

DESENVOLVIMENTO E ANÁLISE DE UMA FICHA PADRONIZADA PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA INFANTIL APLICADA À FISIOTERAPIA

Development of Standard Report for Neurological Child Assessment Applied to Physiotherapy

RESUMO: A avaliação fisioterapêutica é um elemento de extrema importância para um tratamento fidedigno de acordo com as particularidades das patologias e as necessidades do paciente. Dentro da Fisioterapia Neurológica existe um processo avaliativo direcionado para o paciente infantil. Esse processo é disposto através de uma ficha, entretanto, atualmente cada instituição adota um modelo de ficha próprio, o que dificulta a análise e integração dos dados, pela grande variedade de termos utilizados para designar a mesma conduta avaliativa. Outra questão é a falta de objetividade da ficha devido à grande quantidade de itens a serem preenchidos manualmente pelo fisioterapeuta, demandando maior tempo para a avaliação. Visando facilitar o estudo estatístico e epidemiológico em neurologia infantil, proporcionar maior compreensão e agilidade para os fisioterapeutas e um tratamento mais direcionado para o paciente, o presente estudo apresenta uma proposta de "Ficha para Avaliação Fisioterapêutica Neurológica Infantil Padronizada" (FANIP), originada através de coleta e análise de oito fichas de avaliação neuroinfantil, utilizadas por fisioterapeutas da cidade de Goiânia. Posteriormente a FANIP foi encaminhada para 10 fisioterapeutas juntamente com um questionário de avaliação da mesma, com intuito de se obter um parecer profissional para o aperfeiçoamento da ficha.

PALAVRAS-CHAVE: *Fisioterapia, Avaliação, Padronização, Neurologia, Infantil.*

ABSTRACT

Evaluation Physical Therapy is a very important element for a reliable treatment according to the specific conditions and needs of the patient. Within the neurological physiotherapy is an evaluative process directed to the child patient. This process is prepared by a plug. However, currently each institution adopts a model of form itself, which complicates the analysis and integration of data, the variety of terms used to describe the same conduct evaluative. Another issue is the lack of objectivity of the plug due to the large amount of items to be filled manually by the physiotherapist, the time required for the evaluation. To facilitate statistical and epidemiological study in pediatric neurology, provide greater understanding and flexibility for Physiotherapists and possibly more directed treatment for the patient, this study proposes a "Standardized Assessment Sheet Child Neurological Physical Therapy" (FANIP), originated through collection and analysis of eight neuroinfantil assessment sheets, used by physiotherapists in Goiânia. Later the FANIP was sent to 10 Physiotherapists along with a questionnaire for assessing the same, in order to obtain a professional opinion for the betterment of the plug.

KEYWORDS: *Physical Therapy, Assessment, Standards, Neurology, Child.*

Fernanda Prestes dos Santos¹

Luís Eduardo Maggi²

¹Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual de Goiás – UnU ESEFFEGO; Avenida Anhanguera, n. 1420, Setor Vila Nova, Goiânia – GO, Brasil.
CEP 74705-010
Fone: (62) 3522-3520
Contato: prestesfernanda@hotmail.com

²Doutor em Eng. Biomédica, Professor Auxiliar de Biofísica na Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências Biológicas e da Natureza – CCBN. Campus Universitário de Rio Branco, BR-364, Km 04, Bairro Distrito Industrial, CEP 69915-900, Rio Branco/AC, Brasil
Contato: luis.maggi@gmail.com

Recebido em: 08/12/2014

Revisado em: 25/01/2015

Aceito em: 25/03/2015

Introdução

É na infância que os processos de desenvolvimento e crescimento ocorrem de forma acelerada, tanto no contexto biológico, quanto no psicossocial e emocional. Dentre esses processos destacam-se: a formação de tecidos; o aumento da cabeça, tronco e membros; os aumentos progressivos da força e da capacidade de controlar grandes e pequenos músculos; o desenvolvimento de relacionamento social, raciocínio e linguagem; e o surgimento da personalidade. Enquanto vão ocorrendo essas mudanças, os reflexos primitivos vão sendo substituídos por funções mais especializadas que acompanham a maturação do cérebro. Essa evolução dos padrões neuropsicomotores de forma gradativa é denominada como Desenvolvimento Normal^{1,2,3}

Existem riscos de ordem biológica, maturacional ou ambiental que podem atrasar e prejudicar o processo de desenvolvimento. Quando esse processo é alterado, inúmeras desordens podem ser geradas no organismo infantil, podendo ser permanentes e resultando em incapacidades³.

No contexto biológico, o desenvolvimento e crescimento do sistema nervoso podem ser comprometidos por alterações genéticas, exposição intrauterina a teratógenos, doenças pós-parto, baixo peso ao nascer, prematuridade, exposição à substâncias perigosas, alterações na maturação física e neurológica, desnutrição e doenças crônicas. Os comprometimentos ocasionados por esses fatores podem acarretar distúrbios neurológicos^{3,4}.

Os distúrbios neurológicos são causa importante de doença na infância, representam um terço entre as várias doenças infantis. Aproximadamente 7% das crianças têm alguma forma de impedimento moderado, e 0,7 % tem impedimento grave. São três as categorias de distúrbios neurológico predominante em crianças: paralisia cerebral, epilepsia e impedimento mental complexo. Cada uma dessas categorias inclui distúrbios com uma variedade de etiologias e resultados finais, e muitos indivíduos afetados terão mais de uma delas^{2,5}.

Muitos distúrbios neurológicos na infância são congênitos e ocorrem devido mau desenvolvimento do sistema nervoso ou como resultado de fatores adversos durante a gestação e o nascimento, como infecções fetais (rubéola), uso de fármacos (valproato de sódio) e uso de drogas (álcool, crack). Um exemplo desses distúrbios são as malformações do SNC, que estão presentes em um terço dos lactentes que vão a óbito no primeiro ano de vida. São exemplos de malformações: hidrocefalia, malformação de Arnold Chiari, lissencefalia, microencefalia, mielomeningocele, espinha bífida oculta, etc.⁵.

Os distúrbios cromossômicos também são bastante comuns, como por exemplo, a síndrome de Down, que acomete cerca de 1 em cada 800 nascidos. Portadores da síndrome apresentam problemas neurológicos específicos como hipotonia, epilepsia, instabilidade articular e atraso do desenvolvimento motor^{5,6}.

Dentre as patologias neurológicas infantis que levam a disfunção motora, a Paralisia Cerebral (PC) está entre as mais frequentes, atingindo 7 a cada 1.000 crianças nascidas no Brasil, somando um total de 17.000 casos de PC ao ano^{7,8}.

De acordo com Geralis (2007), "Paralisia Cerebral" é uma expressão utilizada para abranger diversos distúrbios que afetam a capacidade infantil para se mover e manter a postura e o equilíbrio. Distúrbios estes causados por uma lesão cerebral não progressiva com localização única ou múltipla no cérebro imaturo, podendo ocorrer no período pré-natal, perinatal ou pós-natal^{7,8,9}.

Segundo Rousenbaum et al. (2006), a Paralisia Cerebral (PC) descreve um grupo de desordens permanentes no desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitação de movimento, que são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento cerebral fetal ou infantil. Os distúrbios motores da PC são frequentemente acompanhados por perturbações sensoriais, de percepção, de cognição, de comunicação e comportamento, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários¹⁰.

Nesse sentido o papel da Fisioterapia é atuar na reabilitação ou recuperação da

capacidade funcional, melhorar a qualidade de vida e alterar o resultado final diante dos déficits neurológicos. No tratamento infantil, a fisioterapia também busca manter o desenvolvimento neuropsicomotor da criança de acordo com os padrões de normalidade dentro de cada faixa etária^{5,11,12}.

Para a Fisioterapia, a etapa de avaliação é de extrema importância, já que somente através de uma avaliação completa e sistemática é possível se estabelecer um diagnóstico funcional correto. Por isso a avaliação deve ser realizada de forma criteriosa, indo além da simples impressão clínica, compreendendo totalmente e claramente os problemas e capacidades do paciente e descobrindo a base física dos sintomas, a fim de que se estabeleça um tratamento completo e eficaz^{4,13}.

A avaliação neurológica constitui-se de duas importantes etapas: o histórico e o exame físico. Através do histórico é possível levantar dados relacionados aos sinais e sintomas da patologia, identificando o padrão de progressão, etiologia, e tempo de acometimento. No exame físico é possível avaliar por meio de testes específicos a função dos sistemas sensorial, autônomo e motor. Analisando todas essas informações colhidas durante a avaliação é possível levantar um diagnóstico funcional, que direcionará o tratamento fisioterapêutico¹².

Deve-se destacar a importância avaliativa do uso de testes e escalas confiáveis de comprovada sensibilidade e especificidade, e que representem a diversidade cultural dos indivíduos. Estes testes e escalas de desenvolvimento facilitam e auxiliam tanto a triagem e o diagnóstico quanto a progressão do tratamento, caso alguma anormalidade seja descoberta¹⁴.

Por isso é importante que o profissional esteja familiarizado com os diversos termos e instrumentos de avaliação existentes, para assim selecionar o mais adequado na realização do seu serviço ou pesquisa. No Brasil o desafio do diagnóstico de alterações motoras é agravado pela escassez de instrumentos de avaliação padronizados e validados para essa população, necessitando da utilização de testes e escalas internacionais.

Além disso, há uma falta de padronização observada entre as fichas de avaliação neurológica. Em Goiânia foi constatado que cada instituição de tratamento neurológico utiliza fichas para avaliação de acordo com suas necessidades e normas, gerando grande divergência entre os termos utilizados, dificultando a análise e levantamento de dados importantes sobre etiologia e epidemiologia, e impossibilitando estudos relevantes para a evolução do tratamento fisioterapêutico^{14,15}.

Sendo assim, este trabalho tem como principal objetivo criar uma ficha de avaliação fisioterapêutica neurofuncional infantil padronizada, que atenda as exigências das instituições de tratamento, a fim de facilitar pesquisas e proporcionar ao fisioterapeuta familiarização com os termos avaliativos. Além disso, visa melhorar a avaliação e o atendimento prestado aos pacientes, tornando-a menos subjetiva possível e conseqüentemente mais rápida.

Materiais e Métodos

A presente pesquisa iniciou-se com a coleta de fichas de avaliação neurológica infantil utilizadas por fisioterapeutas na cidade de Goiânia, totalizando 8 fichas das seguintes instituições: Sociedade Pestalozzi de Goiânia, Clínica Escola de Fisioterapia da ESEFFEGO / Universidade Estadual de Goiás (UEG), Clínica Escola da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO), Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Centro de Apoio ao Deficiente (CEAD), Associação de Pais e Amigos Excepcionais de Goiânia (APAE) e Centro de Orientação, Reabilitação e Assistência ao Encefalopata (CORAE).

As fichas foram submetidas a uma análise comparativa entre si e com termos da literatura. Os itens de cada ficha foram analisados e classificados em seções e subdivisões para a confecção de uma ficha padronizada e objetiva, a fim de atender as

necessidades de uma boa e prática avaliação fisioterapêutica.

A partir daí criou-se uma ficha padronizada que, apesar de completa era considerada extensa e se despenderia muito tempo para ser utilizada durante a avaliação. Com o intuito de reduzi-la e torná-la prática, as questões foram colocadas na forma de quadros, de modos que as respostas fossem mais objetivas quando possível. As questões foram classificadas em seis seções: 1) Identificação, 2) Considerações Gerais, 3) Exame Físico, 4) Exame Neurológico, 5) Objetivos do tratamento, 6) Condutas do tratamento.

Posteriormente o primeiro modelo da ficha padronizada foi encaminhado a 10 fisioterapeutas, sendo estes profissionais das instituições de tratamento neurológico infantil em Goiânia que tivessem no mínimo um ano de experiência na área de reabilitação neurológica infantil ou profissionais com algum tipo de especialização em reabilitação neurológica infantil. Juntamente com a ficha, foram encaminhados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um Questionário para Avaliação da mesma, com perguntas sobre cada uma das 6 seções separadamente do tipo: a) Você considera que os dados estão completos? b) Você acrescentaria algum item? c) Você excluiria algum item? d) Você considera a apresentação em forma de tabelas eficiente? As respostas eram do tipo SIM/NÃO e uma avaliação final da ficha com classificação Ruim / Regular / Boa / Muito Boa / Ótima, foi solicitada. O questionário apresentava, também, espaço para sugestões e críticas, com o objetivo de coletar um parecer profissional sobre a ficha, e combinar conhecimentos teóricos com a prática clínica.

Depois do recolhimento dos 10 questionários respondidos pelos fisioterapeutas, novamente foi feita uma análise da adesão das sugestões propostas pelos fisioterapeutas e para o aperfeiçoamento da ficha. Foram realizadas alterações na ficha, seguindo as sugestões dos Fisioterapeutas e chegando ao modelo final denominado de "Ficha de Avaliação Fisioterapêutica NeuroInfantil Padronizada" (FANIP). Todos os dados obtidos

com a pesquisa foram analisados através de gráficos e tabelas desenvolvidos no Excel.

Resultados

A Ficha de Avaliação Fisioterapêutica NeuroInfantil Padronizada (FANIP) dividida em 6 seções: 1) Identificação, 2) Considerações Gerais, 3) Exame Físico, 4) Exame Neurológico, 5) Objetivos do tratamento, 6) Condutas do tratamento.

A seção IDENTIFICAÇÃO levanta dados pessoais sobre o paciente como, por exemplo: Nome, Data de nascimento, Idade Cronológica, Idade Corrigida, Sexo, Endereço, etc. Estes dados podem ser utilizados posteriormente para um levantamento estatístico geral dos pacientes e, portanto, é de fundamental importância que suas respostas sejam padronizadas e todos os itens sejam preenchidos.

A seção CONSIDERAÇÕES GERAIS aborda o Diagnóstico Clínico, Queixa Principal, o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) indicada principalmente para crianças com Paralisia Cerebral, tipo de residência e meio de transporte. Esta seção é subdividida em outros tópicos principais: História da Moléstia Progressiva (História gestacional, Período Neonatal, Desenvolvimento motor, etc.) e História da Moléstia Atual (Comunicação, Atividades de Vida Diária (AVD's), Próteses e Órteses, Patologias associadas, Nutrição, Medicação, Controle urinário e fecal, etc.).

A seção EXAME FÍSICO aborda os seguintes subitens: Frequência Cardíaca (FC), Frequência Respiratória (FR), Temperatura (T), Estado Geral, Cognitivo, Sialorréia, Padrão Respiratório, Face (normal ou sindrômica), Mãos e Pés (normais, polidactilia, sindactilia, assimetria).

A seção EXAME NEUROLÓGICO é composta dos subitens: Sistema sensorial, Coordenação, Dor, Encurtamentos e contraturas, Tônus muscular, Reflexos, Testes Especiais, Exame sensitivo, Força muscular, Padrões de postura e movimento (Supino, Prono, Sentado, Quatro apoios, Ajoelhado,

Semi-ajoelhado, Postura ortostática e Marcha), Problema principal, etc.

Em OBJETIVOS DO TRATAMENTO o fisioterapeuta descreverá quais são os seus objetivos com o paciente e em CONDUZIDAS DO TRATAMENTO irá descrever quais métodos vai utilizar para tratar o paciente.

No que se refere aos resultados das avaliações, quanto à avaliação da FANIP, foi observada uma aceitação por grande maioria dos entrevistados, sendo que 40 % consideraram a ficha BOA, 40% MUITO BOA e 20% a consideraram ÓTIMA. A organização da ficha em tabelas foi aceita por 100% dos profissionais que responderam ao questionário. As seções IDENTIFICAÇÃO, CONSIDERAÇÕES GERAIS E EXAME FÍSICO foram consideradas completas por boa parte dos profissionais (73,33%). Embora considerada completa pela maioria dos profissionais, houveram sugestões de inclusão e exclusão de alguns itens em

IDENTIFICAÇÃO, CONSIDERAÇÕES GERAIS e EXAME FÍSICO (Tabela 1).

Discussão

A princípio, a FANIP pode parecer um pouco extensa por se apresentar de forma objetiva, pois a disposição dos principais itens a serem assinalados ocupa bastante espaço, o que não significa que sua aplicação seja mais demorada do que a avaliação habitual, pelo contrário, será mais ágil, pois o fisioterapeuta terá apenas que marcar com um "x" a opção desejada, deixando de preencher a avaliação de forma discursiva. Outra questão a ser esclarecida é o fato de o fisioterapeuta ter que preencher apenas os tópicos que julgar necessário para sua realidade.

Tabela 1 - Disposição relativa dos resultados das avaliações das seções da FANIP por 10 fisioterapeutas.

	QUESTÕES	SIM	NÃO	TOTAL
		%	%	%
1- IDENTIFICAÇÃO	COMPLETOS?	80	20	100
	ACRESCENTARIA?	20	80	100
	EXCLUÍRIA?	10	90	100
2- CONSIDERAÇÕES GERAIS	COMPLETOS?	80	20	100
	ACRESCENTARIA?	60	40	100
	EXCLUÍRIA?	20	80	100
	ITENS SÃO ESSENCIAIS?	80	20	100
3-EXAME FISICO	COMPLETOS?	60	40	100
	ACRESCENTARIA?	40	60	100
	EXCLUÍRIA?	30	70	100
	FORMA DE TABELAS EFICIENTE?	100	0	100
4-ASPECTOS DO AVALIADOR	TRABALHA COM FICHA DE AVALIAÇÃO?	100	0	100
	ESPECÍFICA PARA NEUROINFANTIL?	90	10	100
	PODE SER APLICADA?	60	40	100
	CONSIDERAÇÕES	70	30	100
5 - AVALIAÇÃO DA FICHA	RUIM		0%	
	REGULAR		0%	
	BOA		40%	
	MUITO BOA		40%	
	ÓTIMA		20%	
	TOTAL		100%	

A FANIP poderá servir de base para uma versão informatizada de avaliação neurológica infantil, já que está organizada em tabelas e de forma objetiva, isso facilitará a análise de dados importantes até pelo fato de ser uma ficha padrão, facilitando a interpretação e integração destes dados.

Estudos publicados recentemente destacam a necessidade de pesquisas no sentido de padronizar prontuários específicos para Fisioterapia e também de informatizá-los. A pesquisa de Ronchi et al. (2012) propôs um modelo de prontuário eletrônico padronizado elaborado em arquétipos¹⁶. Segundo Nardon et al. (2008) arquétipos são pedaços de conhecimento que indicam como representar conceitos ou informação, definidos em uma linguagem computável chamada de ADL (Archetype Definition Language). Os arquétipos podem ser criados baseados em dados clínicos, podendo ser utilizados por diversas áreas da saúde, estimulando a integração e compartilhamento de informações¹⁷.

O estudo de Del Acqua et al (2004), propôs um modelo de ficha padronizada avaliação de amputados, utilizando de uma metodologia semelhante a deste estudo, com coleta de sete fichas de avaliação de amputados em instituições de reabilitação em Goiânia e região metropolitana, criação da Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Padronizada para Amputados (FAFPA) e submissão da ficha a sete fisioterapeutas para análise e aprimoramento da mesma. A ficha foi considerada ótima por grande parte dos entrevistados e a possibilidade de sua aplicação clínica foi aprovada por todos os fisioterapeutas envolvidos na pesquisa¹⁸.

Lin et al (2011), sugere um modelo de prontuário eletrônico para avaliar pacientes neurológicos adultos, denominado SYSNAPSE, baseado em um modelo de ficha padronizada, criada através de coleta de 16 fichas de avaliação neurológica adulta em instituições de Goiânia, e posteriormente analisada por 25 Fisioterapeutas da cidade em questão, chegando ao modelo final da Ficha de Avaliação Neurofuncional Adulto Padronizada (FANAP)¹⁵.

Atualmente, uma proposta de prontuário eletrônico para avaliação de

portadores de necessidades especiais vem sendo desenvolvida em Goiânia por Santos et al. (2012), em Google Docs¹⁹. O software utiliza como base as fichas padronizadas citadas anteriormente: FANAP, FAFPA e também a FANIP.

A crescente necessidade de prontuários padronizados na Fisioterapia que permitam dados estruturados, melhora na qualidade da informação, agilidade no processo de registros, compartilhamento de informações sobre, além de integração e comunicação entre equipe de saúde, faz com que estudos como estes sejam fundamentais e sirvam de base para melhora na tomada de decisões que irão conduzir o atendimento¹⁶.

CONCLUSÃO

A falta de padronização dos termos das fichas de avaliação neurofuncional infantil dificulta uma análise geral dos dados dos pacientes de diferentes instituições. Observou-se, que as fichas de avaliação habituais, além de diferirem entre si, são compostas principalmente de avaliações subjetivas. Procurou-se, portanto facilitar a avaliação desses pacientes por meio da criação de uma ficha padronizada e objetiva (FANIP).

A FANIP cumpre com o objetivo proposto e possivelmente permitirá ordenar e acelerar o processo de avaliação física, funcional e sensorial de pacientes neurológicos infantis. A criação desta visa ainda aprimorar a assistência à saúde mediante uma possibilidade de melhorar a qualidade da avaliação. A padronização da avaliação favorece a análise de informações relevantes sobre os pacientes podendo contribuir para posteriores pesquisas e estudos estatísticos, estimulando a criação de medidas preventivas, e novas possibilidades de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Reis LA, Britto IT, Lessa RS, Freitas SP. Avaliação do desenvolvimento motor em crianças de 0 a 18 meses de idade com baixo peso. Rev Baiana de Saúde Pública.

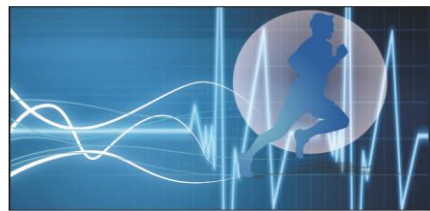
- 2009; 153-161.
2. Nascimento R, Madureira VSF, Agne JE. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em Centros de Educação Infantil em Concórdia. *Rev Neurociências*. 2008; 284-291.
 3. Nelson WE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. *Nelson Tratado de Pediatria*. 15th ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 1997.
 4. Willrich A, Azevedo CCF, Fernandes JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Rev Neurociências*. 2009; 17: 51-56.
 5. Stokes M. *Neurologia Para Fisioterapeutas* São Paulo: Premier; 2000.
 6. Berthold TB, Araujo VPd, Robinson WM, Hellwig I. Síndrome de Down: aspectos gerais e odontológicos. *R. Ci. méd. biol*. 2004 Dezembro; 3(2); 252-260.
 7. Mancini MC, Alves ACM, Schaper C, Figueiredo EM, Sampaio RF. Gravidade da Paralisia Cerebral e desempenho funcional. *Rev Bras de Fisioterapia*. 2004 Julho; 8(1); 253-260.
 8. Rotta NT. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*. 2002; 78.
 9. Marcondes E. *Pediatria Básica*. 8th ed. São Paulo: Sarvier; 1994.
 10. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein. A report: the definition and classification of cerebral palsy.: Centre for Childhood Disability Research; 2006.
 11. Carvalho FF, Nascimento RCC, Soares PN, Naomi V, Carvalho P, Faria M, et al. O modelo ideal de uma clínica de neurologia infantil. IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2005: 428-436.
 12. Lundy-Ekman L. *Neurociência: fundamentos para reabilitação*. 3rd ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
 13. Magee DJ. *Avaliação musculoesquelética*. 4th. Barueri: Manole; 2005.
 14. Silva NDSH, Filho FL, Gama MEA, Lamy Zdc, Pinheiro AdL, Silva DdN. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2010 dezembro; 1(21); 85-87.
 15. Lin AIW, Santos FPd, Maggi LE. *SYSNAPSE: Prontuário Eletrônico para Avaliação Fisioterapêutica Neurofuncional Adulta*. Pan American Health Care Exchanges – Pahce. 2011; 275- 279.
 16. Ronchi DCM, Spigolon DN, Garcia D, Cicogna PESL, Bulegon H, Moro CMC. Desafios no desenvolvimento de prontuários eletrônicos baseados em arquétipos:avaliação fisioterapêutica funcional. *Fisioterapia em Movimento*. 2012 jul/set; 25(3); 497-506.
 17. Nardon FB, França T, Naves H. *Construção de aplicações em saúde baseadas em arquétipos*. Campos de Jordão: Anais do XI Congresso Brasileiro de Informática em Saúde- CBIS; 2008.
 18. Del Acqua CV, Maggi LE, Curado ALCF, Lemes TT. *Ficha de avaliação fisioterapêutica padronizada aplicada a deficientes físicos amputados*. Ver *Movimenta*. 2004.
 19. Santos FPd, Maggi LE, Lin AIW. *Prontuário eletrônico de avaliação fisioterapêutica para portadores de necessidades especiais*. Anais X Seminário de Iniciação Científica / Universidade Estadual de Goiás, Pró- Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação. 2012 outubro.



APÊNDICE

Ficha de Avaliação NeuroInfantil Padronizada (FANIP)

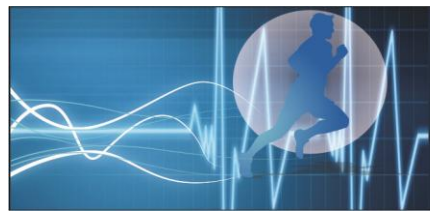
1. IDENTIFICAÇÃO			
Nome:		DATA DA AVALIAÇÃO: / /	
Endereço:			
Cidade:		Estado:	Telefone(s):
Prontuário:		Sexo: () M () F	D.N.: / /
Idade Cronológica:		Idade Corrigida:	Cor: () preta () branca () parda
Nome da mãe:		Idade:	Escolaridade:
Profissão:			
Nome do pai:		Idade:	Escolaridade:
Profissão:			
Nome do cuidador:		Idade:	Escolaridade:
Informante da avaliação: () Pai () Mãe () Cuidador () Outro:			
2. CONSIDERAÇÕES GERAIS			
Diagnóstico clínico:			
Médico responsável:		CRM:	
Convênio/Plano de Saúde:			
Diagnóstico Fisioterapêutico:			
Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS): () I () II () III () IV () V			
Queixa principal:			
Tipo de residência:		() Própria () Cedida () Alugada () Outro:	
Tipo de construção:		() casa de alvenaria () casa de madeira () edifício	
Meio de transporte:		() carro próprio () moto () ônibus () outro	
2.1. HMP			
A. História gestacional:			
Idade da mãe:		() Primípara	() Multípara
Gravidez planejada:		() Não	() Sim
Gravidez desejada:		() Não	() Sim
Fumante:		() Não	() Sim
Etilista:		() Não	() Sim
História ou ameaça de aborto:		() Não	() Sim. Mês:
Uso de medicamentos:		() Não	() Sim. Quais:
Traumas Psíquicos:		() Não	() Sim. Quais:
Movimentos fetais:		() Presente () Ausente	
Intecorrências:		() Trauma () Sangramento () Infecções () Outras patologias	
Pré natal:		() Não () Sim	Período: Nº de Consultas:
B. História do parto			
Tipo de parto:		() Normal	() Cesárea
Trabalho de parto:		() Espontâneo	() Induzido: Duração (horas):
Apresentação:		() Cervical	() Pélvica
Presença de:		() Obstetra	() Parteira () Nenhum
Local do parto:		() Hospital	() Em casa () Outros
Jejum materno:		() Sim	() Não
Uso de anestesia:		() Sim	() Não
Perdeu líquido:		() Sim	() Não
Intecorrências:		Quantas horas antes do parto:	



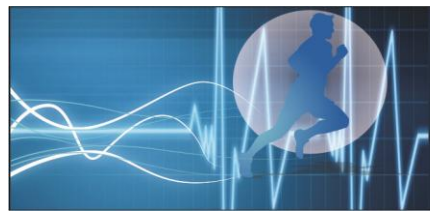
C. Período Neonatal				
Peso ao nascer (g):	Comprimento ao nascimento(cm):			
Perímetro Cefálico(cm):	Perímetro Torácico(cm):			
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Atermo	<input type="checkbox"/> Pré-termo	<input type="checkbox"/> Pós-termo	
Apgar:	1' <input type="checkbox"/>	5' <input type="checkbox"/>	10' <input type="checkbox"/>	
Exames RM e TC:	<input type="checkbox"/> LPV	<input type="checkbox"/> HPIV	<input type="checkbox"/> Anóxia	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia
Chorou ao nascer:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Oxigênio:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Reanimado:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Convulsão:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Características:	
Entubação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tempo(dias):	
Medicamentos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais:	
U.T.I. :	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dias:	
Cirurgias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais?	
Icterícia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Fototerapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
D. Período Pós Natal				
Idade em que iniciou os sintomas:				
Idade do diagnóstico:				
Idade que iniciou terapias de reabilitação:				
Já realizou fisioterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual foi a duração?				
Histórico da patologia na família: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
E. Procedimentos médicos:				
Cirurgias: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.		Qual e quando:		
Bloqueio periférico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim.		Data da aplicação: / /		
Tipo: <input type="checkbox"/> toxina botulínica <input type="checkbox"/> fenol		Local:		
Internações:				
F. Desenvolvimento motor (Com que idade a criança):				
Sustentou a cabeça:				
Sustentou o tronco:				
Rolou sozinha:				
Sentou sozinha:				
Engatinhou:				
Arrastou:				
Andou sozinha:				
2.2.HMA:				
G. Comunicação:				
<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Olhar <input type="checkbox"/> Sons <input type="checkbox"/> Aponta <input type="checkbox"/> Outros:				
H. Inter-relação:				
A criança é:	<input type="checkbox"/> irritada	<input type="checkbox"/> agitada	<input type="checkbox"/> curiosa	<input type="checkbox"/> comunicativa
	<input type="checkbox"/> bem-humorada	<input type="checkbox"/> mal-humorada	<input type="checkbox"/> introspectiva	<input type="checkbox"/> outros
Quem exerce a autoridade na casa:	<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> didida entre mãe e pai	
Entre a criança e os pais:				
Entre a criança e as outras pessoas da casa:				
I. No lar:				
Movimenta-se: <input type="checkbox"/> carregado <input type="checkbox"/> arrastando <input type="checkbox"/> rolando <input type="checkbox"/> engatinhando				
<input type="checkbox"/> arrastando-se sentado no chão <input type="checkbox"/> andando independente <input type="checkbox"/> empurrando em supino				
Com auxílio? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Andador				
J. AVD'S:				
Banho:	<input type="checkbox"/> dependente	<input type="checkbox"/> independente	<input type="checkbox"/> dificuldades	Quais?
Vestir:	<input type="checkbox"/> dependente	<input type="checkbox"/> independente	<input type="checkbox"/> dificuldades	Quais?
Alimentação:	<input type="checkbox"/> dependente	<input type="checkbox"/> independente	<input type="checkbox"/> dificuldades	Quais?
Higiene Bucal:	<input type="checkbox"/> dependente	<input type="checkbox"/> independente	<input type="checkbox"/> dificuldades	Quais?
Postura para alimentação:	<input type="checkbox"/> Colo	<input type="checkbox"/> Carrinho	<input type="checkbox"/> Cadeira	<input type="checkbox"/> Deitado
Postura para higiene bucal:	<input type="checkbox"/> Colo	<input type="checkbox"/> Carrinho	<input type="checkbox"/> Cadeira	<input type="checkbox"/> Deitado



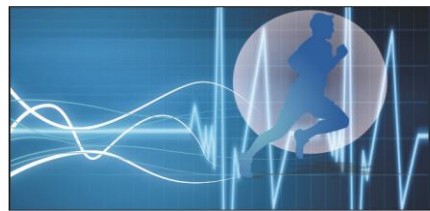
K. Próteses e órteses:					
Faz uso de cadeira de rodas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Possui cadeira adaptada:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Faz uso de andador :	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Faz uso de muletas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Início da Utilização: / /	Tipo:	
Órtese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Início da Utilização: / /	Tipo:	
L. Patologias associadas:					
<input type="checkbox"/> Cardiopatia					
<input type="checkbox"/> Pneumopatia					
<input type="checkbox"/> Refluxo Gastroesofágico (RGE)					
<input type="checkbox"/> Crises convulsivas: Características:					
<input type="checkbox"/> Outros:					
M. Clínica:					
Acompanhamento com:	<input type="checkbox"/> cardiologista	<input type="checkbox"/> pneumologista	<input type="checkbox"/> neurologista	<input type="checkbox"/> ortopedista	
	<input type="checkbox"/> gastroenterologista	<input type="checkbox"/> nutricionista	<input type="checkbox"/> fisiatra	<input type="checkbox"/> outros.	
Fez uso de vacinas:	<input type="checkbox"/> gripe	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> sarampo	<input type="checkbox"/> catapora	
	<input type="checkbox"/> outras	Quais?			
N. Nutrição Atual					
Peso(g):					
Via de alimentação:	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> sonda de gastrostomia	
Sucção:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Deglutição:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Vômitos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Engasgos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Restrição Alimentar:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?		
Tipo de alimentação:	<input type="checkbox"/> sólido	<input type="checkbox"/> líquido	<input type="checkbox"/> pastoso	<input type="checkbox"/> liquidificado	<input type="checkbox"/> granulado
Usa:	<input type="checkbox"/> copo	<input type="checkbox"/> colher	<input type="checkbox"/> canudo	<input type="checkbox"/> copo com bico	<input type="checkbox"/> garfo/faca
Soluços:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	RGE:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O. Sono:					
Colchão está adequado:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Usa almofadas/rolos para o posicionamento:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Distúrbios do sono:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais:		
Dorme sozinho:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Por quê:		
Paciente acorda durante a noite:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quantas vezes:		
Você muda a criança de posição durante a noite:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quantas vezes:		
P. Medicação:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual?					
Q. Social:					
Prefere brincar:	<input type="checkbox"/> sozinho	<input type="checkbox"/> com adultos	<input type="checkbox"/> outras crianças	<input type="checkbox"/> s/preferência	
Que tipos de diversão prefere:	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> rádio/som	<input type="checkbox"/> encaixes	<input type="checkbox"/> brincar na rua	
	<input type="checkbox"/> videogame	<input type="checkbox"/> desinteresse	<input type="checkbox"/> todos		
Quem cuida da criança:	<input type="checkbox"/> um dos pais	<input type="checkbox"/> creche	<input type="checkbox"/> babá	<input type="checkbox"/> outros parentes	
Período:	<input type="checkbox"/> parcial	<input type="checkbox"/> integral			
Tem mais contato:	<input type="checkbox"/> c/ adultos	<input type="checkbox"/> c/ crianças			
Vai a escola ou creche:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Tipo de escola:	<input type="checkbox"/> regular	<input type="checkbox"/> especial			
A família recebe visitas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
A família realiza atividades de lazer?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			



R. Controle Urinário e Fecal				
Incontinência urinária:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Frequência:	
Incontinência fecal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Frequência:	
Faz uso de:	<input type="checkbox"/> vaso sanitário	<input type="checkbox"/> fralda	<input type="checkbox"/> sonda	
S. Exames complementares:				
Nome do Exame:				Resultado:
Nome do Exame:				Resultado:
Nome do Exame:				Resultado:
3. EXAME FÍSICO:				
FR(ipm):	FC(bpm):	T(°C)		
Estado geral:	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	
Cognitivo:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Inadequado	
Sorri	<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não		
Sialorréia:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
Respiração:	<input type="checkbox"/> nasal	<input type="checkbox"/> bucal		
Padrão respiratório:	<input type="checkbox"/> Apical	<input type="checkbox"/> Diafragmático	<input type="checkbox"/> Misto	
Sudorese:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> abundante		
Face:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Síndromica:		
Mãos	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> sindactilia	<input type="checkbox"/> polidactilia	<input type="checkbox"/> assimetria:
Pés:	<input type="checkbox"/> normais	<input type="checkbox"/> sindactilia	<input type="checkbox"/> polidactilia	<input type="checkbox"/> assimetria:
Pele:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Cicatrizes	<input type="checkbox"/> úlceras por pressão
Lateralidade:	<input type="checkbox"/> Destra	<input type="checkbox"/> Sinistra	<input type="checkbox"/> Indefinida	
Circunferências(cm):	Axilar:	Xifóide:	Abdominal:	
4. EXAME NEUROLÓGICO				
4.1. Sistema sensorial:				
Vestibular:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> alterado		
Proprioceptivo:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> alterado		
Auditivo:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> déficit		
Visual:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Nistagmo	<input type="checkbox"/> Estrabismo	<input type="checkbox"/> outros:
Tátil:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Defensividade tátil	<input type="checkbox"/> Hipossensibilidade	<input type="checkbox"/> Hipersensibilidade
Preensão:	<input type="checkbox"/> Bilateral	<input type="checkbox"/> Unilateral	<input type="checkbox"/> Voluntária	<input type="checkbox"/> Involuntária
4.2. Coordenação: (legenda: (+) presente (-) ausente (+/-) diminuído				
<input type="checkbox"/> índex-nariz :		<input type="checkbox"/> índex-índex :		
<input type="checkbox"/> calcanhar-joelho :		<input type="checkbox"/> teste dos movimentos alternados :		
<input type="checkbox"/> índex-objeto		<input type="checkbox"/> teste do lenço		
4.3. Dor:				
<input type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Ausente		
Descrição (tipo, localização, fatores precipitantes):				
4.4. Encurtamentos, contraturas e deformidades:				
MMSS:				
MMII:				
Cabeça e Tronco:				
4.5. Tônus muscular:				
Em repouso:	<input type="checkbox"/> Hipertonia	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Flutuante
Com esforço:	<input type="checkbox"/> Hipertonia	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Flutuante
Com estímulos:	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Hipertonia	<input type="checkbox"/> Hipotonia	<input type="checkbox"/> Flutuante
Ashworth modificada: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				
Distribuição do tônus:				
MMSS:				
MMII:				
4.6. Movimentação involuntária:				
<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente				
<input type="checkbox"/> Atetose <input type="checkbox"/> Tremores <input type="checkbox"/> Clônus <input type="checkbox"/> estereotípias <input type="checkbox"/> Coréia <input type="checkbox"/> Balismos <input type="checkbox"/> Espasmos				
<input type="checkbox"/> Outros:				



4.7. Reflexos tendíneos: (0) Ausente (1) Hiporeflexia (2) Normoreflexia (3) Hipereflexia					
Bicipital	D()	E()	Tricipital	D()	E()
Patelar	D()	E()	Calcâneo	D()	E()
4.8. Testes especiais					
Ely-Duncan:					
Galeazzi:					
Thomas:					
Abdução brusca de quadril:					
Abdução lenta de quadril:					
Ortolani:					
Barlow:					
Sinal de Gowers:	() Não		() Sim		Início:
Comprimento dos MMII:	Real(cm):		MID:		MIE:
	Aparente(cm) :		MID:		MIE:
4.9. Reflexos e Reações:					
T. Reflexos Oraís:					
Reflexo de Sucção (0-4 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo da Mordida (5-9 meses):			() + () - () +/-		
Quatro pontos ou busca (0-2meses):			() + () - () +/-		
Reflexo de Extrusão (0-4 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo do Vômito:			() + () - () +/-		
U. Reflexos Oculares:					
Reflexo Glabellar (0-2 meses)			() + () - () +/-		
Reflexo Cócleo-palpebral*			() + () - () +/-		
Reflexo Córneo-palpebral*			() + () - () +/-		
Reflexo de Fixação Ocular*			() + () - () +/-		
Reflexo de "olhos de boneca" (0-2 meses):			() + () - () +/-		
V. Reflexos Tônicos:					
Reflexo Tônico Cervical Assimétrico(RTCA) (0-4 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Tônico Cervical Simétrico (RTCS) (6-9 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Tônico Labiríntico (RTL) (patológico):			() + () - () +/-		
W. Reflexos posturais:					
Reflexo de Marcha (0-2 meses):			() + () - () +/-		
Reação Positiva de Apoio (0-2 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Landau I (2- 12 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Landau II (4 – 8 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo de Fuga à asfixia*:			() + () - () +/-		
Reflexo de Moro (0-4 meses):			() + () - () +/-		
X. Reflexos Cutâneos:					
Reflexo de Colocação palmar (3-6 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo de Colocação Plantar (0-6 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Gallant (0-2 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo de Extensão Cruzada (0-4 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo de Anfíbio (6-12 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo de Preensão palmar (0-4 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo de Preensão plantar (0-9 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Cutâneo-Plantar (0-12 meses):			() + () - () +/-		
Y. Reações de Proteção					
Reflexo Paraquedas (3-12 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Proteção para Frente (6-12 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Proteção para o Lado (8-12 meses):			() + () - () +/-		
Reflexo Proteção para Trás (10-12 meses):			() + () - () +/-		
Z. Reflexos de Retificação					
Cervical de Retificação (0-4 meses):			() + () - () +/-		
Corporal de Retificação (4 -*):			() + () - () +/-		



Ótico (3-12 meses):				() + () - () +/-	
4.10. Exame sensitivo:					
	D	E		D	E
C2 – protuberância occipital	()	()	T8 – 8º espaço intercostal	()	()
C3 – fossa supraclavicular	()	()	T9 – 9º espaço intercostal	()	()
C4 – art. Acromioclavicular	()	()	T10 – 10º espaço intercostal	()	()
C5 – porção lat fossa antecubital	()	()	T11 – 11º espaço intercostal	()	()
C6 – polegar	()	()	T12 – ligamento inguinal	()	()
C7 – dedo médio	()	()	L1 – metade entre T12 e L2	()	()
C8 – quinto dedo	()	()	L2 - 1/3 médio da face ant coxa	()	()
T1 – face ulnar fossa antecubital	()	()	L3 – côndilo femoral medial	()	()
T2 – ápice da axila	()	()	L4 – maléolo medial	()	()
T3 – 3º espaço intercostal	()	()	L5 – face dorsal da 3ª MTF	()	()
T4 – 4º espaço intercostal	()	()	S1 – face lateral calcanhar	()	()
T5 – 5º espaço intercostal	()	()	S2 – linha média fossa poplíteia	()	()
T6 – 6º espaço intercostal	()	()	S3 – tuberosidade isquiática	()	()
T7 – 7º espaço intercostal	()	()	S4 – S5 – região perineal	()	()
4.11. Força muscular:					
MÚSCULOS	D	E	MÚSCULOS	D	E
Abdominais			Flexores dos artelhos		
Eretores da coluna			Extensores dos artelhos		
Flexores de quadril			Flexores de ombro		
Extensores de quadril			Extensores de ombro		
Adutores de quadril			Adutores de ombro		
Abdutores de quadril			Abdutores de ombro		
Isquiosurais			Rotadores mediais de ombro		
Quadríceps			Rotadores laterais		
Flexores dorsais			Flexores de cotovelo		
Flexores plantares			Extensores de cotovelo		
Inversores			Flexores de punho		
Eversores			Extensores de punho		
4.12. Padrões de postura e de movimento:					
AA. Supino:					
Eleva a cabeça:	() Sim		() Não		
Vira de um lado para o outro:	() Sim		() Não		
Permanece cabeça na linha média:	() Sim		() Não		
Cabeça fica mais para um lado:	() Sim	() Não	Qual;	() D	() E
Rola:	() Sim	() Não	() DLD	() DLE	() PRONO
Manipula objetos:	() Sim				
Com uma mão:	() Sim		() Não		
Mão dominante:	() D		() E		
Leva as mãos a linha média	() Sim		() Não		
Mãos:	() fechadas		() abertas		
Reação de equilíbrio?	() Presente		() Ausente		
Assimetrias:	() Sim		() Não	Quais:	
Observações:					
BB. Prono:					
Eleva a cabeça:	() Sim		() Não		
Consegue apoiar nos antebraços?	() Sim		() Não		
Consegue apoiar nas mãos?	() Sim		() Não		
Manipula objetos:	() Sim				
Consegue se locomover:	() Sim		() Não		
Reação de equilíbrio:	() Presente		() Ausente		
Assimetrias:	() Sim		() Não	Quais:	



Observações:				
CC. Sentado:				
<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> Long-sitting	<input type="checkbox"/> Side-sitting	<input type="checkbox"/> Banquinho	<input type="checkbox"/> Anel
Assume a postura?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Sem ajuda
Permanece na postura?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Com ajuda	<input type="checkbox"/> Sem ajuda
Reação de proteção:	Para frente:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
	Para os lados:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
	Para trás:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Equilíbrio:	<input type="checkbox"/> Eficiente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Deficitário	
Assimetrias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais:	
Observações:				
DD. Quatro apoios:				
Assume a postura?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Equilíbrio:	<input type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Ausente	
Engatinha?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	Como?
Observações:				
EE. Ajoelhado:				
Assume a postura?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
Equilíbrio:	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
Equilíbrio:	<input type="checkbox"/> Eficiente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Deficitário	
Assimetrias:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quais:	
Observações:				
FF. Semi-Ajoelhado:				
Assume a postura?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Equilíbrio:	<input type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Ausente	
Assimetrias:	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não Quais:	
Observações:				
GG. Postura Ortostática:				
Assume a postura?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	
Reação de equilíbrio:	<input type="checkbox"/> Presente		<input type="checkbox"/> Ausente	
Posição de pé:	<input type="checkbox"/> Com apoio		<input type="checkbox"/> Sem apoio	
Assimetrias:	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não	Quais:
Observações:				
HH. Marcha:				
<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Auxílio:				
Padrão (para frente, trás e lados, alinhamento, dissociação de cinturas, equilíbrio):				
Correr, saltar, subir/descer escadas, pular obstáculos:				
Base alargada ou estreita:				
4.13. Problema Principal:				
4.14. Expectativas do responsável com o tratamento:				
5. Objetivos do Tratamento:				
6. Condutas do Tratamento:				

Assinatura do Avaliador