



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO**

IANKA MARIA BEZERRA CUNHA DIAS

**QUAIS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO ESTÃO SENDO OFERECIDAS
PARA CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA? UM ESTUDO
DE MAPEAMENTO**

**SANTA CRUZ
2021**

IANKA MARIA BEZERRA CUNHA DIAS

QUAIS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO ESTÃO SENDO OFERECIDAS PARA
CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA? UM ESTUDO DE
MAPEAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Ciências da Reabilitação

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Egmar Longo

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Carolina de Campos

SANTA CRUZ
2021

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - FACISA

Cunha, Ianka Maria Bezerra.

Quais práticas de reabilitação estão sendo oferecidas para crianças com síndrome congênita do Zika? um estudo de mapeamento / Ianka Maria Bezerra Cunha. - 2021.
37f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação. Santa Cruz, RN, 2021.

Orientador: Egmar Longo.

Coorientador: Ana Carolina de Campos.

1. Zika Vírus - Dissertação. 2. Microcefalia - Dissertação. 3. Reabilitação - Dissertação. 4. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF) - Dissertação. I. Longo, Egmar. II. Campos, Ana Carolina de. III. Título.

RN/UF/FACISA

CDU 578.89

IANKA MARIA BEZERRA CUNHA DIAS

QUAIS PRÁTICAS DE REABILITAÇÃO ESTÃO SENDO OFERECIDAS PARA
CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA? UM ESTUDO DE
MAPEAMENTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Ciências da
Reabilitação da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal
do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Ciências da Reabilitação

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Egmar Longo
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Carolina de Campos

BANCA EXAMINADORA

Presidente da Banca (Orientadora):
Prof^ª. Dr^ª. Egmar Longo
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Examinador Interno
Prof^ª. Dr^ª. Karolinne Souza Monteiro
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Examinador Externo
Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Martins Cazeiro
Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

*A meus pais e irmão por toda
dedicação à minha formação
profissional e ao meu esposo por
todo amor, apoio e carinho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por nunca me deixar desistir mesmo quando as dificuldades pareciam ser insuperáveis

Aos meus pais e irmão por todo amor, sacrifício e empenho para me fornecer uma educação de qualidade

A meu esposo e amigo de mestrado por ser meu porto seguro, companheiro e verdadeiro parceiro acadêmico e de vida

A Prof^ª. Dr^ª. Egmar Longo e Prof^ª Dr^ª Ana Carolina Campos por toda paciência, sabedoria, dedicação e orientação realizada de forma impecável e digna de admiração

A cidade de Santa Cruz – RN, que me acolheu de forma carinhosa e alegre

As minhas amigas e presentes do mestrado Andressa Vallery e Ana Gabriela, que se tornaram nossa família

A todos que contribuíram de alguma forma para a finalização dessa jornada. Amigos, professores da PPGCREAB - UFRN, do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ

RESUMO

Introdução: Atualmente, mais de 3 mil crianças diagnosticadas com Síndrome Congênita do Zika (SCZ) devem receber acompanhamento de reabilitação nos serviços especializados, públicos e privados distribuídos pelo Brasil; entretanto, não se sabe se as intervenções utilizadas são baseadas em evidências científicas, e se o modelo de cuidado prestado às crianças com a SCZ considera o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF). Neste sentido, o estudo objetivou mapear as práticas atuais em reabilitação realizadas em crianças com a SCZ por profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional do Brasil. **Método:** Estudo transversal realizado através de um questionário online dirigido a profissionais que prestam assistência às crianças com a SCZ. Posteriormente, os dados coletados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Cento e dezesseis profissionais (79 fisioterapeutas e 37 terapeutas ocupacionais) de reabilitação participaram do estudo, sendo a maioria do sexo feminino, com tempo de experiência superior a 10 anos no tratamento de crianças. No total, 57% informaram utilizar evidência científica para guiar sua intervenção. Quanto ao tipo de tratamento, o Bobath foi a intervenção mais citada pelos fisioterapeutas (n=22) e a Integração Sensorial (n=9), pelos terapeutas ocupacionais. Ainda, 66,4% dos profissionais afirmaram não considerar a CIF durante a avaliação e intervenção das crianças. **Conclusão:** Os achados desse estudo sugerem que podem ser necessárias estratégias de tradução do conhecimento e treinamento profissional para a implementação de práticas baseadas em evidências para garantir a melhoria da qualidade da assistência às crianças com SCZ.

Palavras-chaves: Zika Vírus; Microcefalia; Reabilitação; Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF).

ABSTRACT

Introduction: Currently, more than 3,000 children diagnosed with Congenital Zika Syndrome (SCZ) should receive rehabilitation follow-up in specialized, public and private services throughout Brazil; however, it is not known whether the interventions used are based on scientific evidence, and whether the model of care provided to children with SCZ considers the use of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In this sense, the study aimed to map the current rehabilitation practices performed in children with SCZ by physiotherapy and occupational therapy professionals in Brazil. **Method:** Cross-sectional study conducted through an online questionnaire addressed to professionals who assist children with SCZ. Subsequently, the data collected were analyzed using descriptive statistics. **Results:** One hundred and sixteen rehabilitation professionals (79 physiotherapists and 37 occupational therapists) participated in the study, most of whom were female, with more than 10 years of experience in treating children. In total, 57% reported using scientific evidence to guide their intervention. As for the type of treatment, Bobath was the intervention most cited by physical therapists ($n = 22$) and Sensory Integration ($n = 9$) by occupational therapists. Still, 66.4% of the professionals stated that they did not consider the ICF during the assessment and intervention of the children. **Conclusion:** The findings of this study suggest that knowledge translation and professional training strategies may be necessary to implement evidence-based practices to ensure improved quality of care for children with SCZ.

Keywords: Zika Virus; Microcephaly; Rehabilitation; International Classification of Functionality, Disability and Health (ICF).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de Intervenções	20
Figura 2 - Tipos de atividades usadas nas intervenções	20
Figura 3 - Recursos de avaliação utilizados pelos fisioterapeutas.....	22
Figura 4 - Recursos de avaliação utilizados pelos terapeutas ocupacionais	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio demográficas dos participantes.....	15
Tabela 2 - Ambiente de Trabalho e características do paciente.....	16
Tabela 3 - Intervenções em Reabilitação	17
Tabela 4 - Características dos atendimentos.	21
Tabela 5 - Utilização da CIF.	23

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
MÉTODO	13
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO.....	23
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS.....	27
APENDICE 1 – Questionário da pesquisa.....	33

INTRODUÇÃO

O surto do Zika Vírus causou, desde o ano de 2015, milhares de casos de Síndrome Congênita do Zika (SCZ) no Brasil (1). A SCZ é caracterizada por anormalidades cerebrais com malformações no sistema nervoso central associadas a outras condições de saúde, como deficiências auditivas, visuais(2) (2–4)) e motoras (5–7). Atrasos motores graves, (2–4)associados a risco para diagnóstico de paralisia cerebral (PC), têm sido descritos (8–10). Na maioria dos casos, as crianças com SCZ apresentam comprometimento severo da função motora, sendo classificadas no nível V do *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), o que corresponde ao maior nível de comprometimento motor e da capacidade funcional(11).

Diante deste cenário, um grande desafio é o estabelecimento de intervenções de reabilitação para crianças com a SCZ, uma vez que não há uniformidade e padronização de tratamento nos diferentes serviços. Um dos poucos estudos de intervenção publicados utilizou o programa *Goals Activity Motor Enrichment* (GAME), considerado eficaz para melhorar a função motora de crianças com PC (12), apresentando resultados preliminares positivos diante da percepção das mães em relação às atividades funcionais dos bebês. Entretanto, não foram identificadas melhoras nas habilidades motoras ou cognitivas (13).

Há notável escassez de publicações sobre a temática até o momento, e supõe-se que as intervenções utilizadas na prática clínica sejam baseadas nas estratégias disponíveis para crianças com PC (14). É urgente a necessidade de avançar em pesquisas que direcionem intervenções específicas para SCZ que sejam fundamentadas em práticas baseadas em evidências e no modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (15,16). A CIF enfatiza o componente funcional da saúde, que representa o que uma pessoa pode ou é capaz de fazer, para padronizar a descrição da saúde, habilidades funcionais e deficiências(17). Para descrever o perfil funcional de crianças com a SCZ através da CIF, o estudo de Ferreira et al., (2017) mostrou como padronizar a coleta de informações funcionais desta população para complementar o diagnóstico, e planejar recursos, treinamento e intervenções para esta população. No entanto, tal abordagem ainda não tem sido amplamente implementada.

A Prática Baseada em Evidência (PBE) é uma referência de excelência que orienta as decisões terapêuticas (18). Embora haja indícios de que intervenções com baixo nível de evidência sejam prevalentes no contexto nacional (16), até o momento

não há dados disponíveis sobre as estratégias de intervenção utilizadas por profissionais brasileiros ao prover serviços de reabilitação para crianças com deficiências, em especial a SCZ.

Para a implementação de melhores práticas em saúde, são necessários programas de pesquisa coordenados e duradouros, que possibilitem o acúmulo de conhecimento (19). Porém, mesmo com o crescente interesse em pesquisas sobre como traduzir o conhecimento em prática e melhorar a saúde (20), o acúmulo de conhecimento científico nessa área é lento, limitando as estratégias de tradução de conhecimento que podem aprimorar os cuidados para crianças com PC(21). Conhecer as intervenções empregadas pode favorecer a implementação dessas estratégias.

Tendo em vista que a SCZ é uma nova condição de saúde ainda sem diretrizes baseadas em evidência, torna-se de extrema relevância conhecer quais são as ações de reabilitação dirigidas às crianças com esta condição. Sendo assim, o objetivo desse estudo é mapear as práticas de fisioterapeutas e de terapeutas ocupacionais que acompanham crianças com SCZ no Brasil. Além disso, objetiva-se identificar se tais condutas estão sendo apoiadas em evidências científicas, e se o modelo de cuidado prestado considera o uso da CIF.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e exploratório, no qual fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais responderam a um questionário online autoaplicável. Foram incluídos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais com vínculo ativo nos seus respectivos conselhos profissionais e envolvidos na reabilitação de crianças com SCZ. Profissionais afastados das suas atividades laborais, por motivo de doença, licença-maternidade ou outros, foram excluídos da pesquisa. O estudo foi realizado de setembro de 2019 a julho de 2020.

O questionário para a coleta de dados online com questões objetivas e subjetivas foi adaptado a partir do estudo de (21). As perguntas foram divididas em três seções: a primeira explorou os dados demográficos dos profissionais; a segunda dizia respeito ao ambiente de trabalho e às características do paciente; a última seção arguiu sobre as intervenções em reabilitação. O questionário contou com 23 perguntas objetivas, nas quais era possível marcar apenas uma alternativa, e 20 perguntas subjetivas sem limite de espaço para a resposta. Algumas destas questões eram habilitadas somente no caso

de uma resposta afirmativa a uma questão anterior; deste modo, o número de questões foi variável entre os respondentes, sendo no mínimo 35 e no máximo 43. O conteúdo do questionário foi validado por duas fisioterapeutas especialistas, docentes e pesquisadoras com experiência no Brasil, Estados Unidos e Europa. Para a coleta de dados foi utilizado o Google Forms, uma plataforma universal específica para a criação e aplicação de questionários eletrônicos.

Os sujeitos foram recrutados por meio de anúncios nas redes sociais e no site da Organização Não Governamental Nossa Casa, bem como pelos e-mails dos conselhos de classes de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e das Secretarias de Saúde. Ao acessarem o link do questionário, os profissionais encontraram informações sobre os objetivos da pesquisa, natureza da sua participação, confidencialidade, riscos e benefícios inerentes à pesquisa e consentimento informado. Tiveram acesso ao conteúdo do questionário apenas os profissionais que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As respostas foram gravadas pelo software on-line usado. O tempo para a conclusão do questionário foi em média 30 minutos.

Os dados foram analisados por meio do *Statistical Package for Social Scientists (SPSS)*, versão 20 para Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA), para a realização de estatísticas descritivas básicas como frequências, percentagens e médias das principais variáveis do estudo. As características das intervenções e os aspectos profissionais e organizacionais foram estimados por meio de frequência absoluta e porcentagem.

Nenhum incentivo financeiro foi recebido para a realização da pesquisa. As respostas dos sujeitos foram registradas de forma anônima, bem como os dados foram tratados de forma conjunta, não sendo possível identificar os participantes. O protocolo de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN) sob o número 18049919.4.0000.5568.

RESULTADOS

No total, 116 profissionais responderam ao questionário, sendo 79 fisioterapeutas (68,1%) e 37 terapeutas ocupacionais (31,9%). As características sociodemográficas dos participantes são apresentadas na Tabela 1. Houve predomínio do sexo feminino (85,3%), a maior parte dos participantes possuía especialização ou mestrado/doutorado e cerca de metade apresentava experiência profissional mínima de dez anos.

Tabela 1 - Características sócio demográficas dos participantes.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	99	85,3%
Masculino	17	14,7%
Idade		
20-29	34	29,3%
30-39	41	35,3%
40-49	33	28,4%
50 ou mais	08	7,0%
Profissão		
Fisioterapeuta	79	68,1%
Terapeuta Ocupacional	37	31,9%
Escolaridade		
Bacharelado	25	21,6%
Residência	07	6,0%
Especialista	50	43,1%
Mestrado	26	22,4%
Doutorado	08	6,9%
Tempo de experiência clínica		
1-3 anos	17	14,7%
4-5 anos	42	36,2%
>10 anos	57	49,1%
Tempo de experiência clínica com crianças		
< 1 ano	01	0,9%
1-3 anos	27	23,3%
4-10 anos	43	37,1%
>10 anos	45	38,7%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Sobre o ambiente de trabalho e as características do paciente (Tabela 2), foi observado que 44,8% dos profissionais trabalhavam em Centros Especializados de Reabilitação – CER, sendo a maioria dos espaços de trabalho localizado na zona urbana (98,3%) e do tipo público (65,5%). Mais da metade dos participantes referiu não realizar pesquisas em reabilitação nos seus respectivos ambientes de trabalho.

Tabela 2 - Ambiente de Trabalho e características do paciente.

Variável	N	%
Espaço de trabalho		
Hospital - Ambulatório/ Enfermaria	19	16,4%
Clínica Privada	10	8,6%
Clínica Privada Multidisciplinar	10	8,6%
Centro Especializado em Reabilitação – CER	52	44,8%
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	04	3,4%
Universidade – Prestação de Serviço	06	5,2%
Universidade- Docência	07	6,0%
Organização Comunitária (ONG's ou outros)	07	6,0%
Atendimento domiciliar	01	1,0%
Região de Trabalho		
Urbano	114	98,3%
Rural	02	1,7%
Procedência dos pacientes		
Mesma região ou localização	44	37,9%
Variedade de regiões ou locais	72	62,1%
Fonte de financiamento da Instituição		
Privado	28	24,1%
ONG	07	6,0%
Público	76	65,5%
Fapesp e instituições internacionais	01	0,9%
Filantrópica conveniada ao SUS	02	1,7%
Privado e público	01	0,9%
Convênios, projetos...	01	0,9%
Estabelecimento é uma Instituição de Ensino		
Sim	54	46,6%
Não	62	53,4%

Realização de pesquisas em Reabilitação		
Sim	54	46,6%
Não	62	53,4%
Quantidade de profissionais no serviço		
2-4	23	19,8%
5-10	23	19,8%
>10	70	60,4%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Em relação às intervenções em reabilitação (Tabela 3), 50,9% dos profissionais (ou alguém da equipe) participaram da elaboração e/ou implementação de um programa de reabilitação específico para as crianças de SCZ. Foi observado que 23,3% têm selecionado o tipo de reabilitação através do quadro clínico da criança e que 57% utilizam alguma evidência científica para guiar sua intervenção, sendo artigos científicos a fonte mais utilizada (47%).

No que diz respeito à utilização de programas de treinamentos intensivos, 13,8% referiram utilizar essa modalidade terapêutica, sendo o método Pediasuit/Therasuit o mais utilizado (68,7%). Apenas 31% utilizavam programas de treinamento domiciliar para as crianças com SCZ e 32,8% dos profissionais usavam programas de reabilitação em grupo.

Tabela 3 - Intervenções em Reabilitação.

Variável	N	%
Participou da elaboração/implementação de um programa específico para crianças com ZIKA		
Sim	59	50,9%
Não	57	49,1%
Método utilizado para selecionar o tipo de reabilitação		
Evidência Científica	10	8,6%
Quadro Clínico da Criança	27	23,3%
Discussão de Equipe	10	8,6%
Tipo de intervenção*	21	18,1%
Avaliação	21	18,1%
Prática clínica/experiência	06	5,1%
CIF	04	3,5%
Não sabe	04	3,5%

Não válida	13	11,2%
Utiliza alguma evidência científica para guiar sua intervenção		
Sim	66	57,0%
Não	50	43,0%
Fonte utilizada de evidência (n=66)		
Artigos Científicos	31	47,0%
OMS	05	7,6%
Resposta relacionada à intervenção	12	18,2%
Google	01	1,5%
Livros	02	3,0%
Congressos	01	1,5%
Instituto Fernandez Figueira	02	3,0%
Não Respondeu	12	18,2%
Utiliza um programa de reabilitação intensivo		
Sim	16	13,8%
Não	100	86,2%
Característica da intervenção de reabilitação intensivo (n=16)		
Individual	11	68,7%
Individual e grupo	5	31,3%
Programas de treinamento intensivo utilizados (n=16)		
PediaSuit/TheraSuit	11	68,7%
Estimulação de atividades locomotoras	01	6,3%
Bobath	01	6,3%
Não Válidas	03	18,7%
Duração da intervenção de programa intensivo (n=16)		
3-4x/semana	04	25,0%
> 4x/semana	06	37,5%
Não Respondeu	06	37,5%
Frequência que o programa é oferecido por ano (n=16)		
1-2x/ano	04	25,0%
3-4x/ano	02	12,5%
> 4x/ano	07	43,8%
Não Válida	03	18,7%
Utilização de treinamento domiciliar		
Sim	36	31,0%
Não	80	69,0%
Papel do cuidador (n=36)		

Dar continuidade do tratamento em casa	11	30,6%
Participar da terapia	07	19,4%
Responsável pelos cuidados da criança	12	33,3%
Essencial no processo de reabilitação	06	16,7%
Utilização de um programa de reabilitação em grupo		
Sim	38	32,8%
Não	78	67,2%
Número de participantes ou indivíduos(n=38)		
1-5 participantes	16	42,1%
6-10 participantes	12	31,6%
>10 participantes	07	18,4%
Não Válida	03	7,9%
Dias por semana do programa de reabilitação em grupo		
1-2x/semana	78	67,2%
3-4x/semana	09	7,8%
>4x/semana	21	18,1%
Não Válida	08	6,9%
Horas por dia que o atendimento é oferecido aos pacientes		
30-50 minutos	39	33,6%
1 hora-2 horas	45	38,8%
3 horas-5 horas	08	6,9%
6 horas-8 horas	14	12,0%
Não Válido	10	8,7%

*Resposta citada pelos entrevistados relacionada a algum tipo de intervenção.

Quanto aos tipos de intervenções realizadas pelos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, na Figura 1 observa-se que enquanto Bobath foi a intervenção mais citada pelos fisioterapeutas (n=22), os terapeutas ocupacionais utilizaram preferencialmente Integração sensorial (n=9).

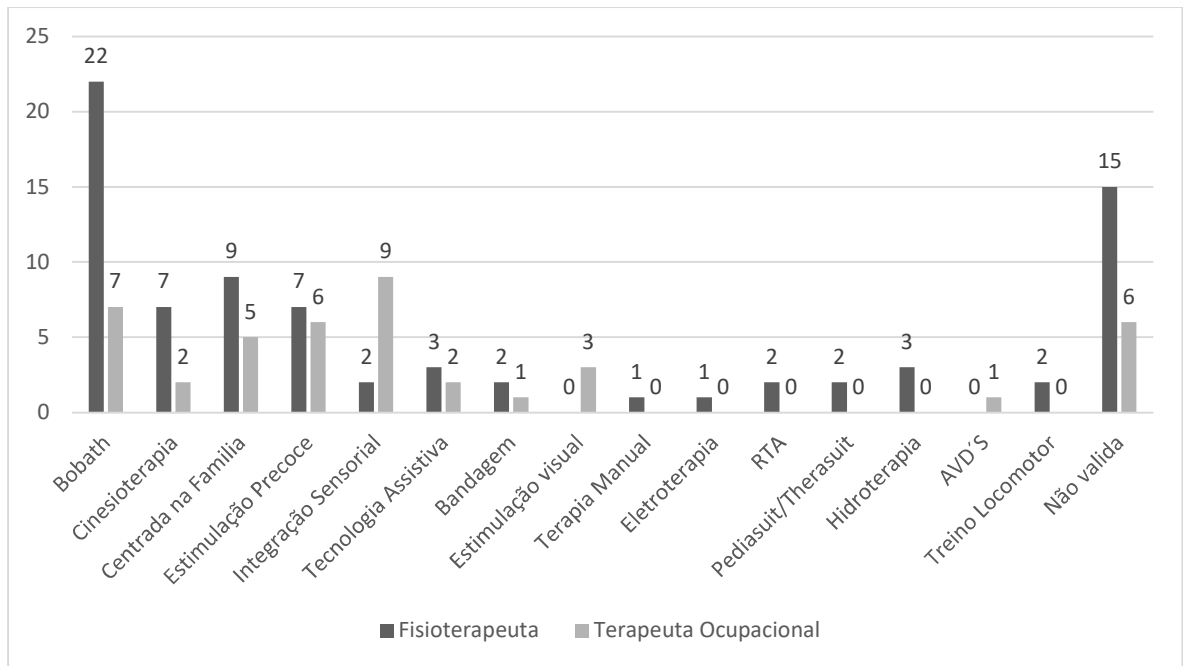


Figura 1 - Tipos de Intervenções

Em relação aos tipos de atividades usadas nas intervenções (Figura 2), observa-se que a atividade lúdica foi a resposta mais frequente dos fisioterapeutas ($n=17$), seguida de atividades motoras grossa e fina ($n=16$), enquanto os terapeutas ocupacionais utilizavam principalmente atividades motoras grossa e fina ($n=25$), atividade sensorial ($n=21$) e atividades lúdicas ($n=19$).

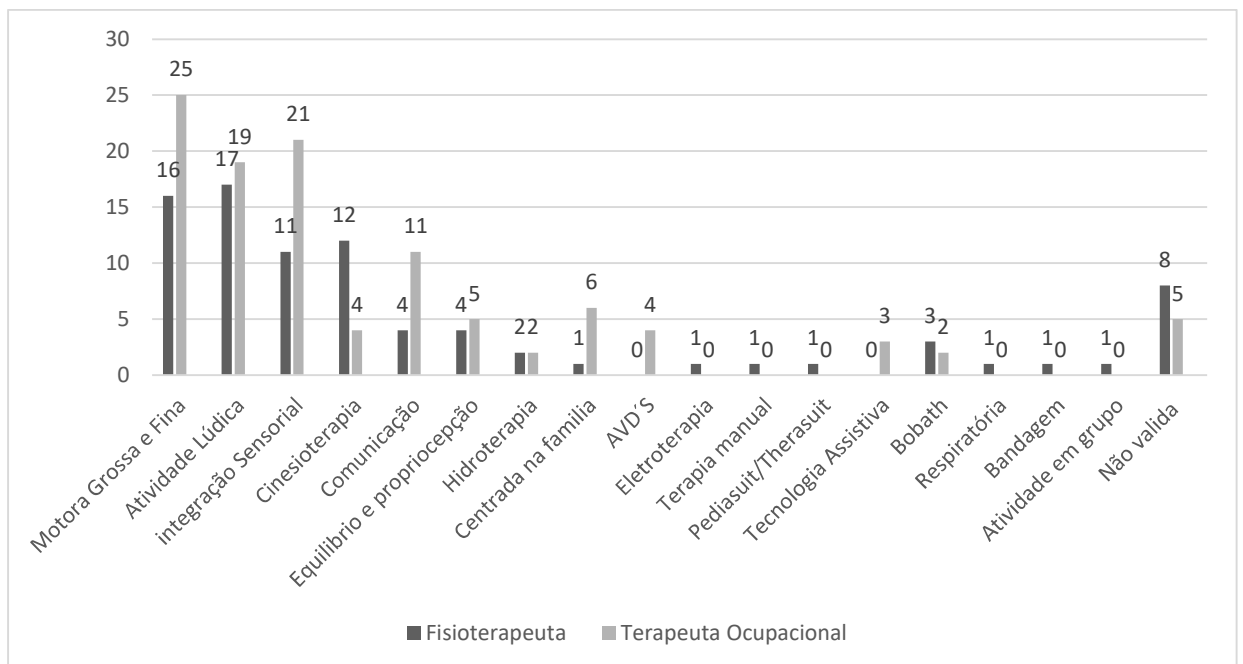


Figura 2 - Tipos de atividades usadas nas intervenções

No que diz respeito aos profissionais envolvidos nas intervenções 71,6% dos participantes afirmaram que os serviços são compostos por uma equipe multiprofissional, 67,2% dos atendimentos são realizados de uma a duas vezes por semana, sendo a maioria com duração de uma hora a duas horas aproximadamente (38,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Características dos atendimentos.

Variável	N	%
Profissionais envolvidos		
Fisioterapeuta	18	15,5%
Terapeuta Ocupacional	04	3,4%
Equipe Multiprofissional	83	71,6%
Não Válida	11	9,5%
Dias por semana		
1-2x/semana	78	67,2%
3-4x/semana	09	7,8%
>4x/semana	21	18,1%
Não Válida	08	6,9%
Duração das intervenções		
30-50 minutos	39	33,7%
1 hora - 2 horas por dia	45	38,8%
3 horas – 5 horas por dia	08	6,9%
6 horas – 8 horas por dia	14	12,0%
Não Válida	10	8,6%

As informações sobre avaliação evidenciaram que 62 profissionais utilizavam uma ficha de avaliação própria não especificada no contexto da resposta. As escalas utilizadas pelos fisioterapeutas (Figura 4) foram a Medida da Função Motora Grossa – GMFM (n=4), Inventário de Evolução Pediátrica de Deficiência – PEDDI (n=3), Bayley (n=7) e avaliação segundo o modelo da CIF (n=7). Os terapeutas ocupacionais (Figura 5) utilizaram o modelo da CIF (n=7), PEDDI (n=5), Medida Canadense de Desempenho Ocupacional – COPM (n=5) e a GMFM (n=4).

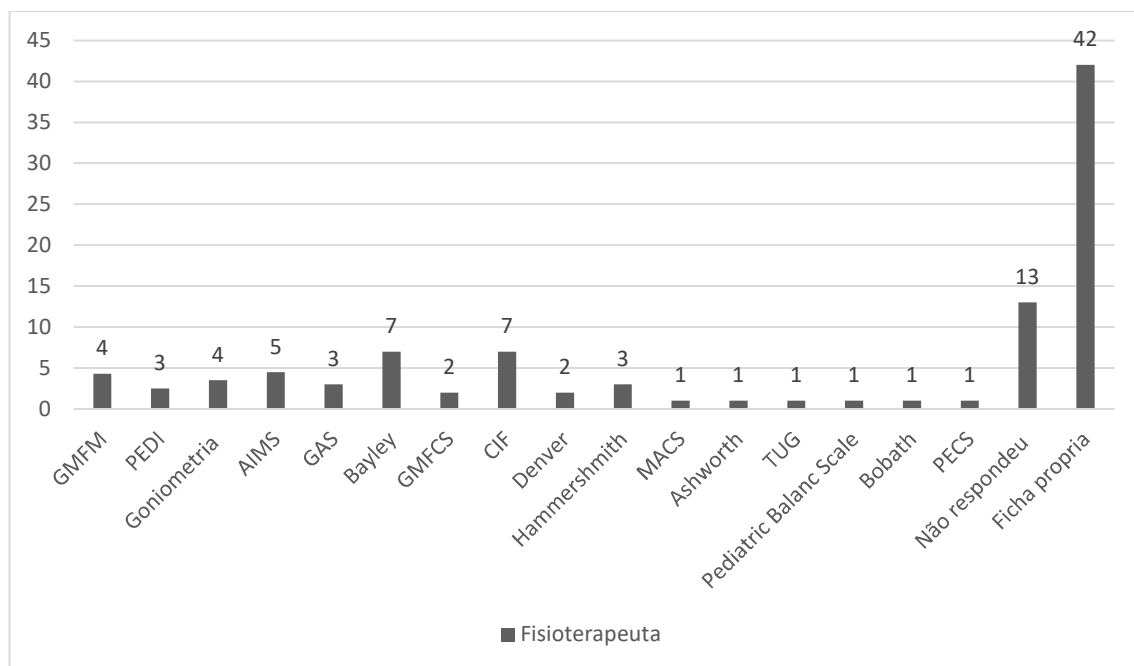


Figura 3 - Recursos de avaliação utilizados pelos fisioterapeutas*

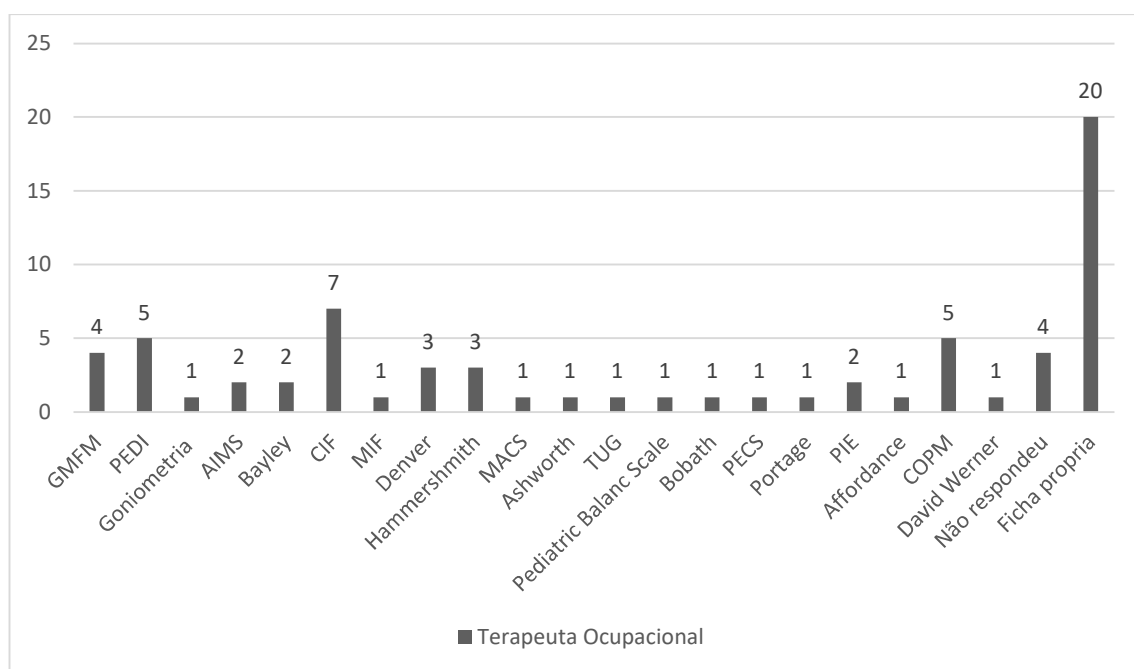


Figura 4 - Recursos de avaliação utilizados pelos terapeutas ocupacionais*

Na Tabela 5 é possível observar que 66,4% da amostra referiu não considerar a CIF durante a avaliação e intervenção, e dos 33,6% que a utilizavam, 35,2% não souberam especificar quais domínios eram contemplados nas suas práticas clínicas (Tabela 5).

Tabela 5 - Utilização da CIF.

Variável	N	%
Utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) durante a avaliação e intervenção de crianças com SCZ		
Sim	39	33,6%
Não	77	66,4%
Domínios da CIF contemplados durante a avaliação ou intervenção (n=39)		
Todos	15	38,4%
Atividade e Participação	12	23,5%
Estrutura e Função do corpo	05	10,0%
Fatores Ambientais	01	1,9%
Não Sabe	18	35,2%

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo dirigido a identificar as intervenções e as características dos serviços de reabilitação em que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais acompanham crianças com SCZ no Brasil. A maioria dos participantes era do sexo feminino e fisioterapeuta, com formação em nível de especialização ou mestrado/doutorado. Buscou-se destacar a importância da utilização da PBE por fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais nas rotinas de reabilitação para crianças com a SCZ. Mais da metade da amostra referiu guiar suas práticas através da evidência, sendo que 47% citaram a utilização de artigos científicos.

As crianças com SCZ podem se beneficiar com melhores resultados a partir da incorporação de PBE; sendo assim, este estudo caracteriza-se como um passo fundamental nesse processo por permitir, o mapeamento das práticas realizadas nos cenários de reabilitação onde estas crianças são acompanhadas. Especialmente em condições de saúde recentemente identificadas, a PBE torna-se ainda mais desafiadora e pode exigir um grande esforço da comunidade científica (22).

Uma revisão sistemática realizada por Silva et al., (2015) observou que as principais barreiras à implementação da PBE por fisioterapeutas foram a falta de tempo, incapacidade de compreender dados estatísticos, apoio do empregador, recursos, interesse e falta de generalização dos resultados dos estudos para o paciente. De maneira semelhante, Araújo et al., (2018) reforçam que o uso de pesquisas como

suporte para a prática e tradução do conhecimento ainda são um desafio para os terapeutas ocupacionais brasileiros, principalmente devido à sobrecarga de trabalho e à barreira linguística, além da necessidade de saber identificar os trabalhos com maior qualidade.

O uso de ferramentas de avaliação robustas na prática clínica é um passo essencial para otimizar os resultados de saúde (25). Mulpuri et al., (2018) também afirmam que uma das estratégias eficazes para a prevenção de comprometimentos musculoesqueléticos secundários e suas sequelas em crianças gravemente afetadas é a implementação de ferramentas de avaliação baseadas em evidências na prática clínica. A maioria dos estudos publicados indicam que crianças com SCZ apresentam deficiências motoras graves e podem apresentar dor e prejuízo da qualidade de vida ao longo do tempo, o que requer um monitoramento sistemático, eficaz e guiado por ferramentas de avaliação válidas e confiáveis (27).

Contudo, nossos resultados evidenciaram que 53% dos fisioterapeutas e 54% dos terapeutas ocupacionais utilizavam uma ficha de avaliação própria; apenas 15 fisioterapeutas e quatro terapeutas ocupacionais informaram utilizar o GMFM para avaliação, enquanto que cinco terapeutas ocupacionais e cinco fisioterapeutas utilizaram o PEDI, duas das principais ferramentas para a avaliação de crianças com PC ou outras incapacidades da infância (28,29). Apesar de ter sido pouco citada, a COPM também pode ser considerada uma ferramenta adequada na Terapia Ocupacional, por estar associada à prática baseada em ocupação, envolvendo o nível do desempenho e o grau de satisfação(30). Uma possível explicação para a baixa adesão ao uso de ferramentas consideradas padrão-ouro pode ser a falta de treinamento especializado nos referidos serviços, barreira comumente citada por profissionais, especialmente no contexto de países de baixa e média renda como o Brasil (31).

Apesar de ser o modelo de referência no campo da deficiência infantil, a CIF permanece um desafio para sua ampla utilização no Brasil(16). A estrutura da CIF pode orientar os terapeutas na avaliação dos resultados da intervenção com foco nos domínios das estruturas e funções corporais, atividades e participação. Mais de 60% da amostra referiu não utilizar a CIF como referência nas suas práticas e, daqueles que a utilizavam, somente 23,5% informaram considerar o domínio participação, um dos desfechos considerados na atualidade como principal indicador de saúde(32). O uso de ferramentas baseadas em evidências e na CIF permite que os terapeutas permaneçam profissionalmente responsáveis para com as crianças e famílias, organizações e suas

agências de financiamento, além de ser fundamental para o ciclo de prática-pesquisa (33).

A intervenção mais utilizada com crianças com SCZ pelos fisioterapeutas participantes deste estudo foi o Bobath. Pesquisas recentes chamam atenção para os baixos níveis de evidência de práticas como a Terapia do Neurodesenvolvimento (NDT) (12,34–40), enfatizando que intervenções do tipo "de baixo para cima" são ineficazes. Outro método utilizado por profissionais foi o PediaSuit/TheraSuit que, apesar do alto custo, continua sem mostrar fortes recomendações de uso, segundo as publicações disponíveis até o momento (12,41,42). Por outro lado, é possível discutir a necessidade de que sejam realizadas pesquisas, para que os profissionais brasileiros contribuam também com a produção de evidências. Devemos ser capazes de entender e avaliar os requisitos mínimos quanto ao rigor metodológico para considerar uma revisão sistemática como uma fonte das melhores evidências disponíveis (24).

Crianças com SCZ apresentam quadro clínico similar a PC, segundo a literatura disponível (43); portanto, até que surjam ensaios clínicos específicos para essa população, parece coerente assumir que intervenções consideradas “bandeira vermelha” e que não são eficazes para melhorar a função motora em PC, tenham a mesma resposta em crianças com SCZ. Dentre as técnicas que se mostraram eficazes de acordo com a literatura recente, apenas os programas domiciliares e as práticas centradas na família foram citadas pelos profissionais participantes da nossa pesquisa, entretanto não é possível afirmar se tais condutas eram estabelecidas considerando elementos como o envolvimento efetivo dos pais e o estabelecimento de metas em parceria (44).

Com relação às abordagens da Terapia Ocupacional, evidências recentes apoiam a prática centrada no cliente, a abordagem orientada à tarefa e a prática baseada em ocupação (24), mas estas abordagens não foram mencionadas nesta investigação. O GAME é uma das intervenções consideradas como efetivas para melhorar a função motora de crianças com PC (12). Contudo, o estudo de Brandão et al., (2019), apesar de encontrar efeitos positivos na percepção das mães, mostrou que a implementação do enriquecimento ambiental não melhorou as habilidades motoras das crianças. Tal achado indica que esse ingrediente pode não ser suficiente para promover mudanças nas habilidades motoras de crianças gravemente afetadas, como é o caso das crianças com a SCZ. Observa-se, assim, a necessidade de mais estudos explorando outras intervenções e desfechos diferentes.

No presente estudo 31% dos profissionais referiram realizar treinamento domiciliar, embora a maioria dos profissionais afirmasse que o papel do cuidador era ser responsável pelos cuidados da criança e apenas 19,4% relatou que o cuidador participava ativamente da intervenção. Tais achados chamam a atenção para a necessidade de atividades formativas para a implementação de programas domiciliares e de práticas centradas na família por profissionais que acompanham crianças com a SCZ no Brasil, por tratar-se de intervenções baseadas em evidência que promovem ganho para as crianças e suas famílias (12,36,38,45–47). Pesquisas indicam ainda que quando familiares assumem o papel ativo nas escolhas das metas consideradas importantes para o desenvolvimento de seus filhos, juntamente com o terapeuta, os resultados são otimizados (48–50). Sendo assim, é fundamental incluir os pais/cuidadores nas intervenções, considerando as suas necessidades e preferências (2,51).

No momento atual, quando todo o mundo precisou adaptar-se às necessidades impostas pela pandemia do COVID-19, a telerreabilitação ganhou protagonismo e mostrou eficácia em determinadas condições de Saúde (52). Igualmente, os programas domiciliares surgiram como uma janela de oportunidade para valorizar o papel da família no cuidado de crianças com deficiência, especialmente em países como o Brasil, onde essa prática ainda não era implementada (16).

O protocolo de atenção à saúde sugere que a criança com SCZ deve ser acompanhada por uma equipe multiprofissional (53). Esse dado demonstra relação com o estudo atual, onde 71,6% dos respondentes afirmaram que os serviços envolvidos no tratamento das crianças com SCZ são formados por uma equipe multiprofissional. Poucos estudos têm documentado as características dos serviços para crianças com deficiência (54); as publicações disponíveis mostram que a frequência e a intensidade dos serviços estão relacionadas à gravidade da deficiência e que a frequência diminui com a idade, de modo que o acompanhamento se torna mais consultivo e episódico (55,56).

Os resultados do estudo chamam atenção para uma necessidade urgente da implementação de práticas de avaliação e intervenção baseadas em evidência no manejo de crianças com SCZ. No entanto, algumas limitações do estudo devem ser levadas em consideração ao interpretar os resultados. Por exemplo, não foi possível estimar a taxa de resposta, uma vez que não existem dados disponíveis sobre o número de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que trabalham com SCZ no Brasil (53,57).

Apesar do questionário incluir uma pergunta sobre a região de atuação, muitos não responderam, o que impossibilita uma avaliação sobre necessidades de formação e atualização profissional em determinadas regiões do país. Ao mesmo tempo, o formato do questionário não possibilita uma análise aprofundada das barreiras e dos facilitadores para a implementação de práticas baseadas em evidência. Também é possível que os resultados possam vir de um grupo pequeno de profissionais e podem não ser representativos em termos de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que acompanham crianças com SCZ no Brasil; portanto, os achados desta pesquisa não podem ser generalizados.

CONCLUSÃO

Mais da metade dos profissionais que participaram da pesquisa referiram usar práticas baseadas em evidência na assistência às crianças com SZV, mas os resultados apontaram uma fragilidade na qualidade dos serviços, já que as intervenções parecem não retratar as recomendações mais atuais na área de reabilitação de crianças com deficiência. A maioria dos terapeutas demonstrou preferir confiar em seus conhecimentos clínicos ao avaliar e intervir com crianças com SCZ, ao invés de utilizar medidas de avaliação válidas e confiáveis e técnicas com evidência científica. Esses achados sugerem que pode haver uma necessidade de maior conscientização e treinamento para a utilização de práticas baseadas em evidências ou de estratégias de tradução de conhecimento de tais intervenções, para que sua implementação seja bem-sucedida.

Tais estratégias precisam ser discutidas em parceria com os profissionais, conselhos de classe, movimentos associativos, ativistas e familiares de crianças com SCZ, assim como professores e pesquisadores. Esse chamado para ação merece prioridade a fim de garantir que crianças com SCZ e outras deficiências recebam o melhor tratamento disponível.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (Sim-P) Temporalmente Associada À Covid-19. Boletim Epidemiológico.

2020;51(42):1–27.

2. Kapogiannis BG, Chakhtoura N, Hazra R, Spong CY. Bridging knowledge gaps to understand how Zika virus exposure and infection affect child development. *JAMA Pediatr.* 2017;171(5):478–85.
3. Melo ASDO, Aguiar RS, Amorim MMR, Arruda MB, De Oliveira Melo F, Ribeiro STC, et al. Congenital Zika virus infection: Beyond neonatal microcephaly. *JAMA Neurol.* 2016;73(12):1407–16.
4. Ferreira NAC, Campos AC de, Cicuto Ferreira Rocha F, Pereira dos Santos Silva F. Microcephaly and Zika virus: Neuroradiological aspects, clinical findings and a proposed framework for early evaluation of child development. *Infant Behav Dev [Internet].* 2017;49(May):70–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.07.002>
5. Pessoa A, Van Der Linden V, Yeargin-Allsopp M, Carvalho MDCG, Ribeiro EM, Van Naarden Braun K, et al. Motor abnormalities and epilepsy in infants and children with evidence of congenital Zika virus infection. *Pediatrics.* 2018;141(February 2018):S167–79.
6. Satterfield-Nash A, Kotzky K, Allen J, Bertolli J, Moore CA, Pereira IO, et al. Health and Development at Age 19–24 Months of 19 Children Who Were Born with Microcephaly and Laboratory Evidence of Congenital Zika Virus Infection During the 2015 Zika Virus Outbreak — Brazil, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2017;66(49):1347–51.
7. Wheeler AC. Development of infants with congenital Zika syndrome: What do we know and what can we expect? *Pediatrics.* 2018;141(February 2018):S154–60.
8. Ventura PA, Lage MC, Carvalho AL De, Fernandes AS, Taguchi TB, Nascimento-carvalho CM. Early Gross Motor Development Among Brazilian Children with. 2019;00(00):1–7.
9. Frota LM da CP, Sampaio RF, Miranda JL, Brasil RMC, Gontijo APB, Mambrini JV de M, et al. Children with congenital Zika syndrome: symptoms, comorbidities and gross motor development at 24 months of age. *Heliyon.* 2020;6(6):1–8.
10. Marques FJP, Teixeira MCS, Barra RR, de Lima FM, Dias BLS, Pupe C, et al. Children Born With Congenital Zika Syndrome Display Atypical Gross Motor Development and a Higher Risk for Cerebral Palsy. *J Child Neurol.* 2019;34(2):81–5.
11. Melo A, Gama GL, Da Silva Júnior RA, De Assunção PL, Tavares JS, Da Silva MB, et al. Motor function in children with congenital Zika syndrome. *Dev Med Child Neurol.* 2020;62(2):221–6.
12. Novak I, Honan I. Effectiveness of paediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. *Aust Occup Ther J.* 2019;66(3):258–73.
13. Brandão M de B, Frota LM da CP, Miranda JL, Cavalcante Brasil RM, Mancini MC. Family-Centered Early Intervention Program for Brazilian Infants with Congenital Zika Virus Syndrome: A Pilot Study. *Phys Occup Ther*

- Pediatr [Internet]. 2019;39(6):642–54. Available from: <https://doi.org/10.1080/01942638.2019.1600100>
14. Schiariti V, Selb M, Cieza A, O'Donnell M. International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for children and youth with cerebral palsy: A consensus meeting. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57(2):149–58.
 15. Schiariti V, Mâsse LC. Identifying relevant areas of functioning in children and youth with Cerebral Palsy using the ICF-CY coding system: From whose perspective? *Eur J Paediatr Neurol*. 2014;18(5):609–17.
 16. Longo E, De Campos AC, Schiariti V. Zika Virus after Emergency Response: Can the ICF Guide Rehabilitation of Children with Microcephaly? *Pediatr Phys Ther*. 2019;31(4):370–2.
 17. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health [Internet]. World Health Organization. 2001. 1–315 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf>
 18. Kumar SP, Sisodia V. Evidence-based palliative care: Role of palliative care journals. *Indian J Palliat Care*. 2013;19(1):76.
 19. Striffler L, Cardoso R, McGowan J, Cogo E, Nincic V, Khan PA, et al. Scoping review identifies significant number of knowledge translation theories, models, and frameworks with limited use. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2018;100:92–102. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2018.04.008>
 20. Ullrich C, Mahler C, Forstner J, Szecsenyi J, Wensing M. Teaching implementation science in a new master of science program in germany: A survey of stakeholder expectations. *Implement Sci*. 2017;12(1):1–8.
 21. Shikako-Thomas K, Fehlings D, Germain M, Gordon AM, Maynard D, Majnemer A. Current Practice “Constraints” in the Uptake and Use of Intensive Upper Extremity Training: A Canadian Perspective. *Phys Occup Ther Pediatr* [Internet]. 2018;38(2):143–56. Available from: <https://doi.org/10.1080/01942638.2017.1303802>
 22. Carley S, Horner D, Body R, MacKway-Jones K. Evidence-based medicine and COVID-19: What to believe and when to change. *Emerg Med J*. 2020;37(9):572–5.
 23. Silva TM da, da Cunha Menezes Costa L, Garcia AN, Costa LOP. What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. *Man Ther* [Internet]. 2015;20(3):388–401. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2014.10.009>
 24. Araújo CRS, Folha DR da SC, Davis JA, Pontes TB. Integração Da Pesquisa À Prática: Uma Questão De Orgulho Ou Preconceito? *Cad Bras Ter Ocup*. 2018;26(2):251–3.
 25. O'Connor B, Kerr C, Shields N, Imms C. A systematic review of evidence-based assessment practices by allied health practitioners for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2016;58(4):332–47.
 26. Mulpuri K, Schaeffer EK, Sanders J, Zaltz I, Kocher MS. Evidence-based

- Recommendations for Pediatric Orthopaedic Practice. *J Pediatr Orthop*. 2018;38(9):e551–5.
27. Paixão ES, Barreto F, Da Glória Teixeira M, Da Conceição N Costa M, Rodrigues LC. History, epidemiology, and clinical manifestations of Zika: A systematic review. *Am J Public Health*. 2016;106(4):606–12.
 28. Alotaibi M, Long T, Kennedy E, Bavishi S. The efficacy of GMFM-88 and GMFM-66 to detect changes in gross motor function in children with cerebral palsy (CP): A literature review. *Disabil Rehabil*. 2014;36(8):617–27.
 29. Thompson S V., Cech DJ, Cahill SM, Krzak JJ. Linking the Pediatric Evaluation of Disability Inventory-Computer Adaptive Test (PEDI-CAT) to the International Classification of Function. *Pediatr Phys Ther*. 2018;30(2):113–8.
 30. Pontes T, Polatajko H. Habilitando ocupações: prática baseada na ocupação e centrada no cliente na Terapia Ocupacional/Enabling occupation: occupation-based and client centred practice in Occupational Therapy. *Cad Ter Ocup da UFSCar*. 2016;24(2):403–12.
 31. Bello a, Lawson I. Attitudes and Barriers Towards Engaging in Continuing Professional Development Among Clinical Physiotherapists in Ghana. *Internet J Allied Heal Sci Pract* [Internet]. 2013;11(1):11p. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=cookie,ip,shib&db=rzh&AN=2011937189&site=ehost-live>
 32. Mei C, Reilly S, Reddihough D, Mensah F, Green J, Pennington L, et al. Activities and participation of children with cerebral palsy: Parent perspectives. *Disabil Rehabil*. 2015;37(23):2164–73.
 33. Nguyen T, Stewart D, Rosenbaum P, Baptiste S, Kraus de Camargo O, Gorter JW. Using the ICF in transition research and practice? Lessons from a scoping review. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2018;72(November 2017):225–39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.11.003>
 34. Case-Smith J, Weaver LL, Fristad MA. A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism*. 2015;19(2):133–48.
 35. Lang R, O'Reilly M, Healy O, Rispoli M, Lydon H, Streusand W, et al. Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. *Res Autism Spectr Disord* [Internet]. 2012;6(3):1004–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2012.01.006>
 36. novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: State of the evidence. *Dev Med Child Neurol*. 2013;55(10):885–910.
 37. Sakzewski L, Ziviani J, Boyd R. Systematic review and meta-analysis of therapeutic management of upper-limb dysfunction in children with congenital hemiplegia. *Pediatrics*. 2009;123(6).
 38. Sakzewski L, Ziviani J, Boyd RN. Efficacy of upper limb therapies for unilateral cerebral palsy: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;133(1).
 39. Watling R, Hauer S. Effectiveness of ayres sensory integration® and sensory-

- based interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic review. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5).
40. Weaver LL. Effectiveness of work, activities of daily living, education, and sleep interventions for people with autism spectrum disorder: A systematic review. *Am J Occup Ther*. 2015;69(5).
 41. Almeida KM, Fonseca ST, Figueiredo PRP, Aquino AA, Mancini MC. Effects of interventions with therapeutic suits (clothing) on impairments and functional limitations of children with cerebral palsy: a systematic review. *Brazilian J Phys Ther* [Internet]. 2017;21(5):307–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjpt.2017.06.009>
 42. Bailes AF, Greve K, Burch CK, Reder R, Lin L, Huth MM. The effect of suit wear during an intensive therapy program in children with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther*. 2011;23(2):136–42.
 43. Carvalho A, Brites C, Mochida G, Ventura P, Fernandes A, Lage ML, et al. Clinical and neurodevelopmental features in children with cerebral palsy and probable congenital Zika. *Brain Dev*. 2019;41(7):587–94.
 44. Novak I, Cusick A, Lannin N. Occupational therapy home programs for cerebral palsy: Double-blind, randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2009;124(4).
 45. Novak I, Berry J. Home program intervention effectiveness evidence. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2014;34(4):384–9.
 46. Wuang YP, Ho GS, Su CY. Occupational therapy home program for children with intellectual disabilities: A randomized, controlled trial. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2013;34(1):528–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2012.09.008>
 47. Sakzewski L, Miller L, Ziviani J, Abbott DF, Rose S, Macdonell RAL, et al. Randomized comparison trial of density and context of upper limb intensive group versus individualized occupational therapy for children with unilateral cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57(6):539–47.
 48. King G, Williams L, Hahn Goldberg S. Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. *Child Care Health Dev*. 2017;43(3):334–47.
 49. Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evans J. Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 1998;18(1):1–20.
 50. MacKean GL, Thurston WE, Scott CM. Bridging the divide between families and health professionals' perspectives on family-centred care. *Heal Expect*. 2005;8(1):74–85.
 51. Landry MD, Raman S, Kennedy K, Bettger JP, Magnusson D. Zika virus (ZIKV), global public health, disability, and rehabilitation: Connecting the dots... *Phys Ther*. 2016;97(3):275–9.
 52. Camden C, Pratte G, Fallon F, Couture M, Berbari J, Tousignant M. Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective

intervention characteristics: results from a systematic review. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2020;42(24):3424–36. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1595750>

53. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce. 2016; Available from: [diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf](#)
54. Majnemer A, Shikako-Thomas K, Lach L, Shevell M, Law M, Schmitz N, et al. Rehabilitation service utilization in children and youth with cerebral palsy. *Child Care Health Dev*. 2014;40(2):275–82.
55. Kaminker MK, Chiarello LA, O’Neil ME, Dichter CG. Decision making for physical therapy service delivery in schools: A nationwide survey of pediatric physical therapists. *Phys Ther*. 2004;84(10):919–33.
56. Chiarello LA, O’Neil M, Dichter CG, Westcott SL, Orlin M, Marchese VG, et al. Exploring physical therapy clinical decision making for children with spastic diplegia: Survey of pediatric practice. *Pediatr Phys Ther*. 2005;17(1):46–54.
57. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral
Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral. 2013;

APENDICE 1 – Questionário da pesquisa

MAPEAMENTO DE INTERVENÇÕES DA FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL EM CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA

CONCORDÂNCIA EM PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Prezado(a) Participante,

O (A) Senhor (a) está sendo convidado a responder um Questionário referente a sua prática clínica com atendimentos a pacientes pediátricos. O tempo médio para resposta do questionário será de 20 a 30 minutos. Garantimos a preservação da sua identidade e as respostas deste questionário ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores envolvidos, sendo utilizadas única e exclusivamente para fins de divulgação acadêmico-científica.

Aprovado no CEP UFRN/FACISA, parecer: 3.577.230

Ianka Maria Bezerra Cunha Dias

Fisioterapeuta

Mestranda do Programa de Pós – Graduação em Ciências da Reabilitação (UFRN/FACISA)

Egmar Longo Hull

Fisioterapeuta

Professora do Curso de Fisioterapia da UFRN/FACISA

Ana Carolina de Campos

Fisioterapeuta

Professora do Curso de Fisioterapia da UFSCAR

O questionário a seguir refere-se ao estudo intitulado “Mapeamento de Intervenções da Fisioterapia e Terapia Ocupacional em Crianças com Síndrome Congênita do Zika” desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN/FACISA) em parceria com a Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). O estudo tem como objetivo principal mapear as práticas atuais em reabilitação dirigidas às crianças com Paralisia Cerebral (PC).

Pesquisa aprovada no CEP UFRN/FACISA, parecer: 3.577.230

O (A) Senhor (a) concorda em participar desta pesquisa?

☐ Sim ☐ Não

Questionário 1: Socio-demografico

Começamos fazendo algumas perguntas sobre você e sua experiência clínica em saúde.

1. Gênero:

Feminino ☐ Masculino ☐

2. Qual a sua idade?

20- 29 ☐ 30- 39 ☐ 40- 49 ☐ 50 ou mais ☐

3. Qual a sua Profissão?

Fisioterapeuta ☐

Terapeuta Ocupacional ☐

4. Especifique o seu grau de escolaridade:

Bacharelado ☐

Especialista ☐

Residência ☐

Mestrado ☐

Mestrando-acadêmico ☐

Doutorado ☐

Pós-Doutorado ☐

5. Quantos anos de experiência clínica você tem em sua profissão, até a data presente?

< 1 ano ☐ 1-3 anos ☐ 4-10 anos ☐ > 10 anos ☐

6. Quantos anos de experiência clínica você tem com crianças ou jovens com deficiência?

< 1 ano ☐ 1-3 anos ☐ 4-10 anos ☐ > 10 anos ☐

7. Em uma semana típica, aproximadamente quantas crianças com SZV você atende?

< 2 ☐ 2-5 ☐ 6-10 ☐ > 10 ☐

< 2 ☐ 2-5 ☐ 6-10 ☐ > 10 ☐

Questionário 2: Ambiente de trabalho e características do paciente

Para as perguntas a seguir, marque a caixa que melhor representa seu ambiente de trabalho durante os últimos doze meses, em que você avalia ou trata crianças com SZV.

8. Qual espaço de trabalho melhor descreve onde você avalia ou trata crianças com SZV?

- ☐ Hospitalar – Unidade de Terapia Intensiva
- ☐ Hospital - Ambulatório/enfermaria
- ☐ Clínica privada
- ☐ Clínica privada multidisciplinar
- ☐ Centro Especializado de Reabilitação
- ☐ Universidade – Prestação de serviço
- ☐ Universidade – Docência
- ☐ Organização comunitária (ONG's, universidades)
- ☐ Atendimento domiciliar
- ☐ Outros Especifique _____

9.O seu espaço de trabalho é em região urbana ou rural?

Urbana ☐ Rural ☐

Por favor, indique qual das seguintes afirmações corresponde melhor ao seu centro:

- ☐ A maioria dos pacientes vem da mesma região ou localização.
- ☐ A maioria dos pacientes vem de uma variedade de regiões ou locais.

10.Atualmente, quantas crianças com SZV estão sendo acompanhadas em sua instituição?

Número total estimado de pacientes: _____

Número estimado de pacientes atendidos semanalmente: _____

Número estimado de pacientes atendidos para consulta (ou seja, uma ou duas vezes por ano): _____

11.Qual é a fonte de financiamento da sua instituição de trabalho?

Privada ☐ ONG ☐ Público ☐ Outros ☐

Se Outros, por favor especifique _____

12.O seu estabelecimento é uma instituição de ensino (definida como uma instituição que recebe estudantes da área de saúde para suas rotinas clínicas / treinamento)?

Sim ☐ Não ☐

13.No seu local de trabalho é realizada pesquisa em reabilitação?

Sim ☐ Não ☐

14. Quantos profissionais, incluindo você, trabalham em seu serviço?

1 ☐ 2-4 ☐ 5-10 ☐ >10 ☐

.....

Programas de Reabilitação para crianças com SZV

15. Você e/ou alguém da sua equipe participou da elaboração e/ou implementação de um programa de reabilitação específico para criança com SZV?

Sim ☐ Não ☐

16. Você e sua equipe utilizam algum programa de reabilitação para crianças com SZV?

Sim ☐ Não ☐

17. Como você ou sua equipe tem selecionado o tipo de reabilitação?

18. Você ou sua equipe tem utilizado alguma evidência científica para guiar sua intervenção? Se sim, especificar a fonte.

Sim ☐ Não ☐

Especifique: _____

19. Você tem um programa de treinamento intensivo para crianças com SZV (isto é, muitas horas por semana) em sua instituição?

individuais: Sim ☐ Não ☐

em grupo: Sim ☐ Não ☐

mistos de indivíduos e grupos: Sim ☐ Não ☐

- Qual ou quais os programas de treinamento intensivo utilizados no seu serviço em crianças com SZV? Por favor especifique em termos de horas, dias, etc:

- Com que frequência o programa é oferecido por ano?

20. Você utiliza algum programa de treinamento domiciliar para crianças com SCZ em sua instituição?

Sim ☐ Não ☐

- Qual o papel do cuidador? _____
- Qual a frequência de acompanhamento da criança no seu serviço? Os atendimentos domiciliares são realizados com qual frequência/duração/extensão? _____

21. Você utiliza algum programa de reabilitação em grupo para crianças com SCZ em sua instituição?

Sim ☐ Não ☐

- Quais são os números de participantes (ou indivíduos)? _____
- Qual a duração da atividade, frequência e extensão? _____

22. Se nenhuma das opções anteriores descrevem o tipo de atendimento que você realiza com crianças com SCZ, por favor descreva o tipo de intervenção que você executa (método, componentes da intervenção, dose, duração, etc).

23. Quais são os critérios de inclusão e exclusão (idade, GMFCS, capacidade motora, capacidade cognitiva, motivação da criança) para a criança com SCZ ser atendida?

24. Quem são os profissionais envolvidos - quem é o coordenador?

- Quantas horas por dia o programa é oferecido aos pacientes?

- Quantos dias por semana? _____
- Quantas semanas? _____
- Quais são os tipos de atividades usadas no programa? (por exemplo. atividade motora grossa e fina, brincadeiras, etc.)

25. Há alguma avaliação usada antes e depois? Se sim, quais e quando são as avaliações realizadas (por exemplo, avaliação pós intervenção feita logo após a intervenção ou 6 meses de acompanhamento)?

26. Você considera a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) durante a avaliação e intervenção de crianças com SZV?

Sim ☐ Não ☐

27. Quais os domínios da CIF são contempladas durante a sua avaliação ou intervenção?
