

# PERFIL DAS PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL NO ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA NO CADEF

GUSTAVO JACOB FEIERTAG, LEONARDO ALLEVATO, BRUNA SILVEIRA CHAVES  
Especialização em Esportes e Atividades Físicas inclusivas para pessoas com Deficiência da  
Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF – MG - Brasil  
UNIPAC IPATINGA – MG - Brasil  
gjfeiertag@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O termo Paralisia Cerebral - PC ou Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância designa um grupo de distúrbios cerebrais de caráter estacionário que são devidos a alguma lesão ou anomalias do desenvolvimento ocorridas durante a vida fetal ou durante os primeiros meses de vida (BOBATH, 1990).

Essa patologia apresenta etiologia variável e os fatores estão relacionados à agressão que acontece ao cérebro antes, durante e nos primeiros anos após o nascimento. Dentre os fatores pré-natais, encontramos malformações encefálicas e infecções, como a toxoplasmose. As causas perinatais abarcam, principalmente, a falta de oxigênio no cérebro durante o parto e as causas depois do nascimento, que envolvem, sobretudo, doenças como tumores cerebrais e traumatismos cranianos (GIANNI, 2007).

O Centro de Apoio ao Deficiente Físico - CADEF é um centro de reabilitação do Sistema Único de Saúde - SUS que atende a macrorregião do município de Governador Valadares-MG, nas mais diversas áreas: ortopedia, clínica médica, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutricionista, enfermagem, psicologia, assistência social.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil de pessoas com Paralisia Cerebral no atendimento fisioterapêutico no Centro de Apoio ao Deficiente Físico - CADEF e criar critérios para o atendimento conforme diversos fatores, como idade, diagnóstico funcional, prognóstico de marcha, frequência escolar, tipo de deficiência, deficiências associadas, fisioterapia precoce e frequência na fisioterapia.

O presente estudo justificou-se pela necessidade de analisar a crescente demanda de pessoas com Paralisia Cerebral na lista de espera do CADEF. Existem fatores como a falta de critérios para os atendimentos dos usuários com Paralisia Cerebral; usuários que não aceitam alta do atendimento apresentando déficits como cronicidade do caso, diagnóstico funcional grave, idade avançada, prognóstico ruim para marcha; falta de frequência nas sessões de Fisioterapia provocando suspensão do tratamento sem sucesso e retorno pra fila de espera; falta de realização de Fisioterapia precoce tornando crônico o caso com sessões infinitas sem sucesso que precisam ser analisados e que podem justificar a investigação.

## METODOLOGIA

Esse estudo foi do tipo descritivo, de natureza qualitativa, porque traçou o perfil das pessoas com Paralisia Cerebral com análise documental da avaliação fisioterapêutica no CADEF. Os critérios de inclusão para o estudo foram ser pacientes de Fisioterapia do CADEF, apresentar diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral, estar em tratamento na semana de análise do dia 07 ao dia 11 de julho de 2014, constando 11 participantes no total, que são o número efetivo de pacientes atendidos. O instrumento de avaliação utilizado foi uma tabela constando nome do paciente descrevendo seus respectivos fatores: diagnóstico clínico, diagnóstico funcional, idade, frequência escolar, tipo de deficiência, deficiências associadas, prognóstico de marcha, fisioterapia precoce e frequência na fisioterapia. A coleta de dados foi autorizada pelo CADEF e obedeceu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/CNS. Para o tratamento de dados, utilizou-se estatística simples com média e frequência dos resultados.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 11 pessoas com Paralisia Cerebral que eram atendidos pela Fisioterapia no CADEF, todos com deficiência física e mental, apresentando entre 1 e 19 anos de idade (média de idade de aproximadamente 10,46 anos).

Quanto ao diagnóstico clínico, a Paralisia Cerebral pode ser classificada conforme: as classificações topográficas específicas, caracterizando o diagnóstico funcional (tetraplegia, hemiplegia, paraplegia, diplegia); as alterações clínicas do tônus muscular (espástico, discinético ou atetóide, atáxico, hipotônico e misto); gravidade baseada nos meios de locomoção (leve, moderada ou grave) (OLNEY et al., 1945).

Em relação a variável diagnóstico funcional, 54,54% apresentavam tetraparesia espástica, e os demais casos paraparesia, tetraparesia, hemiparesia espástica esquerda, hemiparesia direita e paraplegia. Cada um apresentava um percentual de 9,09%.

Entre as alterações tônicas, a mais comum é a espasticidade, sendo que 75% das crianças com PC apresentam tônus elevado, exacerbação dos reflexos tendíneos e da resistência à movimentação passiva rápida (CASTRO, 2005), o que corrobora este estudo que apresentou a sua maioria com tetraparesia espástica.

Quanto aos tipos de deficiência, deficiência mental está associada a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, atividades de vida diária, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, aptidões escolares, lazer, trabalho; a deficiência física é descrita através do diagnóstico funcional observado; deve-se aventar a possibilidade de deficiências auditivas em todas as crianças com queixa de ausência de reação a sons, atraso na aquisição da fala, preferência por sons altos, características de distração constante e desatenção; todas as crianças nos primeiros meses de vida deve ser encaminhada para uma avaliação ocular sistematizada, sendo fundamental a avaliação do atraso da fixação e acompanhamento de objetos, por exemplo (MIRANDA et al, 2003). A deficiência na fala é expressiva quando não há emissão de sons reconhecíveis por volta dos dois anos de vida, sendo que a ausência ou precariedade de equilíbrio de cabeça, nessa idade, aponta para um diagnóstico pobre de desenvolvimento da fala (BLECK e NAGEL, 1982).

Em relação às deficiências associadas, 36,36% apresentavam além de deficiência física e mental, também algum tipo de deficiência na fala; 27,27% apresentavam além de deficiência física, mental e na fala, também algum tipo de deficiência visual; 18,18% apresentavam somente deficiência física e mental e 18,18% apresentavam além da deficiência física e mental, a visual associada.

Em relação ao tipo de deficiência, 100% dos participantes apresentavam deficiência física e 100% apresentavam deficiência mental; 63,63% apresentavam deficiência na fala; 45,45% apresentavam deficiência visual e nenhum apresentou deficiência auditiva.

Segundo Morales (2005), não são elegíveis para o programa de reabilitação os pacientes com deficiência associadas ou deficiência mental grave, embora existam a possibilidade desses indivíduos manterem, eventualmente, o acompanhamento com a equipe médica e terapeutas através de orientações periódicas. Reflexões quanto à abordagem clínica são necessárias, reforçando a necessidade de uma equipe interdisciplinar no acompanhamento e reabilitação do paciente e seus familiares, com especial cuidado para os aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Além das deficiências neuromotoras, a paralisia cerebral pode também resultar em incapacidades e limitações no desempenho de atividades e tarefas do cotidiano da criança e de sua família: estas tarefas incluem, por exemplo, atividades de auto-cuidado como conseguir alimentar-se sozinho, tomar banho e vestir-se, ou atividades de mobilidade como ser capaz de levantar da cama pela manhã e ir ao banheiro, jogar bola e andar de bicicleta com amigos, além das atividades de características sociais e cognitivas como brincar com brinquedos e com outras crianças e frequentar a escola (MANCINI et al., 2002).

Em relação à frequência em escola regular, 54,54% não frequentam nenhuma forma de ensino. Informações sobre o desempenho de atividades funcionais como estas são extremamente relevantes, uma vez que as dificuldades no desempenho das mesmas constituem, geralmente, a queixa principal de crianças, pais e familiares. Portanto, a promoção do desempenho de atividades e tarefas funcionais pode ser definida como objetivo a ser alcançado pelas terapêuticas empregadas (PELLEGRINO, 1995).

A frequência à escola depende da avaliação das condições particulares de cada caso, realizada pelo psicólogo e por professores especializados; é na escola que a criança demonstra sua independência motora suficiente e capacidade intelectual para que seja realizado seu treinamento de vida social; esta conduta também é importante para as crianças normais, que se habituarão ao colega doente, desenvolvendo o espírito de solidariedade humana (CÂNDIDO, 2004).

Em relação ao prognóstico de marcha, 54,54% apresentavam prognóstico de marcha (com média de idade de 10,33 anos), no entanto, deste total, a maioria (66,66%) apresentavam prognóstico de marcha com apoio de membros superiores, ou seja, apresentavam severidade moderada de locomoção. Outro resultado conferido foi de todos que apresentavam prognóstico de marcha, 33,3% apresentava tetraparesia espástica, dos quais é bem reservado o prognóstico de marcha. O critério para classificar a severidade das crianças com paralisia cerebral foi baseado no meio de locomoção (PETERSEN, 1998): crianças que apresentavam locomoção independente foram classificadas como leve; aquelas que se locomoviam com algum auxílio (bengala, muleta, andador) foram identificadas como severidade moderada e as que não se locomoviam (faziam uso de cadeira de rodas) foram consideradas graves, segundo a literatura. Embora a análise de prognóstico de marcha em indivíduos com PC seja complexa e multifatorial, o diagnóstico topográfico da PC é um fator importante, ou seja, hemiplégicos, seguidos de diplégicos, geralmente têm um prognóstico favorável para o desenvolvimento da marcha enquanto que o prognóstico para quadriplégicos é desfavorável.

De acordo com Molnar (1979), a probabilidade de uma criança alcançar deambulação independente diminui depois dos quatro ou cinco anos em qualquer tipo de envolvimento motor e é improvável após os oito anos de idade. Molnar (1979) encontrou uma correlação significativa entre sentar aos dois anos e marcha, sendo que foi encontrada uma relação positiva entre sentar aos dois anos e andar aos oito. O mesmo estudo apresenta algumas conclusões referentes à relação entre topografia e prognóstico de marcha: geralmente, todas as crianças com hemiplegia espástica alcançam marcha independente; com respeito à diplegia, em um estudo de 116 crianças, a maioria andou entre dois e quatro anos (20% precisaram de suporte) e apenas 8.5% não conseguiram andar aos oito anos de idade (MIRANDA, 1979); os pacientes com as formas mais graves, atetóide ou tetraplegia espástica, têm o pior prognóstico motor, e geralmente acabam requerendo cadeira de rodas e auxílio em quase todas as atividades diárias.

Em relação à fisioterapia precoce, 18,18% realizaram fisioterapia com menos de um ano de idade, com diagnóstico funcional de tetraparesia espástica, no entanto, um tinha prognóstico de marcha e outro não. A estimulação precoce visa a possibilitar ao indivíduo desenvolver-se em todo o seu potencial; quanto mais imediata for a intervenção, preferencialmente antes dos 3 anos de idade, maiores as chances de prevenir e/ou minimizar a instalação de padrões posturais e movimentos anormais (CAMPOS, 2006). A intervenção precoce baseia-se em exercícios que visam ao desenvolvimento da criança de acordo com a fase em que ela se encontra: assim, implementa-se um conjunto de atividades destinadas a proporcionar à criança, nos primeiros anos de vida, o alcance do pleno desenvolvimento.

Uma vez que poucas pessoas com paralisia cerebral realizaram fisioterapia antes de um ano de idade, recomenda-se dar prioridade de atendimento àqueles que buscam o serviço de Fisioterapia antes de um ano de idade, evitando assim a lista de espera e a cronicidade do caso. De acordo com Braz (1999), a intervenção precoce apresenta bons resultados, mas na prática, muitos bebês são encaminhados tardiamente às instituições, geralmente apresentando

algum tipo de deficiência, tornando a intervenção mais restrita em não poder alcançar o objetivo de prevenir alterações patológicas no desenvolvimento; assim, quando as deficiências tornam-se evidentes é que os pais começam a procurar ajuda e tratamento.

Com a deficiência já instalada, o tratamento consiste em amenizar futuras complicações para a criança, melhorar ao máximo a funcionalidade para uma adaptação social, além de prevenir novas deficiências que possam vir a ocorrer. Este tipo de medida se enquadra dentro do tipo de prevenção terciária (NUNES, 1995).

Tudella (1989) afirma que a intervenção deve ser iniciada até 4 meses de idade, pois é neste período que ocorrem as mais rápidas mudanças no desenvolvimento, havendo uma grande alteração tônica e de postura, os reflexos primitivos se modificam, as coordenações sensório-motoras primárias emergem, os movimentos passam a ter um controle voluntário e o bebê está pronto para agir sobre o meio. A autora afirma que, neste período, a intervenção teria um caráter mais preventivo do que reabilitador, considerando-se as anormalidades decorrentes da paralisia cerebral, isto porque quadros clínicos que são considerados 'leves' neste período podem vir a tornar-se 'graves', se não tratados adequadamente.

Em relação à frequência na fisioterapia, 72,72% faziam fisioterapia no mínimo uma vez por semana, no entanto, do total, 75% não realizaram fisioterapia precoce. Em relação ao princípio de tempo do desenvolvimento da criança, a literatura tem mostrado que as crianças que são estimuladas precocemente (ainda no primeiro ano de vida) e por um período maior de tempo apresentam melhores resultados na prevenção de atrasos motores, cognitivos, de linguagem e socialização (RAMEY & RAMEY, 1997). Segundo Ramey & Ramey (1997), os programas mais intensivos, com número maior de sessões, associados à participação dos pais, produziram efeitos mais positivos no desenvolvimento da criança do que programas com sessões esporádicas ou intermediárias. Quanto à intensidade do programa, Guralnick (1997) destaca que os efeitos da intervenção já podem ser observados no curto prazo em crianças nascidas prematuramente e com baixo peso; uma medida de intensidade foi criada combinando a participação de famílias e crianças nos vários aspectos da intervenção e foi demonstrada uma forte associação entre os níveis de intensidade de participação da família nos aspectos cognitivos do desenvolvimento da criança.

Assim, apesar da PC não ser uma patologia progressiva, pode apresentar quadro clínico bastante grave e, por ser uma situação crônica, o tempo de tratamento pode ser bastante prolongado, em algumas situações, persistir por toda a vida. Desta forma, os pais precisam em média de dois a três dias da semana para o tratamento da criança, o que modifica a rotina dessa família, diferenciando-a da rotina dos pais de crianças que não são deficientes (FREITAS; MOREIRA; REZENDE, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Verificou-se que o perfil das pessoas com Paralisia Cerebral no atendimento fisioterapêutico no CADEF apresentaram em sua maioria o diagnóstico funcional de tetraparesia espástica; com deficiência física, mental e alteração na fala associadas; não frequentaram nenhuma forma de ensino educacional; apresentaram prognóstico de marcha com apoio de membros superiores; realizaram fisioterapia com mais de um ano de idade; realizaram tratamento com frequência mínima uma vez por semana.

Para o tratamento de Fisioterapia no CADEF, torna-se necessário implantar critérios para o atendimento de pacientes no tratamento de reabilitação: deficiência mental grave ou deficiências associadas, além da física e mental, podem obter orientações periódicas e não semanais; deficiência na fala é expressiva quando há déficit no controle de cabeça por volta de dois anos de idade, apresentando indício de baixo prognóstico do desenvolvimento; a ausência da frequência escolar inviabiliza a promoção da independência motora e intelectual; o comprometimento da Paralisia Cerebral por meio de locomoção é considerado grave quando crianças se locomovem de cadeira de rodas e são tetraplégicas; deambulação independente é

considerada improvável após os oito anos de idade ou nos casos que o paciente não senta aos dois anos de idade; os diagnósticos funcionais que apresentam melhor prognóstico de marcha são hemiplegia espástica e diplegia; a intervenção precoce antes de um ano até os três anos de idade deve ser considerada prioridade; os pais precisam em média de dois a três dias da semana para o tratamento da criança com paralisia cerebral que for elegível ao tratamento.

É visto que no CADEF são atendidos pacientes em sua maioria com diagnóstico funcional de tetraparesia espástica, não frequentam alguma forma de ensino educacional, apresentam deficiência associadas como física, mental e alteração na fala e iniciaram a fisioterapia após um ano de idade, tornando o paciente inelegível ao tratamento. No entanto, por apresentarem prognóstico de marcha e realizarem tratamento de Fisioterapia no mínimo uma vez por semana, esses fatores favorecem a reabilitação.

Sendo assim, é necessário adotar os critérios recomendados para todos os atendimentos dos usuários com Paralisia Cerebral não só no CADEF, mas em qualquer Centro de Reabilitação para que promova a alta do atendimento realizado com sucesso, estimule a frequência na Fisioterapia, enfatize a Fisioterapia precoce, priorizando os pacientes que têm maior probabilidade de bom prognóstico.

## REFERÊNCIAS

BLECK, E. NAGEL, D. **Physically handicapped children; A medical atlas for teachers.** New York: Grune & Shatton, 1982.

BOBATH, K. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1990.

BRAZ, P. F. **Estimulação precoce domiciliar: um programa de intervenção e sua análise em bebês de risco de 0 a 6 meses.** Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos: São Paulo, 1999.

Campos D, Santos D C C, Gonçalves V M G, Goto M M F, Arias A V, Brianezi A C G S. **Agreement between scales for screening and diagnosis of motor development at 6 months.** *Jornal de Pediatria.* 2006.

CÂNDIDO, A. M. D. M. **Paralisia Cerebral: abordagem para o pediatra geral e manejo multidisciplinar.** Dissertação para Residência Médica em Pediatria pelo Hospital Regional da Asa Sul. Brasília: 2004.

Castro CC, Batistela F, Martini G, Fonseca J, Montesanti L, Oliveira MC. **Correlação da função motora e o desempenho funcional nas atividades do auto-cuidado em grupo de crianças portadoras de paralisia cerebral.** *Med Reabil.* 2006.

FREITAS, P. M.; MOREIRA, P. P. C. M. S.; REZENDE, L. L.; HAASE, V. G. **Qualidade de vida de mães de crianças com Paralisia Cerebral.** *Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral,* v.2, n.5; p. 35-39, 2006.

GIANNI, M. A. C. **Aspectos clínicos.** In: BORGES, D. et al. *Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação.* São Paulo: Artes Médicas, 2007.

GURALNICK, M. **The effectiveness of early intervention.** Baltimore: Paul H. Brookes Publishing. 1997.

MANCINI, M. C. et al. **Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral.** Arq Neuropsiquiatr. 2002.

Marinho, APS, Souza MAB, Pimentel AM. **Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral diparéticas e hemiparéticas.** Rev Ciênc Méd Biol. Salvador. 2008;

MIRANDA, S. **Outcomes of Spastic Diplegia.** Unpublished study. Children's Hospital at Stanford, Palo Alto, 1979.

MORALES N.M.O. **Avaliação transversal da qualidade de vida de crianças e adolescentes com PC por meio de um instrumento genérico (CHQ-PF50).** 2005.119f. Dissertação (Pós-Graduação em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

MOLNAR, G.E. **Cerebral palsy: prognosis and how to judge it.** Pediatric Annals 8, 596-606, 1979.

NUNES, L. R. O. P. **Educação precoce para bebês de risco.** Psicoterapia comportamento e cognitiva. Campinas, 1995.

OLNEY SJ, Wright MJ. **Cerebral palsy.** In Campbell SK (ed). Physical therapy for children. Philadelphia: Saunders, 1995.

Pellegrino L. **Cerebral palsy: a paradigma for developmental disabilities.** Dev Med Child Neurol 1995;

PETERSEN MC, Kube DA, Palmer FB. **Classification of developmental delays.** Sem Ped Neurol 1998.

RAMEY & RAMEY. **Prevention: Social and educational factors and early intervention.** . Washington: American Psychological Association. 1997.

TUDELLA, E. **Tratamento precoce no desenvolvimento neuromotor de crianças com diagnóstico sugestivo de paralisia cerebral.** Dissertação de Mestrado. Universidade Gama Filho: Rio de Janeiro, 1989.

Dados autor:

Rua: Pau Brasil, 299. Cidade Nova. Governador Valadares/MG – Brasil – CEP: 35063-002  
gjfeiertag@yahoo.com.br

## **PROFILE OF PEOPLE WITH CEREBRAL PALSY IN PHYSIOTHERAPIC CARE IN CADEF**

The aim of this study was to draw a profile of people with cerebral palsy in physiotherapeutic care at the Centre for Disability (CADEF) and create criteria to meet as many factors as age, functional diagnosis, prognosis gear, school attendance, type of disabilities, related disabilities, early physical therapy treatment and frequency to physical therapy treatment. The present study was justified by the need to analyze the growing demand for people with cerebral palsy on the waiting list of CADEF. This study was descriptive, qualitative in nature with documental analysis of the physiotherapeutic assessment of 11 patients with cerebral palsy in CADEF. It was found that the profile of people with Cerebral Palsy in physiotherapy in CADEF present mostly spastic

tetraparesis functional diagnostics, do not attend any form of school education, have related disabilities such as physical, mental and changes in speech and begin physical therapy treatment after one year of age making them ineligible to treatment. However, by presenting gait prognosis and undertake physiotherapeutic treatment at least once a week, these factors favor rehabilitation.

Keywords: cerebral palsy; physiotherapy; Profile.

## **PROFIL DES PERSONNES AYANT LA PARALYSIE CÉRÉBRALE APPEL DE THERAPIE PHYSIQUE CADEF**

L'objectif de cette étude était de profil des personnes atteintes de paralysie cérébrale en thérapie physique dans le Centre pour personnes handicapées - CADEF et créer des critères de rencontrer autant de facteurs comme l'âge , le diagnostic fonctionnel , les engins de pronostic , la fréquentation scolaire , le type de têt et souvent dans la thérapie physique , les déficiences liées , la thérapie physique. La présente étude a été justifiée par la nécessité d'analyser la demande croissante pour les personnes souffrant de paralysie cérébrale sur la liste d'attente de CADEF . Cette étude était descriptive , de nature qualitative à l'analyse de documentaire de l'évaluation de physiothérapie de 11 patients atteints de paralysie cérébrale en CADEF. Il a été constaté que le profil des personnes atteintes de paralysie cérébrale en physiothérapie dans CADEF présente la plupart du temps avec le diagnostic fonctionnel de tétraparésie spastique , ne participent à aucune forme d'éducation de l'école , ont des troubles liés à la physique , mentale et des changements dans le discours et commencer la thérapie physique après d'un an le rend inéligible pour le traitement des patients. Cependant , en présentant la démarche pronostic et entreprendre un traitement de physiothérapie au moins une fois par semaine , ces facteurs favorisent la réadaptation.

**Mots-clés:** paralysie cérébrale ; Physiothérapie ; Profil

## **PERFIL DE LAS PERSONAS CON PARÁLISIS CEREBRAL EN LLAMADA DE FISIOTERAPIA EN CADEF**

El objetivo de este estudio fue caracterizar a personas con parálisis cerebral en la terapia física en el Centro para la Discapacidad - CADEF y crear criterios para cumplir con la mayor cantidad de factores como la edad , el diagnóstico funcional , artes de pronóstico , asistencia a la escuela , el tipo de discapacidad , discapacidades relacionadas , terapia física temprano y con frecuencia en la terapia física. El presente estudio se justifica por la necesidad de analizar la creciente demanda de las personas con parálisis cerebral en la lista de espera de CADEF . Este estudio fue descriptivo , de naturaleza cualitativa , con análisis documental de la evaluación de fisioterapia de 11 pacientes con parálisis cerebral en CADEF . Se encontró que el perfil de las personas con parálisis cerebral en fisioterapia en CADEF presente sobre todo con el diagnóstico funcional tetraparesia espástica , no asistir a ningún tipo de educación escolar , con discapacidades relacionadas con el bienestar físico, mental y cambios en el habla y comenzar la terapia física después un año de edad le hace inelegible para el tratamiento del paciente. Sin embargo , al presentar el pronóstico de la marcha y llevar a cabo un tratamiento de fisioterapia , al menos, una vez a la semana , estos factores favorecen la rehabilitación .

**Palabras clave:** parálisis cerebral ; Fisioterapia ; Perfil .

## **PERFIL DAS PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL NO ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA NO CADEF**

O objetivo deste estudo foi traçar o perfil de pessoas com Paralisia Cerebral no atendimento fisioterapêutico no Centro de Apoio ao Deficiente Físico - CADEF e criar critérios para o atendimento conforme diversos fatores, como idade, diagnóstico funcional, prognóstico de marcha, frequência escolar, tipo de deficiência, deficiências associadas, fisioterapia precoce e frequência na fisioterapia. O presente estudo justificou-se pela necessidade de analisar a crescente demanda de pessoas com Paralisia Cerebral na lista de espera do CADEF. Esse estudo foi do tipo descritivo, de natureza qualitativa, com análise documental da avaliação fisioterapêutica de 11 pacientes com Paralisia Cerebral no CADEF. Verificou-se que o perfil das pessoas com Paralisia Cerebral no atendimento fisioterapêutico no CADEF apresentam em sua maioria com diagnóstico funcional tetraparesia espástica, não frequentam alguma forma de ensino educacional, apresentam deficiência associadas como física, mental e alteração na fala e iniciam a fisioterapia depois de um ano da idade tornando o paciente inelegível ao tratamento. No entanto, por apresentarem prognóstico de marcha e realizarem tratamento de Fisioterapia no mínimo uma vez por semana, esses fatores favorecem a reabilitação.

**Palavras-chaves:** Paralisia Cerebral; Fisioterapia; Perfil.