atividades e participação

Tabela 8: Lista resumida do ambiente

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Resultados de RGG nos sub-testes do WISC-III

Resumo

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é composta por cinco componentes envolvendo as funções e estruturas do corpo, atividade e participação e o contexto ambiental, considerando a funcionalidade e a incapacidade do indivíduo em virtude da doença. Este estudo teve como objetivo realizar a avaliação neuropsicológica de uma criança de 6 anos acometida por lesões difusas devido a traumatismo cranioencefálico (TCE), com extensão no hemisfério direito, nas regiões temporais e frontais há um ano. Utilizou-se como análise das potencialidades e limitações o método proposto pela CIF. Os resultados da avaliação neuropsicológica demonstraram que a criança apresenta lentidão de pensamento da informação, dificuldades atencionais, alteração da linguagem e limitações visuoespaciais. Apresentou comprometimento na memória, aprendizagem, funções executivas, déficits comportamentais, capacidade crítica, julgamento e controle da impulsividade. A partir da CIF, a criança apresenta comprometimentos envolvendo as funções e estruturas do corpo relacionada as funções mentais e o cérebro. Em detrimento ao cérebro, houve mudanças qualitativas na estrutura da cabeça e membros superiores e inferiores do lado esquerdo com posição desviada. Na atividade e participação, a criança necessita de supervisão e auxílio pela dependência em tarefas e demandas gerais, mobilidade, cuidados pessoal, vida doméstica, relações interpessoais e comunicação. O ambiente familiar pode ser uma barreira ou um facilitador por envolver moradia, transporte, saneamento básico e alimentação. A criança necessita de reabilitação com profissionais da área da saúde e pontencialização da família com o objetivo de favorecer o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança, conforme preconiza a CIF.

Palavras-chave: CIF, TCE infantil, avaliação neuropsicológica, reabilitação neuropsicológica.

Abstract

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) consists of five components involving the body functions and structures, activities and participation and the environmental context, considering the functionality and the individual's disability from the disease. This study aimed to make the neuropsychological assessment of a 6 year old affected by diffuse lesions due to traumatic brain injury (TBI), extending in the right hemisphere, in the temporal and frontal regions a year ago. It was used as an analysis of the potential and limitations the method proposed by the ICF. The results of neuropsychological assessment showed that the child has information slowness of thought, attentional difficulties, change of language and visuospatial limitations. Showed impairment in memory, learning, executive functions, behavioral deficits, criticism capacity, judgment and impulse control. From the ICF, the child has commitments involving body functions and structures related mental functions and the brain. The detriment to the brain, there qualitative changes in the structure of the head and upper and lower limbs with the left shifted position. In activity and participation, the child needs supervision and assistance by reliance on general tasks and demands, mobility, personal, domestic life care, interpersonal relationships and communication. The family environment can be a barrier or a facilitator for involving housing, transportation, sanitation and food. The child needs rehabilitation with health care professionals and family potencialização in order to promote the cognitive, emotional and social development of the child, as recommended by the ICF.

Keywords: ICF, child TBI, neuropsychological assessment, neuropsychological rehabilitation.

Capítulo I

Introdução

1.1 Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica (ANP) corresponde a um método que busca estudar as funções cerebrais em relação às manifestações comportamentais. A ANP abrange um estudo intenso do comportamento humano, na qual se utilizam entrevistas, questionários e testes padronizados que viabilizam informações precisas sobre determinado caso. Assim, um dano cerebral pode ser avaliado e mensurado a partir de um olhar multidimensional, pois deve-se considerar a natureza, extensão, localização e duração da lesão, bem como aspectos que envolvem a especificidade histórica do paciente (Lezak & Loring, 2004). Nesse contexto, a neuropsicologia clínica, atenta-se em apreender os comportamentos e as emoções manifestados frente a uma disfunção cerebral, possibilitando, dessa forma, organizar um arsenal de técnicas e instrumentos que irão contribuir para uma ANP mais precisa (Mäder-Joaquim, 2010).

A ANP envolve uma estimativa minuciosa das funções mentais superiores que envolvem a linguagem, a memória e as funções executivas. Contribui significativamente para o diagnóstico diferencial entre síndromes psiquiátricas e neurológicas, uma vez que identifica alterações cognitivo-comportamentais a partir de instrumentos específicos e avaliação ampla do contexto ambiental e social, além de exames de imagem e laboratoriais (Yassuda & Porto, 2012). Além disso, a ANP mostra-se essencial para decisões diagnósticas e para o desenvolvimento de programas de reabilitação neuropsicológica (Capovilla, 2006).

Para que a ANP seja indicada é necessário que as suspeitas corroborem possíveis alterações cognitivas e comportamentais e que estas possuam uma etiologia relacionada ou associada aos comprometimentos de funções cerebrais. Em se tratando da ANP em crianças, Costa, Azambuja, Portuguez & Costa (2004) afirmaram que os resultados desta contribuem para o processo de ensino-aprendizagem e envolve principalmente as funções cognitivas da linguagem, atenção e memória em relação à aprendizagem simbólica. Como todo processo de ANP, na avaliação infantil, consideram-se aspectos relacionados ao desenvolvimento cerebral e maturacional, fazendo-se uso de instrumentos adequados para

a idade e compreendendo que a imaturidade cognitiva nem sempre significa uma disfunção ou uma deficiência. Para os autores, é necessário ter claro que a organização e o desenvolvimento do sistema nervoso da criança está sempre se modificando e junto com ele o desenvolvimento físico, neurológico e as funções corticais superiores.

Na avaliação neuropsicológica infantil (ANI) avaliam-se os resultados apresentados pela criança em comparação a outras da mesma idade ou série escolar. A partir desta informação é possível compreender como está o desempenho da criança em relação a curva de desenvolvimento normal. Não obstante, também se avaliam os resultados, analisando-se o desempenho da própria criança, dentro de suas possibilidades e a partir disso têm-se dados que corroboram para o desempenho desta criança em diferentes situações. Ainda, é fundamental contextualizar os dados com as informações adjacentes ao neurodesenvolvimento da criança, bem como aspectos pessoais e ambientais, levando-se consideração o olhar biopsicossocial o qual irá enriquecer os objetivos necessários para o processo de reabilitação neuropsicológica. É neste ponto que a Neuropsicologia Infantil atua, possibilitando o diagnóstico precoce e intervindo rapidamente na reabilitação das funções prejudicadas com objetivo de proporcionar a recuperação e a adaptação das limitações com vistas ao desenvolvimento satisfatório com qualidade de vida (Hamdan, Pereira, & Riechi, 2011).

Historicamente, a reabilitação neuropsicológica (RN) iniciou em meados do século XIX com a intervenção em pacientes afásicos, sendo intensificada no pós-guerra com a presença de lesões encefálicas adquiridas (LEAs), em indivíduos feridos em batalha. O objetivo da reabilitação naquela época era restaurar o funcionamento cognitivo a partir de treinos específicos, correção de déficits cognitivos subjacentes, orientando os pacientes em como lidar com suas limitações cognitivas (Abrisqueta-Gomez, 2012).

Atualmente, a RN atua de forma integrada, envolvendo tratamentos específicos de processos cognitivos e treinos de habilidades funcionais. Nesse contexto, a Reabilitação Neuropsicológica (RN) caracteriza-se por intervenções, que são elaboradas a partir da avaliação neuropsicológica, capazes de proporcionar melhorias em dificuldades cognitivas, emocionais e sociais apresentadas por um indivíduo acometido de alguma sequela ou lesão neurológica e que irão lhe permitir uma maior autonomia e qualidade de vida (Wilson, 2003). Uma das principais abordagens de intervenção é a Reabilitação Neuropsicológica Holística, que destaca que a cognição e a emoção interagem diretamente e que ao reabilitar déficits cognitivos, torna-se importante observar os distúrbios emocionais e motivacionais

do paciente, pois contribuem significativamente para o resultado do tratamento (Abrisqueta-Gomez, 2012).

Sendo assim, a RN deve envolver ganhos funcionais ao paciente, baseado em suas habilidades, possibilitando a este retomar algumas funções cotidianas com o uso de estratégias cognitivas. A realização de atividades próximas às quais o indivíduo desempenhava, permite a este melhorias também em sua autoestima (Andrade, 2014). O modelo holístico de reabilitação neuropsicológica traz uma abordagem transdisciplinar, permitindo ao paciente um desempenho maior em virtude dos vários profissionais envolvidos. Cada profissional trabalha dentro de sua especificidade, estimulando as áreas que apresentam limitações, permitindo aos pacientes maiores ganhos funcionais (Perea, 2010).

Wilson (2003), reconhecida por seus estudos em RN, considera que algumas práticas são fundamentais para que um programa de reabilitação adequado seja estabelecido. A autora entende que o processo de reabilitação não deve ser visto como uma atividade isolada, mas deve envolver a participação ativa do paciente, sua família e demais profissionais da saúde. O planejamento dos objetivos deve ser realizado inicialmente e revisto a cada período, avaliando os avanços e retrocessos do paciente. Além do diagnóstico propriamente dito, os déficits cognitivos, emocionais e psicossociais são evidenciados e devem ser incluídos no plano de reabilitação. Corroborando Wilson, Perea (2010) afirmou que a RN deve objetivar a melhoria na qualidade de vida, independência e integração social do paciente. O tratamento deve levar em consideração as habilidades preservadas, as variáveis emocionais e as alterações cognitivas mais complexas, como memória e desorganização espacial. Ainda, os objetivos da RN devem envolver o desempenho real do paciente com revisão periódica do programa com vistas à promoção dos resultados.

Na perspectiva biopsicossocial a RN impõe desafios aos profissionais que trabalham com patologias neurológicas crônicas, tanto na avaliação, quanto no planejamento de reabilitação. Segundo Di Nubila e Buchalla (2008), a avaliação da incapacidade mediante determinada doença crônica tornou-se tema de discussão, pois esta não acontecia de forma eficaz. Para as autoras, a mensuração quando realizada de forma inadequada impede ou prejudica consideravelmente a promoção e a reabilitação dos indivíduos que apresentam alguma deficiência.

Nessa anuência, Wilson (2003) esclarece que as intervenções neuropsicológicas se tornam difíceis de padronizar, devido às diversidades das lesões e suas particularidades

clínicas. Ainda, não há consenso teórico no campo na Neuropsicologia sobre como as funções cognitivas se desenvolvem e se organizam unificadamente em nível populacional. Ainda, as diferenças culturais podem ser um fator que dificulta o plano de metas e inviabiliza a comparação dos resultados de um programa com outros aplicados em diferentes localidades mundiais. Portanto, no Brasil, os programas de reabilitação neuropsicológica têm se dedicado à avaliação individual de cada caso, estabelecendo metas e objetivos específicos para a condição apresentada.

1.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID) corresponde a um sistema internacional que classifica os estados, condições e causas dos problemas de saúde. É utilizada para classificar doenças e outros problemas de saúde em muitos tipos de registros de saúde e de vida incluindo certificados de óbito. Permite o armazenamento e a recuperação de informação clínica, epidemiológica e propósitos de qualidade (CID-10, 2007). No entanto, a CID-10 não analisa o impacto destas condições em relação à qualidade de vida do paciente, o que torna a avaliação clínica e os laudos incompletos (Battistella & Brito, 2002). Nessa anuência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) como forma de complementar a usual Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10, 2007) elaborou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF (OMS, OPAS, 2011).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi organizada com o propósito de armazenar especificações sobre as distintas problemáticas de saúde (OMS, 2004). Assim como o uso da CID-10 e do DSM-5, o objetivo da CIF é proporcionar uma linguagem única internacionalmente no que tange aos diagnósticos com relação aos condicionantes de saúde que interferem na funcionalidade do indivíduo (Battistella & Brito, 2002). A CIF permite um olhar avaliativo padronizado no âmbito do detalhamento que envolve o diagnóstico clínico. Atualmente, a CIF vem se expandindo no Brasil e transformou-se em uma classificação de componentes da saúde, permitindo que o avaliador produza deduções causais a partir de métodos adequados que forneçam

informações sobre a etiologia das doenças, posicionando-se imparcialmente neste processo (OMS, 2004).

O objetivo principal da CIF é avaliar a capacidade da pessoa que apresenta alguma deficiência, compreendendo o quanto suas dificuldades afetam suas atividades cotidianas, propondo intervenções que auxiliem na superação destas. De modo simples, trata-se de um registro do estado funcional da pessoa, que avalia as limitações ocasionadas pela doença e que afetam diretamente a interação pessoal, interpessoal e com o meio social. Ressalta-se que a CIF também se dedica em analisar não somente as limitações físicas e sensoriais, mas também as emocionais e sociais, inter-relacionando-as. Busca-se, através da CIF, aprimorar e detalhar informações mediante os estados de saúde, levando-se em consideração a especificidade de cada caso. A implantação do termo funcionalidade, ao invés do uso de nomenclaturas como incapacidade, deficiência e desvantagem, corrobora a possibilidade de potencializar um indivíduo frente a sua limitação (Battistella & Brito, 2002).

Esta nova versão da CIF é classificada em cinco componentes que envolvem as funções e estruturas do corpo, atividade e participação e o contexto ambiental. As funções e estruturas do corpo envolvem a deficiência ou doença propriamente dita. A atividade e a participação caracterizam-se pela limitação apresentada pelo indivíduo nas ações que envolvem estes meios. Os fatores ambientais correspondem ao impacto sobre a limitação apresentada e os avalia como favoráveis ou desfavoráveis (Battistella & Brito, 2002).

Nesse sentido, a CIF expõe a funcionalidade e a incapacidade em virtude da doença, apresentando, a partir das avaliações dos domínios, aquilo que é possível para aquele indivíduo realizar e quais serão suas maiores limitações. A CIF, segundo os autores, não foi organizada para se sobressair à CID-10 ou à qualquer manual classificatório, mas sim, para complementar a avaliação, fornecendo informações específicas sobre um determinado quadro de saúde (Farias & Buchalla, 2005).

Não obstante, a necessidade da OMS em instituir a CIF relaciona-se ao impacto e às consequências que uma patologia pode trazer à vida de um indivíduo. As incapacidades envolvem os prejuízos e as limitações em atividades relacionadas à vida prática e social (Di Nubila & Buchalla, 2008). Sampaio & Luz (2009) afirmam que no diagrama criado pela OMS (2004), há interação entre uma condição de saúde e os fatores envolvidos nos diferentes contextos. Dessa forma, a intervenção permite vislumbrar possibilidades para modificar ou aprimorar habilidades em algum elemento, mas também entende que uma deficiência pode inviabilizar este feito. Os autores destacaram ainda que a satisfação e as

estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo, bem como os profissionais e o contexto social contribuem significativamente para o grau de incapacidade apresentado e este fato permite refletir que a deficiência em si não define por si só as limitações.

Nesse cenário, em que as incapacidades são avaliadas, o termo funcionalidade ganha seu espaço, pois a partir de uma avaliação bem sucedida, entende-se que será possível analisar de forma individual as possibilidades de evolução do quadro e propor tratamento de reabilitação adequado. O termo funcionalidade permite que o olhar clínico perpassa para além da doença, que visualize o indivíduo como ser único, sem subestimar sua capacidade (Di Nubila & Buchalla, 2008). Como mencionado, a funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação, ultrapassando o engessamento presente no diagnóstico, compreendendo a incapacidade como característica particular de cada paciente, considerando os fatores biológicos, ambientais e pessoais de cada pessoa (OMS, 2004).

A partir da elaboração da CIF, a OMS e a OPAS, buscaram expandir e detalhar cada volume, considerando aspectos do desenvolvimento humano. Em 2007, lançaram a Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade de saúde para Crianças e Jovens (CIF-CJ), sendo traduzida para o Brasil em 2010. A CIF-CJ é compatível com as informações do primeiro volume da CIF (2004) traduzido no Brasil, no entanto, inclui mais conteúdo específico e detalhado sobre as funções e estruturas do corpo, atividades e participação e ambientes para crianças e jovens, abaixo de 18 anos, valorizando o desenvolvimento precoce, a primeira e segunda infância, a pré-adolescência e adolescência (OPAS & OMS, 2011).

Di Nubila e Buchalla (2008) esclareceram que as definições operacionais da CIF propõem atributos essenciais de cada componente e contêm pontos para avaliação, coletados a partir de questionários e instrumentos. Os códigos da CIF devem ser acompanhados por um qualificador, que mensura a seriedade do problema (leve, moderado, grave ou total). Assim, os qualificadores permitem mensurar, a influência negativa (limitação), e o quanto estas interferem (ou não) na execução de atividades.

Conforme o exposto, para tornar a CIF operacional, o uso da avaliação neuropsicológica pode contribuir com o julgamento baseado na experiência clínica e no relato da família do indivíduo. A utilização da CIF como referência conceitual para a elaboração de um relatório de um caso pode facilitar a comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar e compreender de forma global a relação entre as deficiências nas estruturas e funções do corpo e os fatores psicossociais (Stucki, 2005).

Fortalecendo estas afirmações, ressalta-se que a abordagem da CIF é biopsicossocial, pois além da avaliação biomédica da doença, considera aspectos psicológicos e sociais e afirma que este tripé sofre influência um do outro, além dos condicionantes ambientais. Portanto, a CIF além de medir a funcionalidade auxilia na avaliação das possibilidades de manejo na reabilitação multidisciplinar e permite possibilidades com vistas à inclusão social. Ainda, tem-se vislumbrado o uso da CIF em casos de transtornos agudos, condições traumáticas, crônicas e na geriatria quando da necessidade de agrupar estas informações e relacioná-las a exigências que envolvem a saúde ocupacional, corroborando para o acesso aos benefícios de previdência social. No entanto, o modelo da CIF ainda tem sido pouco utilizado e estudado por ser considerado um tanto complexo quanto a aplicabilidade (Farias & Buchalla, 2005).

1.3 Traumatismo cranioencefálico (TCE) na infância

Dentre as lesões cerebrais adquiridas, que necessitam de cuidados de reabilitação, destaca-se o traumatismo cranioencefálico (TCE). Comumente no TCE ocorrem danos ao tecido nervoso em virtude do impacto direto (associados às lesões estruturais localizadas) ou pelo efeito aceleração-desaceleração (deslocamento do cérebro). O TCE caracteriza-se por qualquer agressão traumática com lesão anatômica, fratura de crânio ou lesão do couro cabeludo e comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vasos (Miranda, Amorim, & Matão, 2013). Segundo Andrade, Santos e Bueno (2004), o TCE pode ser visualizado como uma agressão externa ao cérebro e que provoca prejuízos na consciência, habilidades cognitivas e funções físicas, comportamentais e emocionais.

O TCE é considerado uma das causas mais comuns de trauma em crianças, sendo responsável por alto índice de internação hospitalar, que pode apresentar comprometimentos no nível da consciência ou déficits neurológicos de nível focal (Junior, 2002). Os fatores que contribuem para o TCE infantil envolvem desde traumas ocorridos durante o parto, até acidentes de trânsito (Miranda et al., 2013). Estudos mostram que a mortalidade por TCE está relacionada com a idade, com maiores óbitos em indivíduos adultos, sendo que em crianças a mortalidade se apresenta em menor número, porém com diagnósticos de lesões difusas, as quais envolvem pequenas lesões espalhadas por todo o encéfalo (Mendes, 2011).

Carvalho et al., (2007) explicam que traumas como o TCE devem ser compreendidos de acordo com seu mecanismo, gravidade e morfologia. O mecanismo vai envolver aspectos da lesão, podendo ser fechada-contusa (mais comuns na infância) ou penetrante. As lesões fechadas podem ocorrer em função de quedas, atropelamentos, acidentes automobilísticos e agressões, já mencionados anteriormente. Quanto à gravidade, casos de TCE são avaliados segundo a Escala de Coma de Glasgow (ECG), podendo ser considerado leve (14 e 15), moderado (9 a 13) ou grave (ECG 3 a 8). Por fim, a morfologia vai avaliar também aspectos da lesão, sendo dividida em lesões extracranianas (exposição de couro cabeludo, sangramento e hematomas), fraturas do crânio (afundamento da calota craniana) e lesões intracranianas (lesões focais ou difusas).

Andrade et al., (2004) explicaram que nas lesões difusas ocorre uma degeneração grave da substância branca com a presença de hemorragias puntiformes (pequenas pintas hemorrágicas). Nestes casos, ocorre lentidão de pensamento e do processamento de informações, dificuldades atencionais, alteração da linguagem e limitações visuoespaciais. No entanto, os autores ressaltaram que nas lesões focais, ocorrem alterações específicas em determinadas funções, em virtude da lesão. São consideradas contusões cerebrais da substância cinzenta, resultando hemorragia parenquimatosa e superficial. Comumente envolvem as regiões temporais e frontais ocasionando dificuldades de memória, aprendizagem, funções executivas e déficits que envolvem a personalidade, comprometendo a capacidade de crítica e julgamento e o controle da impulsividade. Miranda et al. (2013), alertaram que na maioria dos casos o TCE se configura como grave e necessitam de atendimento imediato.

Nesse sentido, indivíduos acometidos por TCE podem apresentar comprometimentos cognitivos e comportamentais e que estes dependerão da gravidade do TCE, podendo envolver prejuízos na atenção, agitação psicomotora, irritabilidade, regressão nas atitudes e ações e labilidade emocional (Gouveia, Prade, Lacerda, Boschetti, & Andreoli, 2009). Em situações mais graves, pode haver, inicialmente, prejuízos na consciência que configuram uma amnésia pós-traumática. Esta, por sua vez, contribui para comprometimentos na memória anterógrada, desorientação e confusão mental, conforme afirma Gronwall (1989 apud, p. 19, Gouveia, Prade, Lacerda, Boschetti & Andreoli, 2009). Lesões graves durante a infância, podem apresentar comprometimento cognitivo inalterável, mas, nas lesões leves as alterações neuropsicológicas podem se apresentar de forma significativa, merecendo atenção do profissional que irá reabilitá-la (Mello, Rizzutti, & Muszkat, 2013).

Estudos realizados em crianças com TCE de grau leve demonstraram que estas possuíam cefaléia, alterações comportamentais e cognitivas após o trauma e conseqüentemente alterações do nível de consciência, como sonolência, letargia, confusão mental ou coma e sinais de comprometimento neurológico focal (Junior, 2002). Para avaliação da gravidade do trauma craniano em crianças devem-se analisar estas alterações, bem como a ocorrência de crise convulsiva e alterações no comportamento (Junior, 2002).

Mendes (2011) destacou que é comum que em casos de TCE os dois lobos frontais sejam afetados, tornando o caso mais grave. Nestes casos, pode haver comprometimentos profundos de comportamento e dificuldade de integração social. Indivíduos com TCE ligeiros demonstram menor tolerância à frustração e são mais lentos na execução de atividades que antes conseguiam realizar rapidamente. Ainda, é possível averiguar a presença de outros comportamentos considerados secundários à lesão cerebral traumática, os quais incluem agitação, labilidade emocional, falta de autopercepção, falta de empatia, falta de motivação e inflexibilidade. Salienta-se que lesões nas áreas frontal, temporal e límbica acarretam limitações que envolvem as funções executivas (planejamento, iniciativa), bem como déficit na memória, na atenção, no pensamento e no processamento da informação.

De acordo com Mello, Rizzutti e Muszkat (2013), em lesões decorrentes de TCE, as alterações cognitivas em crianças envolvem a velocidade de processamento da informação, a atenção, as funções executivas (raciocínio e resolução de problemas), além de dificuldades na aquisição de novas aprendizagens e estabilidade da memória. No entanto, ressalta-se que cada criança deverá ser avaliada dentro da especificidade do seu caso e das variáveis relacionados ao impacto do TCE. Assim, deve-se considerar a gravidade da lesão, a idade e etapa do desenvolvimento em que a criança se encontra em decorrência ao período em que foi acometida pela lesão, a idade em que será avaliada e a dominância cognitiva que estará sendo averiguada. A partir disso, será possível compreender de que maneira os prejuízos e potencialidades poderão vir a se desenvolver, estabilizar ou regredir com o desenvolvimento da criança.

Após o período crítico decorrente do TCE e com base na avaliação neuropsicológica, é possível traçar o perfil do paciente, apresentando características que compõem o seu funcionamento cognitivo e que poderão ser incluídas no plano de reabilitação (Lezak & Loring, 2004). Pessoas acometidas por TCE devem possuir um plano de reabilitação com metas realistas, de longo prazo, envolvendo apoio de familiares e profissionais, que busquem a autonomia do paciente (Wilson, 2003).

Em virtude disso, esta pesquisa realizou avaliação neuropsicológica em uma criança após TCE, utilizando-se da CIF como instrumento complementar de análise do caso com vistas ao processo de reabilitação. Para esta avaliação considerou-se o estágio atual de desenvolvimento da criança e as modificações cognitivas que ocorreram durante este processo de reorganização cerebral. O presente estudo teve como objetivo geral realizar avaliação neuropsicológica de uma criança acometida por TCE, utilizando como análise das potencialidades e limitações o método proposto pela CIF. Como objetivos específicos pretendem-se: 1) realizar avaliação neuropsicológica em uma criança com TCE grave, selecionando instrumentos específicos para sua idade, considerando suas condições cognitivas, emocionais e físicas, 2) sugerir uma proposta de reabilitação baseada na CIF, 3) enfatizar a importância da aplicação da CIF em casos de TCE advindas de possíveis patologias neurológicas crônicas na infância e, 4) operacionalizar a perspectiva biopsicossocial na prática de avaliação e reabilitação clínica.

Capítulo II

Método

2.1 Relato de Caso – História Clínica

O presente estudo contou com a participação de uma criança, seis anos de idade, sexo masculino, nascido em 25 de julho de 2008, estudante da 1ª série do Ensino Fundamental. Foi vítima de acidente de trânsito com traumatismo cranioencefálico grave - TCE, ocorrido há um ano, no município de São Miguel do Oeste, Santa Catarina, Brasil.

A entrevista de anamnese foi realizada nos dias 14 e 15 de agosto com a mãe de RGG (iniciais indicadas para descrição do paciente). Sobre os antecedentes gestacionais, a mãe afirmou que RGG foi sua segunda gravidez. O parto aconteceu no hospital, sendo este normal, com 39 semanas. RGG nasceu pesando 3 quilos e 700 gramas, com 53 centímetros de comprimento, com perímetro cefálico de 36 centímetros, com notas de APGAR de 6 no primeiro minuto e 8 no quinto minuto de vida. Segundo a mãe, o filho não chorou logo ao nascer, estava cianótico e permaneceu dois dias na incubadora. RGG nasceu com os rins trocados, mas esta anomalia só foi identificada em virtude do acidente. O desenvolvimento neuropsicomotor de RGG (anterior ao acidente) aconteceu de forma normal. A criança engatinhou com seis meses, mas arrastava a perna direita, iniciando os primeiros passos aos 10 meses e a marcha aos 12 meses. A linguagem iniciou aproximadamente aos quatro anos. RGG era semi-dependente para as atividades relacionadas à mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica e vida comunitária.

O acidente sofrido por RGG aconteceu em junho de 2013. Ele e a irmã estavam se dirigindo para a escola e ao atravessar a BR foram acometidos por uma motocicleta que colidiu em ambos, atingindo de forma mais agressiva o menino. RGG teve fraturas expostas com afundamento do crânio em região temporal direita e fratura de tíbia e fíbula, comprovado por exames de imagem (Raio X). A avaliação médica concluiu diagnóstico pré-operatório de TCE grave com hematoma intraparenquimatoso com edema cerebral. A partir deste, a criança passou por cirurgia de craniectomia descompressiva fronto-temporo-parieto-occipital direita. Especificamente quatro dias após o procedimento cirúrgico, a equipe médica realizou tomografia de crânio, na qual observou que a criança apresentou extensa craniotomia temporo-parietal direita e hipodensidade comprometendo

parte do hemisfério cerebral direito, em território da artéria cerebral média, sem desvios na linha média, com leve assimetria ventricular, com cerebelo e tronco cerebral sem alterações, com a presença de fratura occipito-parietal à direita com extensão para a base do crânio (frontal) e traço de fratura na fossa temporal direita. A tomografia também apresentou hiperdensidade no parênquima cerebral bilateralmente em função da hemorragia intraparenquimatosa com leve efeito de massa e orla hipodensa do edema. Segundo a mãe, RGG necessitou realizar cirurgia no estômago devido à hemorragia interna. Em exame de Raio X apresenta desvio na coluna. Nos dias seguintes, a criança realizou tomografia de abdômen total e Raio X de tórax e não foram identificadas anormalidades, apresentando melhoras em seu quadro geral. Desde sua chegada ao hospital permaneceu oito dias internado na UTI e sete dias na enfermaria do Hospital Regional, segundo informação da mãe.

Na época, foram realizadas sessões de Fisioterapia em leito, pois RGG tinha limitações para movimentar partes do corpo. Atualmente, consegue caminhar de forma independente, mas notifica-se um comprometimento no lado esquerdo do corpo, principalmente na mão e perna esquerda. Após o acidente, como método preventivo, RGG fez uso de Fenobarbital para evitar crises convulsivas, as quais não se manifestaram, segundo a mãe. Em virtude da cirurgia, RGG perdeu seis meses de escola em prol de sua recuperação. Neste ano passou a frequentar a primeira série. A mãe destacou que logo após o acidente havia prognóstico para prótese craniana devido a saliência do trauma, mas que até o momento este procedimento não foi realizado.

Atualmente RGG possui maior dependência, fazendo uso da mamadeira e fraldas durante a noite. Possui autonomia para alimentar-se, consegue servir-se à mesa, preparar um lanche simples, abrir embalagens e levar seu prato na pia. Manifesta preferências quanto à temperatura do banho, faz uso da faca para corte e localiza-se no ambiente familiar. Tem dificuldades em abotoar, fazer laços e fazer uso da tesoura, em virtude de sua limitação motora específica do lado esquerdo. A genitora ressaltou que o filho tem pouco cuidado com os brinquedos e que observa que não brinca de forma adequada. Destaca que o filho não lembra do caminho até a escola e que costuma perguntar onde está indo. Na percepção da mãe, a memória é sua maior dificuldade. A mãe verbalizou que, anterior ao acidente, RGG era inteligente e comunicativo, gostava da escola, porém não estava alfabetizado, mas reconhecia algumas letras. Sua autonomia estava melhor. Também apresentava melhor articulação nas palavras e facilidade para o aprendizado. No entanto, a mãe destacou que o filho possui excelente interação social e que todos os

colegas gostam muito dele. RGG estuda em colégio municipal e possui auxílio de segundo professor. Não realiza reforço pedagógico na escola.

2.2 Delineamento e Procedimentos

A pesquisa teve como delineamento a abordagem de estudo de caso. Trata-se de um estudo específico e particular, com interesse em conhecer os fatos e acontecimentos históricos de um sujeito, podendo assim, contribuir com outros casos semelhantes. Procurou-se identificar, o que aparece como comum e como particular no caso, mas sendo entendido como algo único (Stake, 1994). A pesquisa foi realizada mediante aceitação da família, com assinatura das partes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C).

Em fevereiro de 2014, a criança foi avaliada pelos profissionais das áreas de Psicologia, Fisioterapia e Fonoaudiologia da Escola Especial – APAE do município de São Miguel do Oeste (SC). Em julho deste ano a criança retornou para a instituição sendo possível a realização da avaliação neuropsicológica.

A coleta de dados envolveu três etapas, sendo que primeira envolveu a entrevista de anamnese com a mãe, bem como a aplicação do Guia Portage de Educação Pré-escolar e análise das avaliações dos profissionais da APAE. A segunda etapa se caracterizou pela seleção dos testes e tarefas psicológicas, bem como a aplicação destas. A terceira e última etapa envolveu a mensuração dos dados qualitativos e quantitativos coletados, relacionando-os a funcionalidade da criança de acordo com a CIF.

Na primeira etapa, houve a exploração qualitativa do histórico desenvolvimental da criança, analisando sua funcionalidade atual. Esses dados foram obtidos a partir da entrevista estruturada (ANEXO A) com a mãe, 24 anos, responsável pelos cuidados da criança. Para análise do desenvolvimento da aprendizagem da criança na escola e no ambiente natural, foi utilizado o Guia Portage de Educação Pré-Escolar (*Portage Guide to Early Education*), de Bluma, Shearer, Frohman e Hilliard (1976), traduzido por Willians e Aiello (2001), sendo este um instrumento no formato de inventário que auxilia na avaliação e treinamento de pais e também no desenvolvimento da educação pré-escolar.

O Inventário Portage Operacionalizado (IPO) completo é composto de 580 comportamentos divididos em estimulação infantil (45 itens avaliados em crianças até quatro meses de idade) e cinco áreas do desenvolvimento com itens relacionados às habilidades específicas que são comuns entre um e seis anos de idade: socialização (83

itens), cognição (108 itens), linguagem (99 itens), auto-cuidado (105 itens) e desenvolvimento motor (140 itens) Esses itens são divididos nas seguintes faixas etárias: 0 a 4 meses, 1 a 2 anos, 2 a 3 anos, 3 a 4 anos, 4 a 5 anos e 5 a 6 anos (Williams & Aiello, 2001). Para este caso, foram utilizados os itens de comportamentos correspondentes às idades de 4-5 anos e 5-6 anos (ANEXO B), levando-se em consideração que a criança foi acometida pelo TCE e possa apresentar regressos em seu desenvolvimento. Este inventário foi submetido à família e entregue aos professores que acompanham a criança, com objetivo de avaliar de forma integral o estágio desenvolvimental de aprendizagem do avaliado, corroborando assim com a proposta da CIF. Considerou-se a análise das avaliações realizadas pela criança junto à equipe da Escola Especial – APAE. As informações obtidas foram analisadas e relacionadas com as categorias de primeiro e segundo nível da CIF. Os resultados da primeira etapa também contribuíram para que a avaliadora definisse como seria realizada a avaliação neuropsicológica.

Para realização da entrevista de anamnese e aplicação do Inventário Portage, utilizou-se uma sessão de 60 minutos na Escola Especial – APAE, no município de São Miguel do Oeste, sendo este local cedido para a intervenção clínica. Com essas informações, obtiveram-se dados relevantes envolvendo funções cognitivas, como inteligência, memória, linguagem, atenção, percepção e funções executivas.

Na segunda etapa, a escolha dos instrumentos para avaliação neuropsicológicas aconteceu conforme as demandas clínicas e queixas apresentadas nas entrevistas e avaliações (APAE, Escola Regular e Família), as quais vêm interferindo diretamente no desenvolvimento da criança. Foram realizadas três sessões de 50 minutos com a criança, na Escola Especial – APAE, onde também fez-se uso a técnica da observação, atendo-se ao comportamento da criança manifestado durante a testagem.

Inicialmente foi utilizado o WISC-III – Escala Wechsler de Inteligência para Crianças (Figueiredo, 2001) para avaliação do nível intelectual de RGG (Wechsler, 1991). Esse teste é subdividido em 12 subtestes (informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão, dígitos, completar figuras, códigos, armar objetos, arranjos de figuras, cubos, procurar símbolos) que avaliam funções cognitivas específicas. Em seguida, foi aplicado o Desenho da Figura Humana – DFH também utilizado para analisar o desenvolvimento cognitivo (Wechsler, 2003) de RGG, solicitando que a criança desenhasse uma figura humana do sexo masculino e outra do sexo feminino.

O Token Test (Moreira, Daniel, Paiva, Cazita, Salgado & Malloy-Diniz, 2010) foi aplicado para avaliar a compreensão oral de RGG. Este é dividido em seis partes que

compõem comandos envolvendo as formas geométricas distribuídas ordenadamente sobre a mesa conforme especificações. As formas geométricas utilizadas são quadrados e círculos, grandes e pequenos, nas cores, amarelo verde, vermelho, preto e branco (De Rienzi & Vignolo, 1962). Empregou-se também o teste Figuras Complexas de Rey, a fim de obter uma medida de construção visuoespacial e memória não verbal (Oliveira, 1999), sendo solicitado à criança que fizesse cópia e recordação (após três minutos) de uma figura apresentada.

O teste de Aprendizado Auditivo Verbal de Rey Infantil foi utilizado para avaliar a capacidade de memória imediata, tardia, reconhecimento e aprendizado de memória (Oliveira & Charchat-Fichman 2008). Apresentou-se à criança quatro tentativas de aprendizagem de uma lista de 12 palavras, na qual ela deveria verbalizar imediatamente. No processo de reconhecimento haviam palavras contidas na primeira lista, na lista de interferência e outras não mencionadas, no qual a criança deveria discriminar as palavras de cada uma das listas.

Para avaliação de RGG foram utilizadas também, tarefas para análise da compreensão geral, perguntando a criança: Qual seu nome completo? Qual o dia do seu aniversário? Quantos anos você tem? Qual o nome da mãe e do pai? E dos irmãos? Em que cidade você mora, ou bairro? Qual o nome da sua escola? Qual o nome da professora? Qual série você estuda? Quantos dias têm na semana? Qual o mês vem depois de abril? E as estações do ano, quais são? Quantas horas têm um dia? Quantos dedos você tem em cada mão? Quantos olhos você tem? E nariz? Qual mão você usa para pintar, escrever? Qual é a perna que usa para chutar a bola? Quem é mais baixo, eu ou você? Quem é mais velho, eu ou você? Quando é o natal? E a páscoa?. Aplicaram-se ainda tarefas de reconhecimento com o uso de figuras e objetos ilustrando cores, formas geométricas, letras, números e figuras de animais, frutas, meios de comunicação e de transporte. Utilizou-se também uma tarefa envolvendo reconhecimento das emoções com o uso de imagens com expressões faciais (humanas e não humanas) e tarefas de fluência verbal semântica e fonêmica.

Na tarefa de fluência verbal semântica a criança devia produzir, dentro de um intervalo de tempo limitado, tantas palavras quanto possível pertencentes a uma determinada categoria semântica, sendo utilizada as categorias Animais, Roupas e Frutas. Na tarefa de fluência fonêmica as palavras a serem produzidas deveriam começar com uma determinada letra, sendo utilizadas as letras F, A e M (Charchat-Fichman, Oliveira, & Silva, 2011). Finalmente, utilizou-se a leitura de uma história “A coisa” (Salles & Parente,

2004) com objetivo de avaliar a compreensão textual, memória e inferência de história. Nesta tarefa, é comum que a criança faça a leitura em voz alta e após recontar a história. Neste caso, a aplicação foi adaptada e a história foi lida para a criança uma vez pelo aplicador e após solicitou-se que RGG recontasse a história.

Por conseguinte, na terceira etapa os dados qualitativos e quantitativos foram mensurados e analisados, qualificando a funcionalidade da criança de acordo com a CIF (OMS, 2004). A partir do rol de informações e resultados foi apresentada conclusão referente às funções cognitivas e à funcionalidade da criança e propostas indicações de reabilitação neuropsicológica nas áreas em que esta apresentou déficits importantes. Para análise e avaliação dos resultados fez-se uso de uma checklist, sendo esta composta por 152 categorias que representam os domínios mais relevantes da CIF, classificando 38 códigos de funções do corpo, 20 códigos de estrutura do corpo, 57 de atividade e participação e 37 códigos de fatores ambientais (ANEXO D).

Capítulo III

Resultados e Discussão

3.1 Avaliação Neuropsicológica da Criança

Durante a avaliação neuropsicológica observou-se que a criança estava à vontade e com certa expectativa em saber o que iria realizar. De modo geral, não reclamou das tarefas e não as julgou como fáceis ou difíceis. RGG demonstrou dificuldades de concentração e realizava o que lhe era proposto de forma muito rápida, por vezes utilizava-se do “não sei” para evitar a atividade, pois tinha dificuldade. Em alguns momentos mostrou-se interessado por atividades lúdicas, solicitando brincar. Foram necessários alguns incentivos positivos para que a criança apresentasse motivação e melhora em seu desempenho e interesse em concluir o teste/tarefa.

3.1.1 Resultados Quantitativos

O desempenho de RGG no WISC-III encontra-se na Tabela 1. De modo geral observou-se que a criança apresentou desempenho abaixo do esperado para sua idade e escolaridade em todos os índices e quociente intelectual.

Tabela 1

Resultados Gerais de RGG no WISC - III

QI	ÍNDICE	CLASSIFICAÇÃO
QI Verbal	82	Médio Inferior
QI Execução	75	Limítrofe
Total	77	Limítrofe
Compreensão Verbal	87	Médio Inferior
Organização Perceptual	80	Médio Inferior
Resistência a Distração	67	Intelectualmente deficiente
Velocidade de processamento	88	Médio Inferior

Analisou-se o desempenho de RGG em cada subteste do WISC-III (gráfico 1), observando-se piores escores nas tarefas aritmética, vocabulário, dígitos e completar figuras.

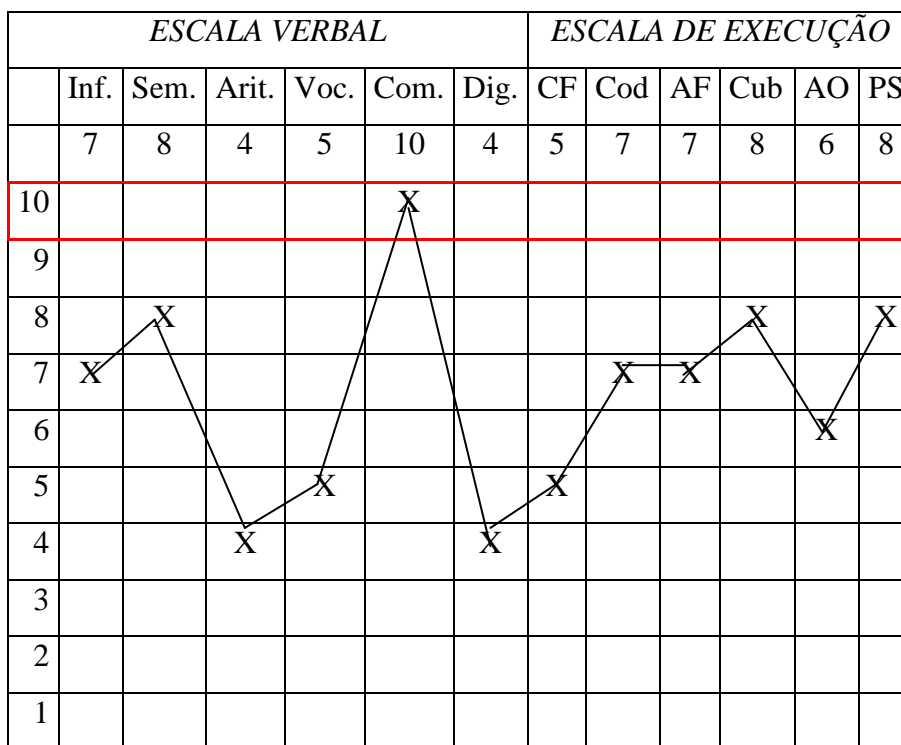


Gráfico 1: Resultados de RGG nos Sub-Testes do WISC – III

No DFH a criança apresentou baixo rendimento cognitivo, sendo classificado como deficiente em detrimento às crianças de sua faixa etária. Considerando um intervalo de confiança de 95%, os resultados esperados poderiam estar classificados em uma faixa entre fronteiriço e deficiente. Os resultados obtidos no desenho da figura masculina apresentaram 71,42% dos itens esperados, 20% dos itens comuns (abaixo do esperado) e não obteve pontuação em itens incomuns e excepcionais.

Nas perguntas de compreensão geral, RGG soube responder seu nome completo, o nome da mãe e dos irmãos, não recordando o nome do pai. Disse que fazia aniversário no dia 8. Para resposta de sua idade mostrou a mão. Disse que tinha 8 dedos, ao contar, o fazendo rapidamente, perdendo-se na contagem. RGG não soube dizer o nome da professora, somente que era uma mulher. Afirmou não saber onde mora ou o nome de sua escola. Questionamentos envolvendo a orientação espaço temporal foram respondidas com a frase “não sei”. Teve êxito com relação às partes do corpo, mas para responder as perguntas sobre o uso da mão e do pé para escrever e chutar a bola ergueu a mão e o pé

direito. Ao analisar quem seria mais baixo, afirmou ser a avaliadora. Sobre quem é mais velho, afirmou também ser a avaliadora. Com relação às datas comemorativas, afirmou que no natal cai neve e tem ovo e na páscoa tem o coelho que traz ovo.

Na aplicação do Token Test, inicialmente pediu-se a criança que verbalizasse quais eram as formas geométricas e esta falou “quadrado” e “bola”, sendo utilizadas estas palavras durante a aplicação do teste. Na primeira parte, RGG obteve três acertos, os quais envolveram a cor preta, o círculo e o quadrado. Na parte dois, obteve dois acertos; na parte três, não obteve acertos, dando-se por encerrada aplicação após os três erros consecutivos. A criança apresentou pontuação total de cinco, obtendo escore Z de -9,61 levando-se em consideração a normatização para crianças de sete anos (Malloy-Diniz, 2007).

No teste das Figuras Complexas de Rey (figura B), realizou a cópia em 2 minutos e 2 segundos e a recordação (memória), após intervalo, em 22 segundos. Neste teste, RGG apresentou percentil de 10 tanto na cópia, quanto na memória, apresentando classificação inferior à média, com presença de prejuízo significativo na capacidade de percepção visual, tendendo a fazer distorções da forma e localização, bem como omissão de elementos. A criança perseverou na mesma forma de desenhar no uso das diferentes cores. Observou que para cópia e recordação, RGG obteve pontuações de 10 e 70 e que ambas aconteceram de forma breve.

Durante o intervalo necessário para a recordação da figura copiada foram utilizadas as tarefas de fluência verbal fonêmica e semântica. Na tarefa de fluência verbal fonêmica, iniciou-se pedindo a criança que falasse palavras com a letra F, sendo verbalizadas as palavras *cola, queijo, mortadela, bombom e bala*. Mesmo fornecendo pistas, como o iniciar de uma palavra (“fa”), a criança não obteve êxito nesta letra. Após, pediu-se que verbalizasse palavras que iniciavam com a letra A, as quais foram ditas *maçã, queijo, esmalte, bala, lavar*. Em seguida, pediu-se que proferisse palavras que iniciasse com a letra M, sendo evocadas *maçã, mãe, filhos, fogão* e afirmou não saber mais. RGG obteve os seguintes escores Z nesta tarefa: F: -2,38, A: -2,46 e M: -1,17. Após realizou a tarefa de fluência verbal semântica, sendo utilizadas as categorias, Animais, Roupas e Frutas. Na categoria animais, RGG respondeu *macaco, cachorro, gato*, repetiu as três primeiras palavras e após evocou *aranha, barata e não sei*. Na categoria roupas verbalizou *casaco, calção, blusa, boné*, repetiu as mesmas palavras e afirmou não saber mais. Foi solicitado que a criança dissesse nomes de frutas, sendo verbalizado *morango, banana, uva e salada*. Nesta tarefa, a criança obteve os seguintes escores Z: animais: -2,31, frutas: -1,54 e roupas: -1,34. Foram considerados os dados normativos para idade de sete anos, tanto na tarefa de

fluência verbal fonêmica, quanto de fluência semântica (Charchat-Fichman, Oliveira, & Silva, 2011).

Por fim, foi aplicado o Teste de Aprendizado Auditivo Verbal de Rey - Versão Infantil, utilizado para avaliar a capacidade de aprendizado de funções de memória (Oliveira & Charchat-Fichman, 2008). RGG apresentou escores Z nas primeiras quatro tentativas: A1: -2,6; A2: -2,2, A3: -1,5 e A4: -2,5. Após esta parte, apresentou-se uma lista de interferência com 12 palavras com o objetivo de avaliar o efeito de um novo conjunto de estímulos sobre a consolidação e evocação de informações previamente aprendidas, sendo que o mesmo apresentou escore Z de -1,3. Em seguida solicitou-se que a criança verbalizasse as palavras da primeira lista com intuito de avaliar o efeito da lista de interferência, na qual apresentou escore Z de -1,5. Depois de um intervalo de 20 minutos, houve o teste de recordação livre da primeira lista, no qual apresentou pontuação Z de -2,1. Os escores foram considerados a partir de normas para crianças de sete anos (Oliveira & Charchat-Fichman, 2008). Com relação ao processo de reconhecimento, os resultados não foram considerados, pois se observou que a criança falou o que vinha a mente, não utilizando qualquer estratégia que qualificasse o uso de classificação das palavras em suas respectivas listas. Para o avaliado, a maioria das palavras fazia parte de qualquer uma das listas.

Durante o intervalo do Teste de Aprendizado Auditivo Rey Verbal, foram utilizadas tarefas de reconhecimento com o uso de figuras e ou ilustrações. Para a apresentação dos resultados, foram considerados valores em porcentagem que corroboram com os acertos que a criança teve no reconhecimento das figuras apresentadas. Das 12 cores apresentadas (verde, azul, amarela, vermelha, preta, marrom, laranja, rosa, lilás, cinza, branca, cor de pele), RGG identificou somente a cor preta (8,33%). As três formas geométricas (círculo, quadrado e triângulo), a criança verbalizou bola para círculo (33,33%). Para as letras do alfabeto e números de 1 a 9, o menino não reconheceu vogais ou consoantes e quando viu os números afirmou serem as letras. Das 41 figuras de animais, identificou 24 animais, sendo estes: gato, papagaio, sapo, macaco, peixe, galo, boi, coelho, rato, tartaruga, abelha, borboleta, vaca, porco, cachorro, cobra, gorila, leão, elefante, camelo, baleia, urso, tubarão e ovelha (58,53%). RGG não identificou 17 animais, sendo estes: tamanduá, tucano, rinoceronte, hipopótamo, foca, onça, tigre, jacaré, coruja, golfinho, preguiça, girafa, bode, cabra, cavalo, galinha e pato. Com relação às frutas identificou quatro imagens (banana, uva, maçã e abacaxi), não reconhecendo cinco figuras (pêra, melancia, morango, limão e laranja), obtendo 44,44% de acertos. Conseguiu identificar todos (100%) os meios de

comunicação apresentados (jornal, rádio, computador e celular). Para os meios de transporte reconheceu sete imagens (navio, barco, moto, ônibus, avião, bicicleta e carro), não reconhecendo três imagens (trem, caminhão e helicóptero), totalizando 70% de acertos.

Fez-se uso de uma tarefa envolvendo o reconhecimento da emoção com uso de imagens com expressões faciais (seis em foto e seis em desenho). Nas figuras em desenho, RGG apresentou identificação com relação a quatro tipos de emoção (66,66%): alegria, choro, tristeza e raiva, não reconhecendo as expressões vergonha (falou que estava rindo) e susto (falou que estava triste). Para as figuras reais apresentou maior dificuldade em reconhecer as diferentes expressões, conseguindo identificar apenas a imagem da pessoa triste e feliz e em duas imagens afirmou que a mesma estava gritando (33,33% de acertos).

Finalmente, utilizou-se a leitura de uma história “A coisa” adaptada do texto de Rocha (1997, apud Salles & Parente, 2004) com objetivo de avaliar a compreensão textual, memória e inferência. Embora nessa tarefa seja exigido que a criança faça a leitura em voz alta, a aplicação foi adaptada e a história foi lida para a criança uma vez e após solicitou-se que recontasse a história ao aplicador. A criança relatou que “...veio um monstro brilhante, uma luz, estava no escuro. Desceu as escadas e foi onde estava um monstro. Era um monstro mesmo. Fim.” Após, foram lidas as perguntas indicadas para a avaliação da compreensão da leitura, com as opções, solicitando que a criança escolhesse uma resposta. Das 10 perguntas feitas, RGG obteve quatro acertos. No entanto, para esta tarefa, não serão consideradas as pontuações, pois a criança não fez uma inferência compreensiva da história e conseqüentemente omitiu informações do enredo. Nas questões de múltipla escolha, avalia-se que a criança tenha feito opções aleatórias, sem análise e compreensão textual.

Para melhor explanação dos resultados adquiridos na avaliação neuropsicológica, será apresentado na Tabela 2 um resumo dos testes, relacionando os escores às respectivas funções cognitivas.

Tabela 2

Resumo dos Resultados dos Testes e Tarefas Neuropsicológicas em ordem decrescente de desempenho

Função Neuropsicológica	Tarefa	Resultado*	Interpretação
Juízo crítico e social	Compreensão (WISC-III)	10	Médio

Raciocínio abstrato	Semelhanças (WISC-III)	8	Médio
Percepção visoespacial	Cubos (WISC-III)	8	Médio
Velocidade de processamento	Procurar símbolos (WISC-III)	8	Médio
Memória semântica	Informação (WISC-III)	7	Médio inferior
Velocidade de processamento visomotor	Códigos (WISC-III)	7	Médio inferior
Sequência lógica	Arranjo de figuras (WISC-III)	7	Médio inferior
Aprendizagem concreta	Armar objetos (WISC-III)	6	Inferior
Memória semântica e conhecimento verbal	Vocabulário (WISC-III)	5	Inferior
Percepção visual	Completar figuras (WISC-III)	5	Inferior
Raciocínio lógico	Aritmética (WISC-III)	4	Inferior
Memória de trabalho	Dígitos (WISC-III)	4	Inferior
Percepção visual, praxia e planejamento	Figuras complexas de Rey (cópia)	10	Inferior
Memória visoespacial	Figuras Complexas de Rey (memória)	70	Inferior
Potencial intelectual	DFH	1	Deficiente
Memória verbal episódica	Rey Verbal (memória imediata)	-1,3	Deficitário
	Rey Verbal (memória tardia)	-1,5	Deficitário
	Fluência Verbal - Letra M	-1.17	Deficitário
	Fluência Verbal - Roupas	-1,34	Deficitário
	Fluência Verbal - Frutas	-1,54	Deficitário
Funções executivas, Linguagem, Memória	Fluência Verbal - Animais	-2,31	Deficitário
	Fluência Verbal - Letra F	-2,38	Deficitário
	Fluência Verbal - Letra A	-2,46	Deficitário
Compreensão oral, memória não verbal	Token Test	-9,61	Deficitário

Nota: * nos resultados foram considerados os escores ponderados para o WISC-III e escores Z para as demais tarefas.

3.1.2 Resultados Qualitativos

As informações coletadas qualitativamente com relação ao desenvolvimento escolar, físico, mental e social da criança foram obtidas a partir das avaliações realizadas pelos profissionais da APAE (Fisioterapeuta, Fonoaudióloga e Psicóloga) e do Inventário Portage de Educação Pré-Escolar respondidos pelos professores que acompanham a criança, assim como por sua mãe. Segundo avaliação realizada pela Equipe de Profissionais da APAE, a análise fisioterapêutica descreveu que a criança apresenta inclinação lateral de tronco à esquerda, rotação interna de membros inferiores, joelho direito valgo e membro esquerdo aparentemente mais curto. Não há luxação de quadril. Possui marcha deambulada e oscilação de equilíbrio dinâmico. A avaliação fonoaudiológica afirmou que a motricidade orofacial apresenta-se dentro da normalidade. Quanto à linguagem oral, apresenta trocas fonológicas significativas para a idade.

A avaliação psicológica destacou que RGG fez o reconhecimento de figuras de animais domésticos, não teve êxito no jogo da memória e utilizava somente a mão direita para o manuseio de materiais. A profissional destacou que o menino conseguiu responder questionamentos que envolviam seu cotidiano de vida e responder perguntas simples como: *O que você faz se cair e machucar o joelho?*. Referente à cognição a profissional destacou que RGG apresenta dificuldades na aprendizagem, contava até 10, mas não reconhecia os numerais impressos. Reconheceu o formato do quadrado e do círculo (como bola). Não fazia somas ou combinações de até três elementos. Sabia que possuía cinco dedos em cada mão e conseguia contá-los. Não sabia dizer o nome das cores, mas a associava por semelhança. No jogo da memória a psicóloga observou que a criança virava uma peça e tentava olhar sem mostrá-la totalmente, virando quando encontrava o outro par, mesmo sendo explicando inicialmente as regras.

Para a execução das atividades da avaliação psicológica fez uso da mão direita, negligenciando a mão esquerda na maior parte do tempo. RGG não reconhecia as letras do alfabeto, nem a inicial de seu nome. Conseguiu ordenar objetos em sequência seguindo algum critério como tamanho, cor, semelhança, copiar um círculo, e fazer o esboço de uma figura humana contendo cabeça, olhos, nariz, orelhas e cabelo e utilizando alguns riscos

para fazer as pernas e braços. A psicóloga observou que RGG não teve dificuldades no estabelecimento de vínculos, com excelente interação. A avaliação psicológica fortaleceu o diagnóstico de TCE, afirmando a existência de limitações cognitivas que poderiam levar a deficiência intelectual. Sendo assim, a equipe concluiu ainda em fevereiro deste ano que RGG deveria passar a receber os atendimentos de reabilitação da APAE nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia, sendo que esta solicitação não foi possível em virtude da falta de condições e de transporte da família para levar a criança até a instituição.

No Inventário Portage de Educação Pré-Escolar respondido pelos professores para as idades de quatro e cinco anos e cinco e seus alunos, RGG foi avaliado nos itens: socialização, linguagem, cognição, autocuidados e desenvolvimento motor. O mesmo inventário foi aplicado junto à responsável da criança (mãe) e foram utilizados somente os itens socialização, linguagem e autocuidados, para as mesmas idades. Os dados serão mais bem apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Resumo dos resultados apresentados no Inventário Portage de Educação Pré-Escolar

Itens/Faixa Etária	Professores	Mãe	Itens/Faixa Etária	Professores	Mãe
(4-5 anos)			(5-6 anos)		
Socialização	88,8%	77,77%	Socialização	28,57%	42,85%
Linguagem	20%	13,33%	Linguagem	42,85%	50%
Cognição	33,3%	—	Autocuidados	9,09%	—
Autocuidados	21,73%	39,13%	Cognição	21,42%	35,71%
Desenvolvimento	93,75%	—	Desenvolvimento	34,48%	—
Motor			Motor		

3.1.3 Interpretação dos resultados da avaliação neuropsicológica

Com base nos resultados apresentados por RGG no WISC–III na área verbal seu desempenho foi médio inferior, podendo-se afirmar que possui limitações na fluência e conceituação verbal, conhecimento semântico, com vocabulário limitado. Possui dificuldades na compreensão e elaboração de pensamento verbal (raciocínio abstrato). De acordo com resultados obtidos no Índice de Compreensão Verbal (médio inferior), pode-se

pensar que a criança possui limitações verbais de inteligência, fazendo regular uso de sua memória tanto semântica quanto episódica, apresentando dificuldade em estabelecer estratégias de resoluções de problemas. Referente à área de execução RGG apresentou pontuações consideradas como médio inferior. Pode-se dizer que possui limitada capacidade no estabelecimento do contato não-verbal com o ambiente, em integrar com estímulos perceptuais e respostas motoras, trabalhar em situações concretas e avaliar informações visoespaciais. Quanto ao Índice de Resistência a Distração (limítrofe), pode-se afirmar que a habilidade atenta, atenção e concentração, o ritmo de execução visomotora associada à concentração apresentam comprometimentos, pois há um rebaixamento nestas habilidades comparado aos demais resultados obtidos por RGG. A velocidade de processamento também se apresentou abaixo da média.

Com relação aos subtestes Compreensão, Semelhanças, Cubos e Procurar Símbolos, RGG apresentou pontuações consideradas como dentro da média. Com relação a estes testes, pode-se deduzir que RGG é uma criança que consegue se apropriar dos ensinamentos que envolvem o contexto social, demonstrar uma compreensão de normas e regras estabelecidas socialmente, sabendo portar-se nos diferentes ambientes. Também, RGG pode demonstrar compreensão com relação aos comportamentos não convencionais e considerados incorretos. Embora a maturidade emocional da criança possa se apresentar abaixo do esperado, é possível notificar que a mesma consegue expressar de forma coerente sentimentos básicos, deixando visível o que lhe agrada ou desagradar. A criança também consegue fazer inferências sobre componentes semelhantes, embora seu repertório seja limitado. Demonstra habilidades para o aprendizado de conceitos verbais e elementos que podem ser classificados por categorias. Ainda, RGG demonstrou capacidade para análise e síntese, podendo separar o todo das partes.

RGG apresentou índices consideravelmente baixos nos subtestes aritmética, vocabulário, dígitos, completar figuras e armar objetos. Associando estes resultados as informações obtidas pela entrevista com a mãe, e os dados da escola e da psicóloga da APAE, pode-se deduzir que RGG possui dificuldade de organização espacial, em seguir uma sequência, necessitando de supervisão e auxílio. A criança apresenta dificuldades em ater-se a detalhes importantes que facilitariam a sua autonomia. Nessa perspectiva, pode-se pensar em déficits relacionados à atenção e concentração que interferem na aprendizagem de modo geral. Nessa anuência, notifica-se que comprometimentos na memória se fazem presentes, pois RGG possui limitações na orientação espaço-temporal e o processamento da informação visual e verbal acontecem de forma mais lenta.

Importante considerar que as condições de vida da família da criança são limitantes, podendo estes ser um fator que contribui para involuções no desenvolvimento da linguagem e também na aprendizagem. Contudo, a atenção de funções executivas (raciocínio e resolução de problemas), além de dificuldades na aquisição de novas aprendizagens e estabilidade da memória são limitações importantes que acometem a criança. Ainda, vale ressaltar que comprometimentos que envolvem a orientação espacial são comuns em casos de TCE, bem como a presença de déficits na atenção e na memória.

Com relação ao DFH, a criança apresentou baixo rendimento cognitivo, sendo classificado como deficiente em detrimento às crianças de sua faixa etária. Assim, pode-se considerar que RGG está abaixo do esperado no que tange ao desenvolvimento cognitivo em relação a outras crianças do mesmo sexo e idade. Os resultados do WISC-III e DFH corroboram com as mesmas percepções, podendo-se sugerir a possibilidade de limitação intelectual.

Nas perguntas de compreensão geral RGG soube responder aos questionamentos que envolviam situações de seu cotidiano familiar. No entanto, perguntas referentes ao contexto escolar, percepção de si mesmo e do outro, bem como datas comemorativas apresentaram-se em defasagem. A partir destas informações é possível identificar comprometimentos significativos que envolvem a memória episódica de curto e longo prazo, pois RGG demonstra limitações no armazenamento das informações, mesmo aquelas vivenciadas e fortalecidas a partir do cotidiano familiar e escolar.

Com relação ao Token Test a criança apresentou pontuação considerada abaixo do esperado para a idade. Pode-se pensar inicialmente na influência da falta de conhecimento das cores primárias, já relatadas na avaliação psicológica realizada pela profissional da APAE. No entanto, também é possível prever dificuldades na atenção e na capacidade de resolução de problemas. Durante a tarefa, a criança demonstrou pouco interesse em ouvir as orientações e por vezes apontava rapidamente para a resposta que entendia ser a correta. Esse comportamento pode significar a impulsividade da criança, prejudicando seu desempenho.

No teste das Figuras Complexas de Rey, fazendo uso da figura B, RGG apresentou percentil de 10 na cópia e memória, com prejuízo significativo na capacidade de percepção visual, tendendo a fazer distorções da forma e localização, bem como omissão de elementos. A criança perseverou na mesma forma de desenhar e no uso das diferentes cores. A cópia e a recordação da figura aconteceram de forma breve (impulsiva) e este comportamento pode ter favorecido erros como distorções e omissões na forma de seus

elementos e suas respectivas localizações. Portanto, neste teste, houve prejuízo tanto na percepção visual quanto na memória, o qual configura déficit nessas habilidades.

Nas tarefas de fluência verbal fonológica (F, A, M) e semântica (Animais, Roupas e Frutas) os escores se apresentaram abaixo do esperado. No entanto, destaca-se como limitação desses resultados o fato de as normas brasileiras dessa tarefa corresponderem a crianças a partir de 7 anos de idade (Charchat-Fichman, Oliveira & Silva, 2011). Portanto, acredita-se que o desempenho rebaixado de RGG se deve ao fato da criança não estar alfabetizada e, ainda não ter associado os sons das letras às palavras correspondentes, o que compromete o acesso lexical. Vale ressaltar que o acidente aconteceu quando a criança estava passando por este processo, sendo este interrompido por seis meses, o que influenciou consideravelmente o seu desenvolvimento acadêmico. Embora RGG tenha apresentado melhor desempenho na tarefa de fluência semântica, repetiu palavras já ditas anteriormente, que pode ter ocorrido por um prejuízo na memória. Estes dados podem configurar comprometimentos no léxico e este interfere no desenvolvimento da memória semântica.

No Teste de Aprendizado Auditivo Verbal de Rey Infantil, tanto na memória imediata, quanto na tardia, RGG apresentou escores deficitários. No entanto, ressalta-se novamente que seu desempenho foi comparado com crianças de sete anos de idade, o que deve relativizar a interpretação de perfil deficitário. RGG não conseguiu aumentar o número de palavras evocadas, mesmo após serem repetidas. Ainda, perseverou em palavras já ditas anteriormente, o que pode ressaltar seus prejuízos de memória. A criança não conseguiu ter um aumento em seu repertório de palavras, verbalizando sempre as mesmas. Após a lista de interferência, a criança lembrou-se das mesmas palavras. Após os 20 minutos, RGG manteve novamente a lembrança das mesmas palavras, o que pode significar a dificuldade de ampliar conhecimentos, porém consegue manter os adquiridos após algum tempo. Estes dados corroboram a possibilidade de déficit na memória episódica.

RGG não teve êxito no reconhecimento das cores primárias, formas geométricas, não reconheceu letras e números. O menino identificou animais, frutas, meios de comunicação e meios de transporte. No reconhecimento da emoção com uso de imagens com expressões faciais RGG reconheceu as principais emoções nas imagens figuradas e teve maior dificuldade em definir a expressão nas figuras que representavam a pessoa real. Neste caso, estudos em pacientes com lesão direita podem apresentar transtornos emocionais e estes podem envolver limitações na identificação de expressões faciais ou a

própria experiência emocional. O que se observou foi que a criança consegue compreender expressões emocionais básicas com facilidade, mesmo em imagens reais.

Na leitura da história “A coisa” a criança não fez uma inferência compreensiva da história e conseqüentemente omitiu informações do enredo. Referente a esta tarefa, os resultados demonstraram que a criança apresenta dificuldades de compreensão, com possíveis defasagens no repertório de palavras, na elaboração de inferências e na captação da informação lida. Uma vez que RGG ainda não tem adequada compreensão de palavras frases e sentenças, entende-se que sua capacidade para compreender um texto ainda é limitada. Ainda, dificuldades na compreensão podem estar associadas a limitações na memória de curto prazo (Kintsch & Van Dijk, 1978 apud, Parente & Salles, 2004). A recordação da criança sobre o texto lido se referiu a algo que realmente lhe chamou atenção, mesmo este tendo sido limitado de palavras e com distorções. Sobre este dado, salienta-se que é comum crianças mais novas (quatro a seis anos), apresentarem-se infielis ao texto original, por vezes fazendo associações com outras histórias já ouvidas. No entanto, a compreensão de textos comumente ocorre entre os quatro e oito anos (Brandão & Spinillo, 1998 apud, Parente & Salles, 2004). No caso de RGG, a necessidade maior gira em torno da compreensão e identificação de letras, superando esta etapa, será possível trabalhar a compreensão de sílabas, palavras, frases e parágrafos.

Os resultados da avaliação neuropsicológica de RGG corroboram informações da literatura, com lentidão de pensamento e do processamento de informações, dificuldades atencionais, alteração da linguagem e limitações visuoespaciais. Há também comprometimentos em regiões específicas (temporais e frontais) envolvendo dificuldades de memória, aprendizagem, funções executivas e déficits que envolvem a personalidade, comprometendo a capacidade de crítica e julgamento e o controle da impulsividade (Andrade, Santos, & Bueno, 2004). Mello, Rizzutti e Muszkat (2013) também afirmaram que em lesões decorrentes de TCE, as alterações cognitivas em crianças envolvem a velocidade de processamento da informação, a atenção de funções executivas (raciocínio e resolução de problemas), além de dificuldades na aquisição de novas aprendizagens e estabilidade da memória. Estes dados novamente confirmam os resultados obtidos na avaliação neuropsicológica de RGG, sendo que seus comprometimentos cognitivos envolvem principalmente a atenção, a memória, a aprendizagem e as funções executivas, não sendo, estes déficits, exclusivamente correspondentes ao hemisfério direito.

A partir das informações contidas nas avaliações da Equipe de Profissionais da APAE, RGG apresenta comprometimentos na área motora, cognitiva e de linguagem,

corroborando dados da avaliação neuropsicológica. A análise fisioterapêutica descreveu limitações motoras que podem ter influenciado na realização das tarefas que exigiam essas capacidades, como copiar figuras, organizar os cubos e ordenar imagens. Quanto à linguagem oral, RGG apresenta trocas fonológicas significativas para a idade, o que pode estar relacionado com sua dificuldade para fazer as tarefas de fluência verbal fonêmica e semântica e compreensão textual. A avaliação psicológica confirmou que RGG consegue fazer o reconhecimento de figuras de animais, frutas, meios de comunicação e transporte, bem como aos questionamentos que envolvem seu cotidiano, embora com limitado repertório de palavras e frases. Há dificuldades na identificação de letras, números e formas geométricas, comprometimentos relacionados à lateralidade e orientação espaço-temporal, limitações no reconhecimento das cores, embora faça associações por semelhança.

Sobre o exposto, Voos e Ribeiro (2008) salientaram que lesões no hemisfério direito, em relação às questões motoras, envolvem prejuízos na imagem corporal. Comumente, pacientes com este quadro negligenciam o lado que se apresenta comprometido. O lado que não apresenta limitações acaba sendo utilizado em demasia e este comportamento acaba por interferir no alinhamento postural do indivíduo. Essa hêminegligência faz com que o paciente “se esqueça” de usar o membro acometido e este fato prejudica sua recuperação funcional. Observou-se que durante a avaliação, RGG fez pouco uso do lado afetado (direito), mas, por vezes tentava utilizá-lo para apontar para uma figura e organizá-las na mesa.

A partir do Inventário Portage de Educação Pré-Escolar foi possível constatar que RGG apresenta comportamentos condizentes com crianças de quatro e cinco anos, pois há limitações relacionadas à linguagem, cognição e autocuidados e alguns comportamentos ainda não se mostram evidentes no cotidiano escolar e familiar. Para esta idade, a socialização e o desenvolvimento motor se apresentam próximos da normalidade. Para tanto, é possível observar que na avaliação para as idades de cinco e seis anos, RGG apresentou melhora na linguagem, embora o repertório de palavras ainda seja precário. Os resultados demonstraram limitações na socialização, autocuidados, cognição e desenvolvimento motor para esta idade, podendo significar que os estímulos recebidos não supriram as necessidades condizentes à idade da criança (seis anos). Há dificuldade da criança em evoluir funcionalmente e academicamente, podendo-se pensar na possibilidade de déficit intelectual.

Destaca-se que a partir dos dados e informações obtidas, RGG apresenta déficits na atenção, nas funções de orientação espaço-temporal, na percepção visual, memória visual, memória de trabalho, nas habilidades aritméticas, nas funções motoras, comunicativas e emocionais. Observaram-se déficits no processamento emocional de faces e comportamentos de impulsividade. A impulsividade pode ter acarretado possíveis erros nos testes e tarefas neuropsicológicas. Os resultados da avaliação neuropsicológica também mostraram resultados inferiores em tarefas que avaliam as funções executivas e estas podem levar a uma síndrome disexecutiva severa (Gindri, Zibetti, & Fonseca 2008).

3.2 Categorias da CIF selecionadas

Os dados coletados na avaliação neuropsicológica, informações e observação foram classificados de acordo com o segundo nível da CIF, envolvendo especificamente as funções e estruturas do corpo, sendo utilizados os sete capítulos que compreendem: 1. Funções mentais e estrutura do sistema nervoso, 2. Funções sensoriais e dor, olho, ouvido e estruturas relacionadas, 3. Funções e estruturas relacionados à voz e à fala, 4. Funções do sistema cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório, 5. Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino, 6. Funções genitúrias e reprodutivas, 7. Funções e estruturas neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento.

Nesta etapa também foram utilizados aspectos relacionados a atividades e participação estabelecidos pela CIF os quais envolvem os capítulos: 1. Aprendizagem e aplicação do conhecimento, 2. Tarefas e demandas gerais, 3. Comunicação, 4. Mobilidade, 5. Cuidado pessoal, 6. Vida doméstica, 7. Relações e interações interpessoais, 8. Principais áreas da vida, 9. Vida comunitária e social. Por fim, foram utilizados aspectos que envolvem os fatores ambientais, compreendidos pelos capítulos: 1. Produtos e tecnologia, 2. Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo ser humano, 3. Apoio e relacionamentos, 4. Atitudes, 5. Serviços, sistemas e políticas, os quais encontram-se melhor apresentados na Tabela 4 (adaptada de Andrade, Ferreira, & Hasse, 2009)

Os resultados gerais foram transferidos para um *checklist* das categorias principais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. Trata-se de uma ferramenta prática utilizada como formulário clínico para extrair e registrar informações sobre a funcionalidade e a

incapacidade de um indivíduo, sendo resumida para corroborar registros de casos (ANEXO D).

Tabela 4

Categorias da CIF utilizadas para análise da funcionalidade da criança

Data das avaliações	Condição de saúde	Caracterização
Julho de 2013	Traumatismo Cranioencefálico occipito-temporo-parietal direito e frontal.	Data de nascimento: 25 de julho de 2008. Interrupção da escola (pré-escola) de julho de 2013 a fevereiro de 2014. Atualmente estuda no primeiro ano das séries iniciais.
Fevereiro de 2014	Avaliações dos profissionais das áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia da APAE.	
Junho à setembro de 2014	Coleta de informações e organização dos instrumentos para avaliação neuropsicológica da criança.	
Queixa da mãe	Regrediu nas atividades de vida diária e prática, bem como fases já superadas (anal e oral). Dificuldades de memória e na aprendizagem desde que retornou à escola.	
Componentes da CIF	Estruturas e Funções do corpo	Atividades e Participação
Avaliação dos itens selecionados para análise da funcionalidade da criança	1. Funções mentais e estrutura do sistema nervoso 2. Funções sensoriais e dor, olho, ouvido e estruturas	1. Aprendizagem e aplicação do conhecimento 2. Tarefas e demandas gerais

Componentes da CIF	Fatores Pessoais	Fatores Ambientais
Sexo Masculino 6 anos	relacionadas 3.Funções e estruturas relacionados à voz e à fala 4.Funções do sistema cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório 5. Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino 6.Funções genitúrias e reprodutivas 7.Funções e estruturas neuromusculares e relacionadas ao movimento	3. Comunicação 4. Mobilidade 5. Cuidado pessoal 6. Vida doméstica 7. Relações e interações interpessoais 8. Principais áreas da vida 9. Vida comunitária e social 3. Apoio e relacionamentos 4. Atitudes 5. Serviços, sistemas e políticas

3.2.1 Avaliação da Funcionalidade da Criança

Neste capítulo serão apresentados os resultados que correspondem as funções e estruturas do corpo, as quais, segundo a OMS (2004) envolvem as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos e as partes anatômicas que são acometidas pelo problema. Estas estruturas e funções do corpo podem apresentar desvios ou perdas, ocasionando a deficiência.

Em seguida, serão apresentados os resultados que envolvem as Atividades e Participação, salientando-se que a primeira envolve a execução de uma tarefa realizada pelo indivíduo e a segunda se caracteriza pela relação do indivíduo com uma condição verdadeira de vida (OMS, 2004). Por fim, serão apresentados os resultados dos Fatores Ambientais, sendo estes componentes que envolvem o ambiente físico, social e os comportamentos que demonstram como cada indivíduo conduz sua própria vida (OMS, 2004).

3.2.1.1 Funções e Estruturas do Corpo

Os resultados que envolvem as funções e as estruturas do corpo estão apresentados em duas tabelas (Tabelas 5 e 6), no entanto, os domínios estão inter-relacionados conforme predispõe a CIF. O manual explica que nestas funções, além de serem avaliados aspectos orgânicos, que envolvem as estruturas e as funções do corpo e seus respectivos órgãos, também se inclui as funções psicológicas/mentais, consideradas também como funções do corpo.

Tabela 5

Lista Resumida das Funções do Corpo

Domínios	Qualificador
b1. Funções mentais	
b110 Consciência	2
b114 Orientação (espaço, lugar, pessoa)	3
b117 Funções intelectuais (incl. Retardo mental e demência)	1
b130 Funções da energia e de impulsos	1
b134 Sono	0
b140 Atenção	2
b152 Funções emocionais	1
b156 Funções da percepção	3
b164 Funções cognitivas superiores	3
b167 Funções mentais da linguagem	2
b2. Funções sensoriais e dor	
b210 Visão	0
b230 Audição	0
b235 Vestibular (funções de equilíbrio)	1
b280 Dor	0
b3. Funções da voz e da fala	
b310 Voz	0
b4. Funções do sistema cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório	
b410 Funções do coração	0

b420 Pressão sanguínea	0
b430 Funções do sistema hematológico (sangue)	0
b435 Funções do sistema imunológico (alergias, hipersensibilidade)	0
b440 Funções do sistema respiratório (respiração)	0
b5. Funções do sistema digestivo, metabólico e endócrino	
b515 Funções digestivas	0
b525 Funções de defecação	1
b530 Manutenção do peso	1
b555 Funções de glândulas endócrinas (hormonais)	0
b6. Funções genitúrias e reprodutivas	
b620 Funções urinárias	1
b640 Funções sexuais	9
b7. Funções e estruturas neuromusculares e relacionadas ao movimento	
b710 Mobilidade das articulações	3
b730 Força muscular	2
b735 Tônus muscular	1
b765 Movimentos involuntários	0

Qualificadores: 0=nenhuma deficiência; 1=deficiência leve; 2=deficiência moderada; 3=deficiência grave; 4=deficiência completa; 8=não especificado; 9=não aplicável

Tabela 6

Lista Resumida das Estruturas do Corpo

s1 Estrutura do Sistema Nervoso	Extensão da deficiência	Natureza da alteração
s110 Cérebro	3	7
s120 Medula espinhal e nervos periféricos	0	0
s7. Funções e estruturas neuromusculares e relacionadas ao movimento	Extensão da deficiência	Natureza da alteração
s710 Região de cabeça e pescoço	2	7
s720 Região do ombro	2	6
s730 Extremidade superior (braço, mão)	2	6

s740 Pelve	2	6
s750 Extremidade inferior (perna, pé)	2	6
s760 Tronco	2	6

Qualificador 1: Extensão da deficiência: 0=nenhuma deficiência; 1=deficiência leve; 2=deficiência moderada; 3=deficiência grave; 4=deficiência completa; 8=não especificado; 9=não aplicável

Qualificador 2: Natureza da extensão: 0=nenhuma mudança na estrutura; 1=ausência total; 2=ausência parcial; 3=parte adicional; 4=dimensões aberrantes; 5=descontinuidade; 6=posição desviada; 7=mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido; 8=não especificada; 9=não aplicável

3.2.1.2 Atividade e Participação

Os resultados que envolvem os domínios das atividades e participação estão apresentados na Tabela 7. Segundo a OMS (2004), estes domínios se caracterizam pelas aprendizagens iniciais e básicas adquiridas pelo indivíduo, bem como conhecimentos complexos e desenvolvimento das relações interpessoais. Os domínios são apresentados em uma única lista e são avaliados a partir dos qualificadores desempenho e capacidade. “O *qualificador de desempenho* descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual” (p.17, OMS, 2004). Por se tratar de atitudes que são manifestadas no ambiente social e que envolvem aprendizagem, comportamento e experiências reais, o desempenho também sofre a interferência dos fatores ambientais.

Para OMS (2004), “o *qualificador de capacidade* descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação” (p.17, OMS, 2004). Não obstante, nestes domínios, o indivíduo é avaliado dentro de suas potencialidades e possibilidades. Levam-se em consideração as condições do ambiente que deve ser favorável para o indivíduo, diminuindo o impacto sobre suas limitações. A avaliação desses domínios permite que seja compreendido quais os fatores limitantes que impedem o desenvolvimento de suas potencialidades e quais necessitam de auxílio e apoio pessoal ou tecnológico.

Tabela 7

Lista Resumida das Atividades e Participação

d1. Aprendizagem e aplicação do conhecimento	Desempenho	Capacidade
d110 Observar/assistir	0	0
d115 Ouvir	0	0
d140 Aprender a ler	2	2
d145 Aprender a escrever	2	2
d150 Aprender a calcular (aritmética)	2	2
d175 Aprender a resolver problemas	2	2
d2. Tarefas e demandas gerais	Desempenho	Capacidade
d210 Realizar uma única tarefa	1	1
d220 realizar tarefas múltiplas	2	2
d3 Comunicação	Desempenho	Capacidade
d310 Recepção de mensagem verbais	1	1
d315 Recepção de mensagens não-verbais	2	2
d330 Fala	1	1
d335 Produção de mensagens não verbais	2	2
d350 Conversação	1	1
d4 Mobilidade	Desempenho	Capacidade
d430 Levantar e carregar objetos	1	1
d440 Uso fino das mãos (pegar, segurar)	2	2
d450 Andar	2	2
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	0	0
d470 Utilização de transporte (ônibus, carro, etc)	2	2
d475 Dirigir (bicicleta, um carro, uma moto, etc)	2	2
d5 Cuidado pessoal	Desempenho	Capacidade
d510 Lavar-se (banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc)	2	2
d520 Cuidados com as partes do corpo (escovar os dentes, etc)	2	2
d530 Cuidados aos processos de excreção	2	2
d540 Vestir-se	1	1
d550 Comer	1	1
d560 Beber	0	0
d570 Cuidar da própria saúde	9	9
d6 Vida doméstica	Desempenho	Capacidade

d620 Aquisição de bens e serviços (fazer compras, etc)	2	2
d630 Preparação das refeições (cozinhar, etc)	2	2
d640 Tarefas domésticas (limpar a casa, secar a louça, etc)	2	2
d660 Ajudar os outros	1	1
d7 Relações e interações interpessoais	Desempenho	Capacidade
d710 Interações pessoais básicas	0	0
d720 Interações pessoais complexas	1	1
d730 Relação com estranhos	1	1
d740 Relações formais	2	2
d750 Relações sociais informais	2	2
d760 Relações familiares	1	1
d770 Relações íntimas	9	9
d8 Áreas principais da vida	Desempenho	Capacidade
d810 Educação informal	2	2
d820 Educação escolar	2	2
d9 Vida comunitária, social e cívica	Desempenho	Capacidade
d910 Vida comunitária	2	2
d920 Recreação e lazer	1	1
d930 Religião e espiritualidade	9	9
d940 Direitos humanos	1	1
d950 Vida política e cidadania	1	1

Qualificadores para o desempenho (extensão da restrição à participação) e capacidade (extensão da limitação da atividade – sem assistência): 0=nenhuma deficiência; 1=deficiência leve; 2=deficiência moderada; 3=deficiência grave; 4=deficiência completa; 8=não especificado; 9=não aplicável

3.2.1.3 Fatores Ambientais

Os fatores ambientais envolvem o ambiente no qual o indivíduo está inserido. Os resultados dos domínios correspondentes a estes fatores estão apresentados na Tabela 8. Segundo a OMS (2004), são também chamados de fatores contextuais, pois levam em considerações o desenvolvimento maturacional do indivíduo e sua maneira de viver.

No entanto, os fatores ambientais afetam diretamente a saúde e bem-estar das pessoas, pois avalia o ambiente físico, social e comportamental destes. Atenta-se sobre o desempenho humano, podendo, estes fatores, serem apreciados como favoráveis ou desfavoráveis na execução de atos e tarefas do dia-a-dia. Os fatores ambientais podem ser avaliados em nível individual, considerando os ambientes em que este convive e interage (escola-família-trabalho) e em nível social (comunidade, organizações), na qual requerem comportamentos que visam o seguimento de regras, leis (OMS, 2014).

Os fatores pessoais também consideram os aspectos relacionados ao histórico individual de cada um e seu estilo de vida, mas também incluem sexo, raça, idade, hábitos, educação recebida, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, padrão geral de comportamento, caráter, características psicológicas individuais, etc. No entanto, os fatores pessoais não apresentam domínios classificatórios, mas contribuem para análise dos fatores ambientes e podem auxiliar no plano de reabilitação (OMS, 2004).

Tabela 8

Lista Resumida do Ambiente

e3 Apoio e Relacionamentos	Barreira	Facilitador
e310 Família imediata	1	+2
e320 Amigos	2	+2
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	2	+2
e330 Pessoas em posição de autoridade	0	+2
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	0	+2
e355 Profissionais da saúde	0	+2
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	0	+2
e4 Atitudes	Barreira	Facilitador
e410 Atitudes individuais dos membros da família imediata	2	+2
e420 Atitudes individuais dos amigos	2	+2
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	1	+2

e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	1	+2
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados à saúde	2	+2
e460 Atitudes sociais	1	+2
e465 Normas, práticas e ideologias sociais	0	0
e5 Serviços, Sistemas e Políticas	Barreira	Facilitador
e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação	2	+2
e535 Serviços, sistemas e políticas de comunicação	1	+1
e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte	2	+2
e550 Serviços, sistemas e políticas legais	2	+2
e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social	2	+2
e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	2	+2
e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	2	+2
e585 Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	2	+2

Qualificador para barreiras ou facilitadores: 0=nenhuma; 1=leve; 2=moderada. 3=grave, 4=completa

A partir dos dados organizados e avaliados de acordo com a CIF é importante que sejam apresentados fatores que podem ter sido facilitadores de agravos no desenvolvimento geral da criança que vão além das lesões acometidas pelo TCE. Inicialmente, a partir das informações obtidas na entrevista com a família, a criança apresentou peculiaridades já no início da vida. A indicação de baixo APGAR ao nascer (6) e o fato de apresentar-se cianótico podem ter relevância quanto ao fato da criança apresentar dificuldades no engatinhar (arrastando a perna direita) e o atraso considerável na linguagem que aconteceu por volta dos quatro anos. Anterior ao acidente a criança já apresentava leves atrasos no desenvolvimento. Ao iniciar o primeiro ano na escola, é possível que a criança já tenha apresentado dificuldades iniciais na aprendizagem. Entende-se que os condicionantes relacionados ao ambiente familiar contribuíram para alguns desses atrasos, em função da limitação de estímulos pela baixa escolaridade da família.

Após o acidente, em função do TCE, as lesões ocasionadas pelo trauma, especificamente no hemisfério direito (occipito-parietal-temporal direito) e parte do lobo frontal, ocasionaram limitações envolvendo principalmente as funções neuropsicológicas

relacionadas à atenção, percepção, memória e funções executivas. Na avaliação da escola, dos profissionais da saúde em conjunto com a avaliação neuropsicológica, se torna claro que a criança possui dificuldades relacionadas à funcionalidade que envolvem sua autonomia e independência, bem como seu aprendizado acadêmico. Após o TCE a criança permaneceu sem estímulos pedagógicos por seis meses, uma vez que ainda não estava alfabetizada. Houve comprometimentos na coluna, nas mãos e pernas do lado esquerdo do corpo, com inclinação de tronco e com membros do lado esquerdo mais curtos, marcha deambulada e oscilação de equilíbrio dinâmico, sendo que estas não foram trabalhadas por um profissional da área motora seguidamente após o acidente. A presença de trocas fonológicas foram evidenciadas e estas também comprometeram o desenvolvimento da leitura e escrita no retorno à escola.

Nesse sentido, a partir da CIF, entende-se que a criança apresenta comprometimentos envolvendo as funções e estruturas do corpo relacionado às funções mentais e o cérebro. Os agravos estão relacionados a consciência, orientação, funções intelectuais, atenção, funções emocionais, funções perceptivas, funções cognitivas superiores e na linguagem. As informações contidas na avaliação neurológica mostram que a criança tem dificuldade em manter o foco de atenção, processar determinadas informações, manter aprendizagens, perceber erros em seus trabalhos, identificar expressões faciais, ter noções de figura-fundo e aptidões geométricas, déficits envolvendo o sentido de direção e limitações na identificação de texturas e tonalidades. Com relação ao aspecto linguístico, há dificuldades em compreender o contexto comunicativo, entender metáforas, prosódia do discurso e expressão do seu estado de humor e de outras pessoas. Considera-se que as limitações oscilam entre seus graus, podendo ser leve, moderado e grave. Porém, com a intervenção imediata, algumas funções podem ser aprimoradas e aperfeiçoadas. Em detrimento ao cérebro, houve mudanças qualitativas na estrutura da cabeça (deficiência grave) e membros superiores e inferiores do lado esquerdo com posição desviada, podendo ser considerado deficiência moderada, pois estas não impedem que a criança exerça sua funcionalidade com êxito, embora necessite de auxílio.

Na atividade e participação, entende-se que a criança necessita de supervisão e auxílio para aprimorar sua aprendizagem e aplicar o conhecimento adquirido. Pela dependência em tarefas e demandas gerais, mobilidade, cuidados pessoal, vida doméstica, relações interpessoais, e comunicação, pode-se pensar em limitações de grau leve e ou moderado. No entanto, estas habilidades podem ser facilitadas com auxílio da escola, da família e das intervenções indicadas. O ambiente em que a criança está inserida pode ser

visualizado tanto como barreira, quanto como facilitador. É importante que a criança receba os estímulos necessários que contribuirão para o seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional. A família encontra algumas barreiras relacionadas à moradia, transporte, saneamento básico e alimentação. A frequência somente junto a Escola Regular não favorece a criança como um todo. É necessário que intervenções com profissionais da área da saúde sejam buscadas e que a família seja potencializada para um trabalho voltado as aprendizagens que envolvem a vida doméstica, os valores e a autonomia da criança. O TCE pode ter limitado aspectos relacionados ao curso de desenvolvimento normal da criança, no entanto, as habilidades relacionadas às interações sociais podem se tornar facilitadoras no processo de aprendizagem e pontencializadoras de avanços no desenvolvimento cognitivo, emocional e social, com melhorias em sua qualidade de vida.

Capítulo IV

Proposta de Reabilitação para RGG

A partir da análise do caso foi possível identificar o perfil neuropsicológico da criança para então estabelecer uma proposta de reabilitação, visando resgatar algumas habilidades e diminuir as incapacidades. Como preconiza a CIF, o objetivo maior é oferecer à criança intervenções que favoreçam sua funcionalidade e lhe proporcionem saúde e qualidade de vida.. Com relação aos aspectos que envolvem as funções e estruturas do corpo, têm-se como objetivos:

1. Contatar profissional da área de neurologia para realização de exames que indiquem o impacto da extensão do TCE no funcionamento da criança;
2. Contatar profissional da área de neurologia para encaminhamento de prótese craniana com objetivo de minimizar a saliência do trauma;
3. Indicar a realização de reabilitação fisioterapêutica com objetivo de prevenir deformidades maiores na lateral esquerda, tanto de membros inferiores como superiores (mãos, pés, quadril, ombro), bem como potencializar o equilíbrio postural estático e dinâmico e a coordenação motora;
4. Realizar reabilitação neuropsicológica para aperfeiçoamento das funções cognitivas comprometidas, principalmente envolvendo a memória, atenção, aprendizagem, fluência verbal, percepção e funções executivas;
5. Iniciar a terapia de restrição e indução do movimento do membro superior direito, com vistas ao uso do lado esquerdo do corpo.
6. Solicitar que o profissional da área de Terapia Ocupacional desenvolva a motricidade fina da mão esquerda e auxilie a criança ser independente em um maior número de atividades de vida diária;
7. Realizar terapia fonoaudiológica com objetivo de trabalhar as trocas fonéticas que comprometem a linguagem oral bem como o estímulo da leitura e escrita.
8. Viabilizar, além do segundo professor em sala de aula, reforço pedagógico no contra-turno da escola regular com vistas ao fortalecimento dos conteúdos trabalhados no contexto escolar.

Ainda, para o aperfeiçoamento de comportamentos que estão relacionados às atividades e participação, bem como os fatores ambientais e contextuais, consideram-se os seguintes objetivos:

1. Potencializar as atividades relacionadas com a aprendizagem e aplicação do conhecimento, tarefas e demandas gerais e comunicação;
2. Oportunizar a criança local adequado que facilite sua mobilidade;
3. Oferecer atividades que viabilizem o aprendizado para o cuidado pessoal e a vida doméstica.
4. Potencializar relações e interações interpessoais favoráveis;
5. Favorecer a participação da criança em áreas principais da vida e vida comunitária, social e cívica;
6. Facilitar a interação da criança com amigos dentro de sua faixa etária;
7. Instrumentalizar a família com informações que visam o desenvolvimento da autonomia e independência da criança;
8. Orientar a escola quanto às limitações da criança, com objetivo de estabelecer um planejamento educacional adequado a sua condição;
9. Permanecer com as reabilitações indicadas nas áreas de neuropsicologia, fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.
10. Reavaliar a criança após um período de reabilitação a fim de acompanhar seu desenvolvimento.

Para que proposta de reabilitação seja possível, considera-se importante que as instituições (APAE e Escola Regular) em conjunto com a família, atuem como facilitadoras no processo de desenvolvimento da criança. Os resultados serão possíveis com a atuação conjunta destes grupos, com o almejo de oportunizar à criança melhorias em seu desenvolvimento global.

Capítulo V

Considerações Finais

O TCE tem sido uma das ocorrências que envolvem lesões que mais acometem crianças e adolescentes (Junior, 2002) e o trabalho tanto de avaliação quanto de reabilitação nesta fase devem ser multidisciplinares (Mello et al., 2013). Neste caso, a partir do histórico decorrente ao momento do trauma e o período em que a criança permaneceu sem os estímulos de reabilitação necessários, foi possível observar a presença de déficits cognitivos que interferem na sua aprendizagem, bem como comprometimentos motores e de linguagem. A avaliação neuropsicológica permitiu investigar o funcionamento intelectual da criança, bem como o impacto de cada função cognitiva. No entanto, pela limitação de instrumentos infantis no Brasil, alguns testes foram utilizados como tarefas, considerando escores de crianças com idades acima da avaliada. Para tanto, as tarefas tiveram de ser adaptadas e para o resultado estimou-se um valor aproximado para a idade (escore Z). Nessa anuência, fortalece-se a necessidade de estudos que envolvam avaliação neuropsicológica na primeira infância, permitindo assim resultados fidedignos que irão auxiliar no processo de análise de resultados e no programa de reabilitação.

No caso apresentado, a criança não teve o suporte necessário após a lesão e este fato pode ter contribuído para o agravamento de alguns déficits. Entende-se que, quanto mais cedo forem oportunizadas as terapias indicadas, melhor será o prognóstico do paciente (Lezak & Loring, 2004). Em se tratando de crianças, tem-se como primazia a intervenção imediata, em função da plasticidade cerebral que envolve a capacidade do cérebro em se reorganizar e possibilitar que alguns mecanismos possam assumir funções diferenciadas (Costa, Azambuja, Portuguez, & Costa, 2004). Com relação a estas afirmações, mecanismos de intervenção se tornam determinantes na evolução clínica de crianças acometidas de TCE. Nesse sentido, além de instrumentos validados para crianças, destaca-se a necessidade de programas de reabilitação específicos com vistas ao aprimoramento das funções que se apresentam deficitárias.

A proposta de utilizar a CIF como instrumento avaliativo neste caso, foi o de compreender quais as capacidades da criança, o quanto suas dificuldades poderiam estar afetando suas atividades cotidianas, com o objetivo maior de propor intervenções que auxiliem na superação destas. A partir da CIF, foi possível aprimorar e detalhar informações mediante o estado de saúde da criança, analisando as funções e estruturas do

corpo que envolvem a deficiência ou doença propriamente dita. A atividade e a participação também se mostraram comprometidas pela limitação apresentada nas ações que envolvem estes meios e os fatores ambientais, relacionados ao impacto sobre as limitações (Battistella & Brito, 2002).

A avaliação baseada na CIF nos permite relacionar as condições de saúde e os fatores envolvidos nos diferentes contextos, diferentemente da CID-10 que se objetiva em analisar somente as características da doença em si (Sampaio & Luz, 2009). Com a elaboração da CIF, abre-se o leque de possibilidades e não se avalia somente as incapacidades, mas a funcionalidade de cada indivíduo, levando-se em consideração suas particularidades pessoais e o ambiente em que está inserido (Di Nubila & Buchalla, 2008).

Na abordagem biopsicossocial da CIF foi possível olhar o caso de RGG para além da avaliação biomédica da doença, considerando os aspectos psicológicos e sociais e os condicionantes ambientais. A partir da CIF foi possível visualizar possibilidades com vistas à inclusão social, desenvolvimento acadêmico e autonomia da criança, levando-se em consideração suas potencialidades, contribuindo assim para melhoria de sua condição de saúde em prol de sua qualidade de vida.

Referências

- Abrisqueta-Gomez, J. (2012). Fundamentos teóricos e modelos conceituais para a prática da reabilitação neuropsicológica interdisciplinar. In J. Abrisqueta-Gomez (Org.), *Reabilitação neuropsicológica: Abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica* (pp. 21-32). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, S. (2014). Fundamentos da reabilitação neuropsicológica. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo, & R. Consenza (Orgs.), *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp. 359-376) 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, Peterson Marco de Oliveira. Ferreira, Fernanda de Oliveira. Vitor Geraldí, Haase. (2009). O uso da CIF através do trabalho interdisciplinar no AVC pediátrico: relato de caso. *Contextos Clínicos*, 2(1), 27-39, janeiro-junho.
- Andrade, V. M.; Santos, F. H.; Buenos, O. F. A. (2004). *Neuropsicologia hoje*. São Paulo: Artes Médicas.
- Battistella, L. R., & Brito, C. M. M. (2002). *Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)*. *Acta Fisiátrica* 9(2), 98-101.
- Capovilla, A. G. S. (2006). *Contribuições da neuropsicologia cognitiva e da avaliação neuropsicológica à compreensão do funcionamento cognitivo humano*. Universidade São Francisco Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia.
- Carvalho, Luis Fernando Andrade de. Affonseca, Carolina de Araújo. Guerra, Sérgio Diniz & Col, (2007). *Traumatismo cranioencefalico grave em crianças e adolescentes*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* 103. Vol. 19 No 1, Janeiro – Março.
- CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde. (2007). Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial da Saúde. Décima revisão. Edusp. Universidade de São Paulo. Vol. 3. São Paulo.
- Costa, Danielle I. Azambuja, Luciana S. Portuguese, Mirna W. Costa, Jaderson C. (2004). *Avaliação neuropsicológica da criança*. Neuropsychological assessment in children. *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, N°2(supl).
- Charchat-Fichman, Helenice; Oliveira, Rosinda Martins; Silva, Andreza Morais da.(2011).*Performance of Brazilian children on phonemic and semantic verbal fluency tasks*.*Dement Neuropsychol*. June;5 (2):78-84.
- De Rienzi, E. Vignolo, L.A. (1962). *The token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics*. *Brain*. Dec;85:665-78.Di Nubila, H. B.V,& Buchalla,

- C.M. (2008). O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(2), 324-35.
- Di Nubila, Heloisa Brunow Ventura. Buchalla, Cassia Maria. (2006). *O papel das classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade*. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(2): 324-35.
- Farias, N. & Buchalla, C. M. (2005). *A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectiva*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187-93.
- Figueiredo, V. L. M. (2001). Uma adaptação brasileira do teste de inteligência WISC-III (Tese de doutorado). Brasília: Universidade de Brasília - Instituto de Psicologia.
- Gindri, Gigiane. Zibetti, Murilo Ricardo. Fonseca, Rochele Paz. (2008). *Funções executivas pós-lesão de hemisfério direito: estudo comparativo e frequência de déficits*. v. 39, n. 3, pp. 282-291, jul./set.
- Gouveia, Paula. Prade, Camila. Lacerda, Shirley. Boschetti, Walkiria. Andreoli, Paola. (2009). *Reabilitação neuropsicológica em fase aguda e crônica após Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) grave*. Contextos Clínicos, vol. 2, n. 1. janeiro-junho.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4 ed.). New York: Oxford University Press.
- Junior, Alfredo Löhr. (2002). *A Conduta frente à criança com trauma craniano*. *Jornal de Pediatria - Vol. 78, Supl.1*.
- Hamdan, Amer Cavalheiro. Pereira, Ana Paula Almeida de. Riech, Tatiana Izabele Jaworski de Sá. (2011). *Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica: Desenvolvimento Histórico e Perspectivas Atuais*. *Interação em Psicologia*, 15(n. especial), p. 47-58.
- Malloy-Diniz, Leandro F. ET AL. (2007). *Normalización de una batería de tests para evaluarlas habilidades de comprensión del lenguaje, fluidez verbal y denominación en niños brasileños de 7 a 10 años: resultados preliminares*. *REV NEUROL* 2007; 44 (5): 275-280.
- Moreira, Lafaiete. Daniel, Marisa Teixeira. Paiva, Andreza. Cazita, Viviane Martins. Salgado, João Vinícius. Malloy-Diniz, Leandro F. Token Test (versão reduzida). In Malloy-Diniz, Leandro F. ET AL. (2010). *Avaliação Neuropsicológica*. Artmed: Porto Alegre.

- Mäder-Joaquim, J. (2010). O neuropsicólogo e seu paciente: Introdução aos princípios da avaliação psicológica. In L. F. Malloy-Diniz, D. Fuentes, P. Mattos, N. Abreu (Orgs.), *Avaliação neuropsicológica* (p. 46-55). Porto Alegre: Artmed.
- Mello, C. B., Rizzuti, S., & Muszkat, M. (2013). Lesões cerebrais na infância. In Mello, C. B., Rizzuti, S., & Muszkat, M. *Neuropsicologia do Desenvolvimento: transtornos do desenvolvimento* (p. 211-226). Rio de Janeiro: Rubio.
- Mendes, Rosa Maria das Neves. (2011). *Avaliação cognitiva em traumatizados crânioencefálicos ligeiros*. Universidade de Aveiro. Secção autónoma das Ciências da Saúde. Tese de doutorado.
- Miranda, D. B., Amorim, M. A. S., & Matão, M. (2013). Traumatismo cranioencefálico Infantil: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 4(3), 1146-56.
- Perea, M. V. (2010). *Rehabilitación cognitiva*. Alicerces, 3(3), 269-84.
- Oliveira, M.da S. (1999). *Figuras Complexas de Rey: teste de cópia e de reprodução da memória de figuras geométricas complexas*. Manual de André Rey. Revisão técnica de Teresinha Rey, Lucia C.F.Franco. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, Rosinda Martins. Charchat-Fichman, Helenice. (2008). *Brazilian children performance on Rey's Auditory Verbal Learning Paradigm*. *ArqNeuropsiquiatr*, 66.
- Organização Mundial da Saúde – OMS & Organização Panamericana de Saúde – OPAS (2011). CIF-CJ – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Centro colaborador da OMS para a família de classificações internacionais em português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde (2004). CIF – *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. (Leitão, Amélia, trad., ver.). Lisboa. Organização Mundial da Saúde – OMS & Organização Panamericana de Saúde – OPAS. . (2007). *CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; vol.2.
- Raven, J. C. (1947). *Coloured Progressive Matrices Sets A.Ab, B*. Oxford: Oxford Psychologists Press Ltd.
- Salles, Jerusa Fumagalli de; Parente, Maria Alice de Mattos Pimenta. *Compreensão textual em alunos de segunda e terceira séries: uma abordagem cognitiva*. *Estudos de Psicologia* 2004, 9(1), 71-80.

- Sampaio, R. F., & Luz, M. T. (2009). *Funcionalidade e incapacidade humana: Explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, 25(3), 475-483.
- Stake, R. E. (1994). Estudos de casos. In Denzin & Lincoln (Orgs.), *Handbook of Qualitative Research*. Settinieri, Francisco. Trad. Eds., Sage, Londres.
- Stucki, G. (2005). International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A promising framework and classification for rehabilitation medicine. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 84, 733-740.
- Voos MC. Ribeiro do Valle LE. (2008). *Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e a evolução funcional em indivíduos destros*. Rev Bras Fisioter. 12(2):113-20.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler intelligence scale for children*. - Third edition (WISC-III): Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Wechsler, Solange Mugia. (2003). *DFH- III: O desenho da figura humana: Avaliação do desenvolvimento cognitivo de crianças brasileiras*. 3 ed. Campinas: Impressão Digital.
- Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2001). *O Inventário Portage operacionalizado: Intervenção com famílias*. São Paulo: Memnon.
- Wilson, B.A. (2003). The future of neuropsychological rehabilitation. In: B.A. WILSON (ed), *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice*. Lisse, Swets and Zeitlinger Publishers, p. 293-301.
- Yassuda, M. S.& Porto, C. S. (2012). Avaliação Neuropsicológica. In A. L. Teixeira, P. Caramelli (Orgs), *Neurologia cognitiva e do comportamento* (p. 43-54). Rio de Janeiro: Revinter.

Anexos

Anexo A

Entrevista de Anamnese

Escola: _____

DATA _____/_____/_____

I. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Série: _____

ENDEREÇO: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Cor/Raça: _____

Religião: _____

Telefone: _____ RG: _____ CPF: _____ CNS: _____

Pai: _____

Escolaridade: _____ Idade: _____

Ocupação: _____ Previdência: _____

Mãe: _____

Escolaridade: _____ Idade: _____

Ocupação: _____ Previdência: _____

Endereço: _____

Responsável: _____

Informante: _____

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Integrantes do grupo familiar: _____

Renda Familiar: _____

III. QUEIXA OU MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

IDADE EM QUE FOI CONSTATADO O PROBLEMA: _____

PROVIDÊNCIAS TOMADAS NA OCASIÃO: _____

APRESENTA DIFICULDADES MOTORAS E ORIENTAÇÃO ESPACIAL VISÍVEIS

IV. ANTECEDENTES

A gestação foi planejada? _____

Causa de gestações interrompidas e/ou mortes (se ocorreram) _____

V. GESTAÇÃO

1. Como a mãe reagiu à notícia da gravidez? (explorar sensações psicológicas)

2. Fez tratamento pré-natal? _____

3. Sofreu alguma queda durante a gravidez (em que mês)? Qual parte do corpo afetada? _____

4. Teve doenças durante a gestação? _____

5. Tirou radiografias durante a gestação? _____

6. Que medicamentos usou? (vitaminas, comprimidos, calmantes) _____

7. Tomou vacina durante a gestação? _____

8. Teve ameaça de aborto? _____

9. Fez transfusão de sangue na gestação? _____

VI. NASCIMENTO

Parto: _____

1. Semanas gestacionais: _____

2. Hospital () Casa () Com médico () Parteira ()

3. O parto foi normal () fórceps () cesariana ()

Por quê? _____

4. Tipo de anestesia: geral () raquidiana () peridural () nenhuma ()

5. Descrição do Parto (duração): _____

6. Posição do bebê: cabeça () face () mãos () pés () nádegas () Outra ()
7. Houve algum problema com o bebê logo que nasceu? Preciso de oxigênio? _____
8. Nasceu cianótico? _____
9. Chorou logo? _____
10. Qual o peso e tamanho? _____
11. Teve icterícia? _____ Como foi tratado? _____
12. Notas de APGAR: _____

VII. DESENVOLVIMENTO

a) Alimentação:

1. Como foi o aleitamento desde o nascimento até o desmame? E as reações à introdução de outros tipos de alimentação? _____
2. Teve ou tem problema para mastigar e/ou engolir? _____
3. Hábitos alimentares da criança (quantas refeições por dia, o que come, o que prefere, come muito, come pouco, foi ou é forçado a comer): _____

b) Desenvolvimento Psicomotor:

1. Idade em que sustentou a cabeça? _____
2. Quando sentou sozinha? _____
3. Engatinhou? _____ Quando? _____
4. Quando andou? _____ Anda adequadamente? _____
5. Quando controlou os esfíncteres? _____
- Anal: diurno _____ noturno: _____
- Vesical: diurno _____ noturno: _____
- Onde ficava a criança quando bebê? _____
- Se a criança sair sozinha, é capaz de voltar? _____
- Perde-se com facilidade? _____
- Caía muito quando pequena? _____

c) Linguagem:

1. Em que idade se deu o balbucio? _____
2. Quando falou as primeiras palavras? _____
E as primeiras frases? _____
3. Apresenta algum problema de linguagem? _____
4. Apresenta gagueira? _____
5. Tem boa compreensão do que falam? _____
6. A criança foi estimulada a falar? _____
7. Quem conversava mais com a criança? _____
8. Contava histórias? _____
9. Teve acesso a livrinhos? _____
10. Quando a criança falava errado, qual a reação dos pais?
(A) corrigia (B) achava bonito (C) engraçado _____
11. Alguém da família apresenta dificuldade de linguagem? _____
12. Gosta de ler? _____

d) Sono:

1. Como é o sono? Calma () sua quando dorme () sonambulismo () agitado () fala dormindo () range os dentes () baba quando dorme _____
2. A que horas costuma dormir a noite? _____
3. Apresenta problemas quando deve ir dormir? _____
4. Dorme durante o dia? _____
5. Tem algum hábito diferente antes de dormir? _____
6. Dorme em quarto só seu? Divide com quem? _____
7. Dorme em cama separada? _____

e) Saúde

1. Consulta o médico regularmente e somente quando necessário? _____
Local: _____
2. A criança teve convulsões? _____ desmaios? _____
3. Teve: Sarampo () idade: _____
Coqueluche () idade: _____
Febre alta () idade: _____
Vermes () idade: _____
Varicela () idade: _____

- Asma () idade: _____
- Caxumba: () idade: _____
- Traumatismo () idade: _____
- Alergia () idade: _____
- Bronquite () idade: _____
4. Vacinas:
- Tríplice () Sabin () Pólio ()
- Sarampo () Caxumba () Varíola () Outras ()
- Reação: _____
5. Operações (do quê? Idade?): _____
6. Hospitalização (motivo, idade e duração): _____
7. Atendimento e medicamento em uso: _____
8. Visão:
- Inclina a cabeça para olhar _____
- Aproxima os objetos _____
- Afasta os olhos _____
- Franze a testa para diminuir o campo visual _____
- Lacrimejamento excessivo dos olhos _____
- Vermelhidão constante dos olhos _____
- Coceira excessiva e constante nos olhos _____
- Assiste televisão a menos de 2,5m de distância _____
- Movimento excessivo dos olhos _____
- Reclama, constantemente, que a visão é turva _____
- Dores de cabeça constantes, principalmente na região fronto-temporal _____
9. Garganta: _____
10. Audição: _____
11. Defeito Físico: _____
12. Exames: Realizado em Resultado
- Fezes ()
- Urina ()
- Sangue ()
- Visão ()
- Ouvido ()
- Garganta ()
- Coração ()
- Eletroencefalograma ()
- Radiologia ()
- f) Manipulação e Hábitos:
1. Usou chupeta? _____ até quando? _____
- Ainda usa? _____
2. Chupou o dedo? _____ até quando? _____ ainda faz? _____
3. Roeu unhas? _____ até quando? _____ ainda faz? _____
4. Puxa a orelha? _____
5. Puxa os cabelos? _____
6. Morde os lábios? _____
7. Teve ou tem tiques? _____ Quais? _____
- g) Sexualidade
1. Já demonstrou curiosidade sexual? _____
2. Masturbação? _____ Em que idade? _____ Frequência? _____
3. Jogo sexual com outras crianças? _____
4. Atitude da família (itens 2 e 3): _____
5. Dificuldades nesta área (inclusive da família): _____
- h) Sociabilidade
1. O que faz quando não está na escola? _____
2. Tem amigos? _____
3. Prefere brincar sozinha ou acompanhada? _____
4. É retraído ou extrovertido? _____
5. Faz amizade facilmente? _____
6. Briga facilmente? _____

7. Como reage às brincadeiras feiras com ela? _____
8. Prefere companheiros mais novos ou mais velhos? _____
9. Que tipo de brincadeiras prefere? _____
10. Demonstra ciúme em relação a algum amigo? _____
11. Fala sozinha _____
12. Brinca de faz de conta? _____
13. Imita animais? _____ Pessoas? _____
14. Quando tem algum problema como reage? _____
- i) Vestuário e higiene / organização (dificuldade)
 1. Veste-se sozinha? _____
 2. Toma banho, lava as mãos, penteia-se sozinha? _____
 3. Calça meias e sapatos adequadamente? _____
 4. Faz nó e laço? _____
 5. como organiza seus brinquedos? _____
 6. ajuda nas tarefas em casa? _____
 7. arruma os materiais escolares? _____
 8. Todos ajudam? Quem é o mais organizado em casa? _____
 9. Costuma colecionar alguma coisa? _____
 10. arruma o guarda-roupa? _____
 11. Como fica o banheiro depois do banho? _____

VIII. ANTECEDENTES FAMILIARES (relativos aos familiares até avós e tios-avós):

1. Deficiência Física _____
2. Deficiência Mental _____
3. Alguém nervoso na família? _____ Quem? _____
Qual a reação quando nervoso? _____
4. Alcoolismo: _____
5. Asma: _____
6. Crises Epiléticas: _____
7. Suicídio: _____
8. Alergia: _____
9. Dificuldade Escolar: _____
10. Morte não elaborada pela criança _____

IX. RELACIONAMENTO FAMILIAR

1. Existem conflitos? _____
2. A criança é protegida por quem? _____
3. É rejeitada? _____ Por quem? _____
4. Com quem fica quando os pais saem? _____
5. Relacionamento entre os pais: _____
6. Entre a mãe e a criança? _____
7. Entre o pai e a criança? _____
8. Entre irmãos? _____
9. Existe outro parente vivendo na casa? _____
15. Prefere estar em grupos ou isolada? _____
16. Ao realizar uma tarefa com certo grau de dificuldade tenta evitá-la? Desviando a atenção para seus próprios pensamentos? (Na hora da lição quer tomar lanche) _____
17. Demonstra comportamento de fuga? _____
18. Reclama de ir para a escola? _____

X. ESCOLARIDADE

1. Histórico escolar: _____

Escolas que frequentou: _____

2. Queixa principal da escola _____
3. Gosta de estudar? _____ Gosta da Professora? _____
4. Tem tempo para fazer as tarefas de casa? _____
5. Quem ajuda nas tarefas de casa? _____
6. O que a família faz quando a criança não vai bem na escola? _____

7. Qual a maior dificuldade apresentada pela criança? _____
8. Como se comporta na sala? _____
9. O que a família pensa da escola? _____
10. O que a família pensa da professora? _____
11. Faz amigos com facilidade? _____
12. Adapta-se facilmente ao meio? _____
13. Quem são os companheiros da criança nas brincadeiras? _____
14. A criança organiza frases? _____
15. Demora a entender as coisas? _____
16. Conta como foi o dia na escola? _____
17. Como se expressa: _____
18. Já repetiu de ano? _____

Atitudes sociais predominantes: (assinalar)

Obediente Independente Comunicativo Agressivo Cooperador

Emocionais:

Tranquilo Seguro Ansioso Alegre Emotivo Queixoso

Medidas disciplinares empregadas pelos pais: _____

Como seu (sua) filho(a) reage quando é contrariado(a), e qual a atitude dos pais nesta ocasião? _____

XI. OUTRAS INFORMAÇÕES

Anexo B

Guia Portage de Educação Pré-Escolar

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 4-5 ANOS		
1. SOCIALIZAÇÃO	Sim	Não
Pede ajuda com está com dificuldades. Contribui para a conversa de adultos. Repete rimas, canções ou dança com os outros. Fica sozinha em uma tarefa doméstica por 20 ou 30 min. Pede desculpe sem ser lembrado (na maioria das X). Espera sua vez nas brincadeiras com mais crianças. Brinca com 2-3 crianças por 20m. em uma atividade que envolva cooperação. Em público, é sociável. Pede permissão para usar objetos na maioria das vezes.		
2. LINGUAGEM	Sim	Não
Obedece a uma sequência envolvendo 3 ordens. Demonstra compreensão dos verbos (ele se machucou). Consegue identificar objetos/figuras que formem par. Emprega o futuro (vamos na vovó) Usa orações compostas (fui na praia e brinquei na areia). Consegue identificar a parte de cima e de baixo de um objeto. Emprega o condicional ao falar (poderia, pudesse, iria) Consegue identificar erros nas figuras. Emprega as palavras: mãe, vó, vô, tia. Completa frases com antônimos. Relata uma história conhecida sem ajuda de figuras. Em uma figura, nomeia o objeto que não pertence a categoria. Diz se duas palavras não rimam. Usa frases complexas (mamãe não deixa eu brincar com a tesoura...) Diz se um som é forte ou fraco.		
3. COGNIÇÃO	Sim	Não
Apanha de 1 a 5 objetos se solicitado. Nomeia 5 texturas (frio, quente, liso, áspero). Copia um triangulo. Recorda de 4 objetos vistos em uma figura. Diz o momento do dia associado a atividade. Repete rimas familiares. Diz se um objeto é mais leve ou pesado. Diz qual objeto está faltando se retirado do grupo de 3 objetos. Nomeia 8 cores. Identifica o valor de 3 moedas. Emparelha símbolos (letras e números). Diz a cor de objetos nomeados. Relata 5 principais fatos de uma história contada. Desenha figura humana. Canta uma canção. Constrói uma pirâmide de 10 blocos por imitação. Nomeia objetos como sendo compridos ou curtos. Coloca objetos atrás, ao lado e junto com outros. Faz conjunto de 10 objetos iguais, segundo o modelo. Nomeia ou aponta para a parte ausente na figura. Conta de 1 a 20. Identifica objeto que está colocado no meio, em primeiro e em último.		
4. AUTOCUIDADOS	Sim	Não
Busca um pano e limpa o que derrubou por conta própria Evita veneno e todas as substancias prejudiciais (álcool, tinta, produtos de		

limpeza...) Desabotoa a roupa. Abotoa a roupa. Retira os pratos e talheres da mesa. Encaixa fecho em sua terminação. Lava as mãos e o rosto. Usa talher apropriado para alimentar-se. Acorda de noite para ir ao banheiro ou acorda seco. Limpa e assua o nariz em 75% das vezes sem ser lembrado. Toma banho só, precisando de ajuda apenas para lavar as costas, pescoço e orelhas. Usa faca para espalha manteiga no pão. Aperta e afrouxa cintos ou fivelas. Veste-se sozinho, mas não dá laços. Serve-se à mesa enquanto seguram a travessa de comida. Ajuda a pôr a mesa corretamente quando recebe instruções. Escova os dentes. Vai ao banheiro a tempo, retira a roupa, usa papel higiênico, dá descarga e veste-se sem ajuda. penteia ou escova cabelos na frente do espelho. Guarda suas roupas no armário (cabide, gavetas...) Anda pela vizinhança sem constante supervisão Enfia cordões em sapatos Amarra ou dá laços nos cordões dos sapatos. 5. DESENVOLVIMENTO MOTOR Fica em um só pé sem apoio por 4-8 segundos. Muda de direção ao correr. Anda sobre uma viga ou tabua, mantendo o equilíbrio. Pula pra frente 10 vezes sem cair. Salta sobre uma corda suspensa a 5cm do solo. Pula de costas 6 vezes. Rebate e apanha uma bola grande. Une 2 a 3 pedaços de massa de modelar. Recorta em torno de linhas curvas. Fecha tampas com roscas. Desce escadas alternando os pés. Pedala um triciclo fazendo curvas. Salta em um pé só 5 vezes consecutivas. Recorta um círculo de 5cm. Desenha figuras simples facilmente identificáveis (Ex: casa, boneco, árvore...) Recorta e cola formas simples.	Sim Não
---	-----------------------

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL 5- 6 ANOS

1. SOCIALIZAÇÃO Manifesta seus sentimentos Consegue entender regras de jogos e explicar Imita papéis de adultos Colabora e conversa durante as atividades Segue regras nos jogos e questiona (oque é?) Planeja e constrói, usando ferramentas simples Consegue contar histórias, desempenhando um papel	Sim Não
2. LINGUAGEM Consegue indicar elementos, objetos. Diz seu endereço. Diz o número de seu telefone. Aponta para o conjunto que tem mais ou menos. Conta piadas simples. Relata experiências diárias. Descreve uma situação. Responde uma pergunta com por que.	Sim Não

<p>Ordena e conta uma história de 2 a 5 episódios. Define palavras (o que é bola, chapéu, cadeira). Responde adequadamente o contrário de... Responde a pergunta: o que acontece se.... Usa ontem, hoje e amanhã corretamente. (Quando tomou banho?) Pergunta o significado de algo novo.</p> <p>3. COGNIÇÃO</p> <p>Conta até 20 objetos e responde adequadamente a pergunta: Qts tem? Nomeia 10 numerais. Identifica sua esquerda e direita. Diz vogais em ordem. Escreve seu nome em caixa alta. Nomeia 5 letras do alfabeto. Ordena objetos em sequência (tamanho, tipo). Nomeia as letras maiúsculas do alfabeto. Coloca numerais de 1 a 10 em sequência correta. Identifica a posição dos objetos em 1, 2 e 3. Nomeia as letras minúsculas do alfabeto. Emparelha letras maiúsculas e minúsculas. Aponta para numerais de 1 a 25. Copia um losango (tentar outras se não conseguir). Completa um labirinto simples. Diz os dias da semana na ordem. (o que vem depois de terça?) Soma e subtrai combinações de até 3 elementos. (com objetos) Diz o mês e dia do seu aniversário. Lê 10 palavras simples impressas. Prediz o que vai ocorrer (O que vai acontecer?) Aponta para objetos inteiros e partidos no meio. Conta de memória até 100 (pedir que pare no 30 se não errar).</p>	<p>Sim Não</p>
<p>4. AUTOCUIDADOS</p> <p>E responsável por uma tarefa e executa sem precisar ser lembrado. Seleciona as roupas apropriadas para o uso de acordo com o clima. Nos passeios, pára e olha para os dois lados da rua e atravessa. Serve-se à mesa e passa os demais a travessa de comida. Prepara sua própria caneca de leite ou sanduíche. É responsável por uma tarefa em casa. Ajusta a temperatura do banho (reclama se está quente o frio). Prepara seu próprio lanche. Anda sozinho até 2 quadras de casa. Corta alimentos moles com a faca. Encontra o banheiro em locais públicos, corretamente. Abra embalagens (leite, suco, refrigerante, salgadinho). Consegue levar o prato até a mesa, pia. Amarra os cadarços, fecha botões, zíper.</p>	<p>Sim Não</p>
<p>5. DESENVOLVIMENTO MOTOR</p> <p>Escreve letras de imprensa maiúscula, isoladas e grandes em qualquer lugar do papel. Anda sobre uma tabua para trás, para frente e para os lados, mantendo o equilíbrio. Caminha saltitando, alternando os pés. Balança em um balanço iniciando e mantendo o movimento. Estica os dedos tocando o polegar em cada um deles. Copia letras maiúsculas. Sobe em escadas de mão ou de escorregador de 3 m. Bate em um prego com um martelo. Rebate a bola à medida que anda com direção. Consegue colorir sem sair da margem em 95% das vezes. Recorta figuras sem sair mais de 6mmda margem. Usa apontador de lápis. Copia desenhos complexos (escola, navio, carro, avião).</p>	<p>Sim Não</p>

<p>Rasga em torno de figuras simples de um papel. Dobra um papel quadrado 2x em diagonal por imitação. Apanha uma bola leve com uma mão só. Pula corda, sozinho. Golpeia uma bola com um bastão ou pedaço de pau. Apanha um objeto no chão enquanto corre. Patina uma distancia de 3m. Anda de bicicleta com rodinhas de apoio de forma independente. Anda de skate sentado. Anda ou brinca em piscina tendo agua até a cintura. Conduz um patinete dando impulso com um só pé. Salta e gira em um só pé. Escreve seu nome com letras de forma em caderno pautado. Salta de uma altura de 30cm e cai na ponta dos pés. Para em um só pé sem apoio com olhos fechados por 10 segundos. Dependera-se por 10 segundos em uma barra horizontal.</p>	
---	--

Anexo C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Programa de Pós-graduação em Neuropsicologia****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Informado**

Pelo presente consentimento, declaro que fui informada(o), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos de coleta dos dados da pesquisa que tem como objetivo realizar avaliação neuropsicológica em uma criança com traumatismo cranioencefálico, utilizando-se da CIF-CJ como instrumento de análise do caso com vistas ao processo de reabilitação. A pesquisa envolverá etapas de coletas de dados organizadas em 6-8 sessões em local reservado, preservando a identificação do avaliado. A entrevista com a família ou responsável também acontecerá em local reservado, mantendo-se todo o sigilo da ética profissional quanto as informações coletas e a preservação do anonimato do integrantes da família. A duração dos encontros será combinada entre pesquisadores e participantes, levando em consideração o melhor interesse dos mesmos. Esses procedimentos serão realizados junto à Escola Especial Caminho Alternativo – situado à Rua Marcílio Dias, 3200, Bairro Jardim Peperi, município de São Miguel do Oeste (SC). A coleta de dados será organizada de modo a evitar custos aos participantes. No entanto, quando necessário, será oferecido auxílio para transporte e alimentação.

Acredita-se que os resultados da pesquisa permitirão compreender de forma correta as limitações do avaliado, lhe permitindo tratamento de reabilitação adequado. Para os familiares, a proposta da pesquisa trará maiores possibilidades quanto ao desenvolvimento de seus filhos e isso poderá trazer algum benefício para eles. No entanto, visto que serão abordadas questões íntimas que podem gerar algum desconforto, caso seja necessário, os participantes poderão optar pela não continuidade na pesquisa, se assim o desejarem.

Tenho o conhecimento de que receberei a resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com esta pesquisa. Poderei obter tais esclarecimentos com a equipe de pesquisa do Instituto de Psicologia pelo fone (51) 3308-5698. Minha participação é voluntária e terei total liberdade para retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo ao atendimento prestado a meu filho (a) nesta instituição.

Entendo que não serei identificada (o) e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas relacionadas a minha privacidade. Tenho ciência de que uma via deste documento será fornecida a mim.

Eu, _____, concordo em participar deste estudo, e concordo também com a participação de meu filho (a) _____.

Os pesquisadores responsáveis por este projeto são a Profa. Jaqueline de Carvalho Rodrigues e a Especializanda Juliana Camini Oliveira. Caso haja alguma eventualidade os participantes poderão entrar em contato com Juliana Camini Oliveira, pelo telefone (49)9913101 ou e-mail julicamini83@gmail.com.

Assinatura da(o) Participante

Assinatura do Pesquisador

Anexo D

Checklist da CIF