
**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA/PEDIATRIA
E SAÚDE DA CRIANÇA
TESE DE DOUTORADO**

RENATA D'AGOSTINI NICOLINI PANISSON

**VERSÃO BRASILEIRA DO SHRINERS HOSPITAL UPPER EXTREMITY
EVALUATION (SHUEE): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO
DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS**

**PORTO ALEGRE
2016**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL–PUCRS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DOUTORADO EM PEDIATRIA E SAÚDE DA CRIANÇA

**VERSÃO BRASILEIRA DO SHRINERS HOSPITAL UPPER EXTREMITY
EVALUATION (SHUEE): TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E AVALIAÇÃO
DAS PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS**

Renata D`Agostini Nicolini Panisson

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de
Medicina da PUCRS para obtenção de título de
Doutor em Saúde da Criança.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Vinícius Fagundes Donadio

Co-orientadora: Prof. Dra. Rita Mattiello

Porto Alegre,
2016

Ficha Catalográfica

N644v Nicolini-Panisson, Renata D Agostini

Versão brasileira do Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE) :
tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades
psicométricas / Renata D Agostini Nicolini-Panisson . – 2016.

132 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina/Pediatria e
Saúde da Criança, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Vinícius Fagundes Donadio.

Co-orientadora: Profa. Dra. Rita Mattiello.

1. paralisia cerebral. 2. extremidade superior. 3. mão. I. Donadio, Márcio
Vinícius Fagundes. II. Mattiello, Rita. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Dedicatória

*Ao meu esposo Diego, pelo amor, paciência,
incentivo e compreensão durante este trabalho.*

*Aos meus pais e irmão, pelo amor e constante estímulo
em todas as etapas da minha vida.*

*À minha tia Rosane (portadora de Síndrome de Down),
razão maior da escolha desta profissão.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu coragem, força e perseverança para seguir em frente e vencer todos os obstáculos.

Ao meu esposo Diego, por seu companheirismo, seu amor e por todo incentivo em todos os momentos. À minha família, e amigos, pela compreensão e apoio nessa fase da minha vida.

Ao meu orientador Dr. Márcio Vinícius Fagundes Donadio, por ter me conduzido desde o mestrado até o doutorado com a calma necessária para me ajudar a transpor os momentos difíceis. Por todo o auxílio no desenvolvimento do projeto, coleta de dados e escrita da tese. Por sua paciência, atenção e sua minuciosa revisão de cada etapa deste estudo. E especialmente, por desempenhar a tarefa de professor orientador de forma excepcional.

À minha co-orientadora Dra. Rita Mattiello, pelo apoio, orientação e disponibilidade durante a realização do projeto e da tese. Por ser uma grande incentivadora em cada orientação e etapa desta pesquisa. Por me mostrar a importância deste trabalho e por muitas vezes me ajudar a perceber minhas capacidades.

À minha colega e incentivadora MSc. Ana Paula Tedesco, por acreditar nesta pesquisa e por torná-la possível. Por sua competência como médica na área de neuro-ortopedia e por vislumbrar no *Annual Meeting of the American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine* a importância de trazer este instrumento de avaliação para a população brasileira.

Aos colegas e professores da Pós-Graduação em Pediatria da PUCRS, pelos momentos vividos e pela adorável troca de conhecimentos. Em especial aos colegas João Paulo Heinzmann Filho e Cristian Roncada, pelas dicas e auxílio durante todo o curso.

À secretária do programa de pós-graduação, Carla Melo Rothmann pelo auxílio, pela prontidão em nos auxiliar e pelas informações no decorrer do curso.

À PUCRS pelo auxílio-pesquisa, fundamental para a realização desta pesquisa. E pela qualidade de seu Programa de Pós-Graduação em Pediatria e Saúde da Criança.

À Faculdade da Serra Gaúcha pelo incentivo e compreensão neste momento da minha carreira, em especial à coordenadora do curso de fisioterapia e amiga Alexandra Renosto.

Às crianças e adolescentes e suas famílias por participarem e tornarem possível esta pesquisa.

Aos colegas fisioterapeutas por auxiliarem no processo de confiabilidade.

RESUMO

Introdução: Indivíduos com paralisia cerebral (PC) frequentemente apresentam comprometimento do membro superior levando a limitações na funcionalidade. A avaliação do membro superior apenas com o exame físico tradicional pode ser limitada nesses indivíduos. O uso de escalas e avaliações específicas e validadas auxiliam os profissionais da saúde no entendimento dessas limitações e no planejamento do tratamento. No entanto, no Brasil não se tem a disposição uma escala validada que avalie a função do membro superior e direcione o plano de tratamento em indivíduos com PC.

Objetivo: Esta tese teve como objetivo geral validar o instrumento de avaliação do membro superior, *Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation* (SHUEE), para indivíduos com PC hemiplégica da população brasileira.

Material e métodos: Estudo transversal, de validação, no qual foi realizada a tradução do manual e do instrumento. As propriedades psicométricas avaliadas foram confiabilidade e validade convergente. A confiabilidade foi determinada através da consistência interna (coeficiente α de Cronbach, α -C), efeito teto e chão, sensibilidade à mudança e concordância intra e inter-observador. A validade convergente foi realizada utilizando-se o *Pediatric Motor Activity Log* (PMAL), a escala de autocuidados do *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) e o *Manual Ability Classification System* (MACS).

Resultados: Foram avaliados 21 indivíduos com PC hemiplégica e idade média de $8,73 \pm 3,98$ anos. Após a tradução do instrumento, não houve necessidade de adaptação cultural. O coeficiente α -C total do SHUEE foi de 0,887 (IC 95% 0,745-0,970). A sensibilidade à mudança foi calculada em 5 indivíduos que realizaram aplicação de Toxina Botulínica tipo A e fisioterapia, apresentando diferença significativa entre a avaliação pré e pós-tratamento na Análise Posicional Dinâmica. A validade convergente mostrou correlação significativa da Análise Funcional Espontânea e Análise Posicional Dinâmica com o PMAL, PEDI e MACS. Todos os itens do SHUEE apresentaram concordâncias fortes, tanto na avaliação intra quanto na inter-observador (ICC maior do que 0,9).

Conclusão: Os resultados apresentados na tese nos permitem concluir que a versão do SHUEE em português do Brasil demonstrou um bom desempenho em relação à confiabilidade e validade convergente, sugerindo ser uma ferramenta adequada e confiável para os indivíduos com PC hemiplégica da população brasileira.

Palavras-Chave: Paralisia Cerebral. Extremidade Superior. Mão.

ABSTRACT

Introduction: Individuals with cerebral palsy (CP) often have upper limb impairment leading to limitations in functionality. The use of specific and validated scales assists health professionals in the understanding of these limitations and treatment planning. However, Brazil does not have available validated scales to assess the upper limb function and direct the treatment plan in individuals with CP.

Objective: This thesis aimed at validating the upper limb assessment tool, Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE), for individuals with hemiplegic CP of the Brazilian population.

Methods: Cross-sectional validation study in which the translation of the manual and instrument was performed. The evaluated psychometric properties were reliability and convergent validity. Reliability was determined by internal consistency (Cronbach α coefficient, α -C), ceiling and floor effect, sensitivity to change and intra and inter-observer agreement. Convergent validity was performed using the Pediatric Motor Activity Log (PMAL), the self-care scale of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) and the Manual Ability Classification System (MACS).

Results: A total of 21 individuals with hemiplegic CP, mean age of 8.73 ± 3.98 years, were evaluated. The instrument was translated and there was no need for cultural adaptation. The total α -C coefficient of the SHUEE was 0.887 (95% CI 0.745 to 0.970). Sensitivity to change was calculated in 5 subjects who underwent application of Botulinum Toxin Type A and physical therapy, with a significant difference in the Dynamic Positional Analysis between pre and post-treatment evaluations. The convergent validity showed significant correlation of Spontaneous Functional Analysis and Dynamic Positional Analysis with PMAL, PEDI and MACS. All items of SHUEE showed high intra and inter-observer agreement (ICC greater than 0.9).

Conclusion: The results presented in this thesis allow us to conclude that the Brazilian Portuguese version of SHUEE demonstrated a good reliability and convergent validity, suggesting that it is a reliable tool for the upper limb evaluation of Brazilian children and adolescents with hemiplegic CP.

Keywords: Cerebral Palsy. Upper Extremity. Hand.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO II

Figura 1. Fluxograma da busca e seleção dos artigos.....	38
---	----

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO II

Tabela 1- Caracterização dos estudos incluídos na revisão.....	39
Tabela 2- Características da amostra dos estudos incluídos.....	41
Tabela 3- Critérios de seleção para a Rizotomia Dorsal Seletiva.....	42
Tabela 4- Características dos protocolos de fisioterapia após Rizotomia Dorsal Seletiva.....	44

CAPÍTULO III

Tabela 1 - Características demográficas e clínicas de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral Hemiplégica.....	68
Tabela 2 - Características Psicométricas do SHUEE em crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral Hemiplégica.....	69
Tabela 3 - Sensibilidade à mudança do SHUEE após o tratamento com Toxina Botulínica Tipo A e Fisioterapia.....	70
Tabela 4 - Concordância Inter-Observador do SHUEE.....	71
Tabela 5 - Concordância Intra-Observador do SHUEE.....	72
Tabela 6 - Validade convergente do SHUEE.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM	Amplitudes de movimento
AHA	<i>Assisting Hand Assessment</i>
BOTMP14	<i>Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency</i>
CAAE	Certificado de apresentação para apreciação ética
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
FMS	<i>Functional Mobility Scale</i>
GMFCS	<i>Gross Motor Function Classification System</i>
IC	Intervalo de confiança
ICC	<i>Intraclass correlation coefficient</i>
JTT	<i>Jebson-Taylor Test of Hand Function</i>
MACS	<i>Manual Ability Classification System</i>
MMII	Membros inferiores
MMSS	Membros superiores
MUUL	<i>Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function</i>
PC	<i>Paralisia cerebral</i>
PDMS	<i>Peabody Developmental Motor Scales</i>
PEDI	<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i>
PMAL	<i>Pediatric Motor Activity Log</i>
QUEST	<i>Quality of Upper Extremity Skills Test</i>
SCPE	<i>Surveillance of Cerebral Palsy in Europe</i>
SHUEE	<i>Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation</i>
SPSS	<i>Statistical package for social sciences</i>
TBA	Toxina Botulínica Tipo A
VOAA13	<i>Video Observations Aarts and Aarts</i>
α-C	Alfa de Cronbach

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 OBJETIVO	21
1.2.1 Objetivo Geral	21
1.3 REFERÊNCIAS	22
CAPÍTULO II	25
2 ARTIGO DE REVISÃO	26
CAPÍTULO III	46
3 ARTIGO ORIGINAL	47
MATERIAL SUPLEMENTAR	74
CAPÍTULO IV	102
4 CONCLUSÃO	103
ANEXOS	106
ANEXO 1 - FICHA DE COLETA DE DADOS	107
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .	108
ANEXO 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
ANEXO 4 - FORMULÁRIOS DO SHINERS HOSPITAL UPPER EXTREMITY EVALUATION (SHUEE).....	110
ANEXO 5 - GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM (GMFCS)	112
ANEXO 6 - FUNCTIONAL MOBILITY SCALE (FMS)	118
ANEXO 7 – PEDIATRIC UPEER EXTREMITY MOTOR ACTIVITY LOG (PMAL).....	119
ANEXO 8 - MANUAL ABILITY CLASSIFICATION SYSTEM (MACS)	122
ANEXO 9 - PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY (PEDI)	123
ANEXO 10 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	129

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma doença neurológica da infância, que acomete o desenvolvimento neuropsicomotor e persiste na vida adulta. Ela foi descrita originalmente por Little em 1861, porém sua definição sofreu mudanças após o surgimento da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).^{1,2} Assim, o *International Workshop on Definition and Classification of Cerebral Palsy* descreve a PC como um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento, do movimento e da postura que causam limitações nas atividades e que são atribuídas aos distúrbios não progressivos que ocorrem no cérebro em desenvolvimento.^{3,4} Este conceito atual refere ainda que as desordens motoras da PC são frequentemente acompanhadas por distúrbios sensoriais, perceptuais, cognitivos, comportamentais, da comunicação; ou por epilepsia e problemas musculoesqueléticos secundários.^{3,4}

A PC afeta cerca de uma criança a cada mil nascidos vivos a termo em todo o mundo e, em recém-nascidos antes de 28 semanas de gestação, o risco é de aproximadamente de 100/1000 sobreviventes.³ Ainda não se tem conhecimento de estudos epidemiológicos da incidência da PC no Brasil.

As classificações tradicionais das manifestações clínicas da PC incluem o tipo predominante de anormalidade neuromotora e a distribuição topográfica do acometimento. Conforme o *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE)*, a anormalidade neuromotora predominante pode ser classificada em três tipos clínicos: espástica, discinética ou atáxica.⁵ Porém, muitas crianças têm apresentações mistas e nestes casos as anormalidades neuromotoras devem ser descritas.⁴ A forma espástica compreende 90% dos casos de PC e os indivíduos apresentam espasticidade.³ A espasticidade refere-se à um aumento velocidade-dependente no tônus muscular que pode ser avaliado clinicamente como uma resistência ao estiramento de determinada articulação.³ A discinética inclui a presença de anormalidades de movimento como distonia, atetose ou coreoatetose.³

Quando ocorre a distonia, a anormalidade dominante é a hipertonia com redução de atividade. Na coreoatetóide observam-se movimentos irregulares, espasmódicos e involuntários de membros e face.³ A ataxia caracteriza-se por diminuição de coordenação muscular e os movimentos são realizados com força, ritmo e precisão anormais.³

A distribuição topográfica do acometimento motor pode ser classificada como: monoplegia, hemiplegia, diplegia, quadriplegia ou tetraplegia, dupla hemiplegia e o corpo todo.⁶ A monoplegia caracteriza uma extremidade envolvida, usualmente a inferior.⁶ A hemiplegia remete a ambas extremidades de um mesmo hemicorpo envolvidas, usualmente o membro superior mais acometido do que o membro inferior.⁶ A diplegia descreve igual acometimento dos membros inferiores, com membros inferiores mais acometidos do que os membros superiores.⁶ A quadriplegia é caracterizada pelo acometimento de todas as extremidades igualmente.⁶ A dupla hemiplegia apresenta todas as extremidades acometidas com membros superiores mais acometidos que membros inferiores.⁶ E o envolvimento do corpo todo ocorre quando todas as extremidades estão severamente envolvidas e não há controle de cabeça.⁶

O SCPE, no ano 2000, propôs a descrição do padrão de espasticidade, utilizando apenas os termos bilateral e unilateral.⁷ A base desta classificação é o envolvimento ou não dos membros de ambos os lados do corpo.⁷ Nesta classificação as topografias quadriplegia e diplegia seriam consideradas bilateral e a hemiplegia unilateral. Porém, após o surgimento desta nova classificação diversos debates têm surgido sobre as vantagens e desvantagens de abandonar os termos diplegia e quadriplegia.⁷ Em 2004, o *International Workshop on Definition and Classification of Cerebral Palsy* recomendou que o tronco e cada membro devem ser descritos individualmente em termos de deficiências de movimento ou de postura e que os termos diplegia e quadriplegia deveriam estar bem definidos quando utilizados.⁸

O tratamento da PC envolve a atuação da equipe interdisciplinar na melhora da qualidade de vida destes indivíduos e no controle das desordens motoras e distúrbios associados citados anteriormente. O controle da espasticidade é parte importante da terapêutica e suas modalidades de tratamento conservador (uso de toxina botulínica e fisioterapia) e cirúrgico (rizotomia dorsal seletiva) apresentam

evidências científicas e são classificados em uma revisão sistemática com sinal verde, ou seja, devem ser considerados no tratamento da paralisia cerebral.⁹ A rizotomia dorsal seletiva é um dos únicos métodos para o tratamento definitivo da espasticidade. O princípio é a redução da aferência dos reflexos medulares pela diminuição da entrada de impulsos sensitivos do neurônio aferente pela medula espinhal, reduzindo a excitação do neurônio motor alfa medular e melhorando a espasticidade.¹⁰

As publicações atuais em PC relatam que os princípios do conceito teórico biopsicossocial da CIF devem ser agregados à classificação da PC e sugerem a avaliação da função motora através de avaliações padronizadas.^{2,4} A literatura sugere, ainda, o uso de sistemas de classificação para a função motora, *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), e para a habilidade manual, *Manual Ability Classification System* (MACS).¹¹ Esses sistemas de classificação avaliam a gravidade do acometimento e têm sido muito utilizados para este propósito em ensaios clínicos randomizados.²

O membro superior está frequentemente acometido nos diversos tipos de PC, principalmente na hemiplegia espástica. A reabilitação desta extremidade é de extrema importância, pois o membro superior é responsável pela execução de tarefas funcionais, manipulação de objetos, trocas posturais e reações de equilíbrio destas crianças. Na prática clínica, a avaliação do membro superior na PC baseia-se, frequentemente, no relato da funcionalidade pelo cuidador ou paciente e no exame físico, que costuma resumir-se à análise do grau de mobilidade passiva e ativa, do tônus muscular, da presença de deformidades fixas ou dinâmicas, da força muscular, da sensibilidade e da estereognosia. Aspectos funcionais, nos quais se deflagram claramente as limitações, raramente são analisados, principalmente de forma objetiva. Neste contexto, o uso de instrumentos de avaliação do membro superior podem auxiliar na determinação do plano de tratamento da equipe de reabilitação. A CIF junto com outras publicações atuais têm salientado a importância de avaliar as consequências funcionais de diferentes estados de saúde. Sendo assim, as consequências funcionais do envolvimento tanto das extremidades inferiores como também das superiores devem ser classificadas na PC usando escalas funcionais objetivas.⁸

Conforme revisão sistemática sobre o tema, a avaliação do desempenho e

capacidade do membro superior através de instrumentos de avaliação apropriados é importante tanto para a prática clínica como para a pesquisa e contribui para se ter mais conhecimentos da efetividade das terapias utilizadas na reabilitação.¹² A literatura revela métodos diferentes de avaliação do membro superior na PC,¹²⁻¹⁵ entre eles: *Quality of Upper Extremity Skills Test (QUEST)*,^{16,17} *Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (Melbourne Assessment)*,^{18,19} *Assisting Hand Assessment (AHA)*,²⁰ *Shriners Hospital for Children Upper Extremity Evaluation (SHUEE)*,²¹ *Video Observations Aarts and Aarts (VOAA)*,²² *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOTMP)*,²³ *Peabody Developmental Motor Scales (PD)*,²⁴ *Jebsen-Taylor Hand Function Test (Jebsen- Taylor test)*,²⁵ *Abilhand-Kids*,²⁶ *Pediatric Motor Activity Log (PMAL)*,²⁷ *Manual Ability Classification System (MACS)*¹¹ e *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*²⁸⁻³⁰. A maioria dos testes publicados leva mais em consideração a presença ou não da capacidade para realizar determinada tarefa, do que os meios pelos quais ela é realizada, ou seja, os principais aspectos dinâmicos anormais apresentados não são analisados. Alguns testes não têm validação específica para a PC, não foram adaptados culturalmente para a língua portuguesa e não fornecem indicações diretas para o tratamento.

O SHUEE foi desenvolvido em 1996, pelo *Shriners Hospital* e em 2006 foi validado para avaliar o membro superior de crianças e adolescentes de 3 a 18 anos com PC hemiplégica. O SHUEE é uma avaliação baseada em vídeos e consiste em duas secções. A primeira secção inclui uma avaliação do indivíduo através de anamnese, história, objetivos do indivíduo e família, independência nas atividades de vida diária e mensuração padrão da espasticidade (escala de Ashworth modificada) e das amplitudes de movimento (ADM) ativa e passiva. A segunda secção inclui a filmagem das tarefas e os três itens do SHUEE. O primeiro item, Análise Funcional Espontânea, avalia o uso espontâneo da extremidade superior hemiplégica em nove tarefas, utilizando uma classificação funcional. O segundo item, Análise Posicional Dinâmica, envolve uma avaliação do alinhamento dos segmentos da extremidade acometida (polegar, dedos, punho, antebraço e cotovelo) durante a realização de 16 tarefas funcionais. Possíveis alinhamentos para cada segmento são baseados em análise observacional visual e estão claramente definidos no manual de instruções do teste. O item final, Análise de Segurar e Soltar,

avalia a habilidade do indivíduo para realizar o segurar e soltar de um objeto dos dedos com o punho mantido em flexão, neutro e em extensão.²¹

O diferencial do SHUEE é valorizar os aspectos dinâmicos das deformidades e limitações funcionais presentes no membro superior hemiplégico, auxiliando na demonstração dos aspectos que teriam indicação de tratamento, bem como no direcionamento desse tratamento. O modo de desempenho nas tarefas avaliadas é pontuado e escores percentuais são dados para os três itens da segunda seção. O escore do SHUEE facilita a comparação do indivíduo em determinado período de tempo, como por exemplo antes e após uma intervenção.²¹

Cada um dos três itens do SHUEE possui pontuações de escores individuais. A Análise Funcional Espontânea é pontuada em uma escala de 0 (completa negligência) a 5 (função espontânea independente), tendo na sua pontuação máxima um escore de 45. A Análise Posicional Dinâmica para cada segmento anatômico (polegar, dedos, punho, antebraço e punho) é pontuada em uma escala de 0 (alinhamento patológico) à 3 (alinhamento ideal), com a pontuação máxima de 72. A Análise de Segurar e Soltar é pontuada numa escala de 0 (não segura ou solta) ou 1 (capaz de segurar ou soltar) para cada um dos três alinhamentos de punho (flexão, neutro, extensão). A sua pontuação máxima é 6. Para utilização clínica, os resultados são expressos como uma porcentagem.

Conforme descrito em seu manual, o SHUEE auxilia no raciocínio clínico e direciona o tratamento a partir da interpretação dos escores obtidos por cada paciente. Por exemplo, na Análise Funcional Espontânea, se o indivíduo apresentar negligência da mão (escore 0) ou se utilizar a sua mão estabilizando peso (escore 1) para a maioria das suas pontuações, deve-se considerar intervenções mais definitivas, tais como artrodese do punho. Isso se o paciente for esqueleticamente maduro. Porém, se a maioria das pontuações do indivíduo forem escores 3, 4, e 5, ele está utilizando a mão afetada nas atividades e isso vai favorecer estratégias de cirurgia para transferências tendinosas ou tratamento da espasticidade com uso de Toxina Botulínica Tipo A (TBA).

Já na Análise Posicional Dinâmica, uma pontuação mais baixa correlaciona-se com uma quantidade maior de desalinhamento posicional. Assim, é possível direcionar o tratamento da seguinte forma: se quatro das quatro tarefas do punho forem pontuadas com 0 ou 1, uma artrodese do punho deve ser considerada em

pacientes esqueleticamente maduros. Ou, se a criança for capaz de chegar à uma posição neutra ou mesmo manter o alinhamento correto para no mínimo duas das quatro tarefas, então, as estratégias de transferência cirúrgica de tendões ou intervenções com TBA podem ser utilizadas. Esta sessão do SHUEE, nos permite compreender a posição de cada segmento, e desta forma facilita a decisão clínica de quais grupos musculares abordar na aplicação da TBA, ou na decisão de qual segmento intervir cirurgicamente.

Neste mesmo contexto, observando a pontuação da Análise do Segurar e Soltar, se a criança for incapaz de segurar e soltar em qualquer posição, então uma artrodese do punho com alongamento de musculatura flexora dos dedos para posicionamento pode ser indicado; ou se for capaz de segurar e soltar em flexão e neutra, mas não em extensão, liberação com transferência de tendão podem ser indicadas.

O SHUEE apresenta excelentes confiabilidades inter e intra-observadores verificadas pela avaliação de 11 indivíduos com PC hemiplégica de 6 a 13 anos. A validade concorrente foi avaliada pela correlação do SHUEE com o PEDI, e o JTT em 20 indivíduos com PC hemiplégica de 6 a 15 anos; e a validade do construto foi determinada pela análise dos escores pré e pós procedimento cirúrgico no punho de 18 crianças com PC hemiplégica.²¹

Com o surgimento da CIF³¹ têm-se preconizado o uso de instrumentos de avaliação que incorporem não somente os aspectos das estruturas e função corporal que compõe a estrutura da CIF, mas também atividade e participação. O SHUEE aborda na sua primeira sessão a avaliação de função corporal da CIF, através da análise de tônus muscular e amplitudes de movimento. A atividade é abordada na segunda parte, que compõe a análise das tarefas funcionais filmadas. De acordo com as revisões sistemáticas publicadas, o SHUEE tem sido apontado como um dos instrumentos para avaliação da atividade do membro superior na PC,¹²⁻¹⁴ e ainda aborda os qualificadores de função, capacidade e desempenho da atividade e participação da CIF.¹⁵ Uma delas, ainda, sugere que o SHUEE pode ser útil para profissionais que queiram mensurar a mudança na função do membro superior após o manejo da espasticidade ou acompanhamento pós-cirúrgico.¹³

Assim, diferentemente dos outros instrumentos de avaliação existentes, além de avaliar a capacidade do indivíduo em usar o membro superior para as atividades,

o SHUEE avalia separadamente a qualidade do movimento nos segmentos do membro superior: polegar, dedos, punho, antebraço e cotovelo e também guia o tratamento a partir do seu escore final. Esta análise dinâmica do movimento nos segmentos do membro superior favorece o raciocínio clínico de quais são os principais problemas do paciente e em que musculaturas ou articulações o tratamento direcionado pelo SHUEE deve ser aplicado. Além disso, este é um instrumento de avaliação gratuito, já que seu manual e formulários estão disponíveis na Internet.²¹

No Brasil, a avaliação do membro superior ainda é limitada, tendo em vista que não existem instrumentos, como o SHUEE, traduzidos e validados para o português, visando a avaliação tanto da capacidade de realizar tarefas funcionais, como da maneira que elas são realizadas, possibilitando, ainda, o direcionamento do tratamento. Justifica-se, desta forma, a importância de realizar a tradução e adaptação cultural do SHUEE para o português, além de avaliar as propriedades psicométricas desta versão.

Assim, essa tese está organizada em quatro capítulos. O capítulo I apresenta a introdução, a justificativa e o objetivo da pesquisa. O capítulo II traz um artigo de revisão intitulado: “A fisioterapia nos protocolos de rizotomia dorsal seletiva em crianças com paralisia cerebral: uma revisão da literatura”. A escolha deste tema ocorreu devido ao surgimento recente deste tratamento no Brasil e a necessidade de um maior conhecimento sobre a reabilitação fisioterapêutica nestes protocolos. O capítulo III apresenta o artigo original da pesquisa intitulado: “Versão brasileira do Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE): tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas”. O capítulo IV apresenta a conclusão e as considerações finais da tese.

1.1 JUSTIFICATIVA

Indivíduos com PC apresentam frequentemente um comprometimento do membro superior levando à limitações na funcionalidade. O uso de escalas e avaliações específicas auxiliam os profissionais da saúde no entendimento dessas limitações e no planejamento do tratamento. A literatura revela diversos métodos diferentes de avaliação do membro superior na PC. A maioria dos testes publicados leva mais em consideração a presença ou não da capacidade para realizar determinada tarefa, do que os meios pelos quais ela é realizada, ou seja, os principais aspectos dinâmicos anormais apresentados não são analisados. Alguns testes não têm validação conhecida para PC ou não fornecem indicações diretas para o tratamento e poucos têm adaptação cultural para o Brasil.

Considerando que o SHUEE possibilita uma avaliação específica do membro superior hemiplégico, abordando aspectos funcionais e posicionais das articulações e direcionando o tratamento, este estudo se propõe a realizar a tradução e adaptação cultural do conteúdo do SHUEE para a língua portuguesa e avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira.

1.2 OBJETIVO

1.2.1 Objetivo Geral

Realizar a tradução, adaptação cultural para a língua portuguesa (Brasil) e a validação (propriedades psicométricas) do *Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation* (SHUEE) para indivíduos com PC hemiplégica da população brasileira.

1.3 REFERÊNCIAS

1. Hoare B, Imms C, Randall M, Carey L. Linking cerebral palsy upper limb measures to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Rehabil Med*. 2011;43(11):987-996.
 2. Rosenbaum P, Stewart D. The World Health Organization International Classification of Functioning, Disability, and Health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Semin Pediatr Neurol*. 2004;11(1):5-10.
 3. O'Shea M. Cerebral palsy. *Semin Perinatol*. 2008;32(1):35-41.
 4. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005. *Dev Med Child Neurol*. 2005;47(8):571-576.
 5. Cans C. Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2000;42(12):816-824.
 6. Agarwal A, Verma I. Cerebral palsy in children: An overview. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*. 2012.
 7. Reid SM, Carlin JB, Reddihough DS. Classification of topographical pattern of spasticity in cerebral palsy: a registry perspective. *Res Dev Disabil*. 2011;32(6):2909-2915.
 8. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental medicine and child neurology. Supplement*. 2007;109:8-14.
 9. Novak I, McIntyre S, Morgan C, 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.
 10. Steinbok P. Selective dorsal rhizotomy for spastic cerebral palsy: a review. *Childs Nerv Syst*. 2007;23(9):981-990.
 11. Eliasson A-C, Krumlinde-Sundholm L, Rösblad B, et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2006;48(07):549-554.
 12. Lemmens RJ, Timmermans AA, Janssen-Potten YJ, Smeets RJ, Seelen HA. Valid and reliable instruments for arm-hand assessment at ICF activity level in persons with hemiplegia: a systematic review. *BMC Neurol*. 2012;12:21.
-

13. Gilmore R, Sakzewski L, Boyd R. Upper limb activity measures for 5- to 16-year-old children with congenital hemiplegia: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2010;52(1):14-21.
 14. Klingels K, Jaspers E, Van de Winckel A, De Cock P, Molenaers G, Feys H. A systematic review of arm activity measures for children with hemiplegic cerebral palsy. *Clin Rehabil.* 2010;24(10):887-900.
 15. Gerber CN, Labruyere R, van Hedel HJ. Reliability and Responsiveness of Upper Limb Motor Assessments for Children With Central Neuromotor Disorders: A Systematic Review. *Neurorehabilitation and neural repair.* 2016;30(1):19-39.
 16. Thorley M, Lannin N, Cusick A, Novak I, Boyd R. Reliability of the quality of upper extremity skills test for children with cerebral palsy aged 2 to 12 years. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2012;32(1):4-21.
 17. Thorley M, Lannin N, Cusick A, Novak I, Boyd R. Construct validity of the Quality of Upper Extremity Skills Test for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2012;54(11):1037-1043.
 18. Randall M, Carlin JB, Chondros P, Reddihough D. Reliability of the Melbourne assessment of unilateral upper limb function. *Dev Med Child Neurol.* 2001;43(11):761-767.
 19. Johnson LM, Randall MJ, Reddihough DS, Oke LE, Byrt TA, Bach TM. Development of a clinical assessment of quality of movement for unilateral upper-limb function. *Dev Med Child Neurol.* 1994;36(11):965-973.
 20. Krumlinde-Sundholm L, Holmefur M, Kottorp A, Eliasson AC. The Assisting Hand Assessment: current evidence of validity, reliability, and responsiveness to change. *Dev Med Child Neurol.* 2007;49(4):259-264.
 21. Davids JR, Peace LC, Wagner LV, Gidewall MA, Blackhurst DW, Roberson WM. Validation of the Shriners Hospital for Children Upper Extremity Evaluation (SHUEE) for children with hemiplegic cerebral palsy. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(2):326-333.
 22. Aarts PB, Jongerius PH, Geerdink YA, Geurts AC. Validity and reliability of the VOAA-DDD to assess spontaneous hand use with a video observation tool in children with spastic unilateral cerebral palsy. *BMC musculoskeletal disorders.* 2009;10:145.
 23. Deitz JC, Kartin D, Kopp K. Review of the Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2). *Phys Occup Ther Pediatr.* 2007;27(4):87-102.
 24. Palisano RJ, Kolobe TH, Haley SM, Lowes LP, Jones SL. Validity of the Peabody Developmental Gross Motor Scale as an evaluative measure of infants receiving physical therapy. *Physical therapy.* 1995;75(11):939-948; discussion 948-951.
-

-
25. Jebsen RH, Taylor N, Trieschmann RB, Trotter MJ, Howard LA. An objective and standardized test of hand function. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1969;50(6):311-319.
 26. Arnould C, Penta M, Renders A, Thonnard JL. ABILHAND-Kids: a measure of manual ability in children with cerebral palsy. *Neurology*. 2004;63(6):1045-1052.
 27. Wallen M, Bundy A, Pont K, Ziviani J. Psychometric properties of the Pediatric Motor Activity Log used for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(3):200-208.
 28. Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH, Haltiwanger JT, Andrellos PA. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Development, Standardization and Administration Manual*. Boston, MA: Trustees of Boston University; 1992.
 29. Mancini M. *Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada* Belo Horizonte: Editora UFMJ; 2005.
 30. Feldman AB, Haley SM, Coryell J. Concurrent and construct validity of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Physical therapy*. 1990;70(10):602-610.
 31. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization; 2001.
-

CAPÍTULO IV

4 CONCLUSÃO

Esta tese objetivou realizar a tradução e adaptação cultural do Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE) para a língua portuguesa (Brasil), além de validar e avaliar as propriedades psicométricas do SHUEE para indivíduos com PC hemiplégica da população brasileira. Desta forma, apresentamos um artigo original que contemplou os objetivos citados acima, além de um artigo de revisão sobre um importante tratamento realizado na PC, a rizotomia dorsal seletiva.

O artigo de revisão discorreu sobre o tema “A fisioterapia nos protocolos de rizotomia dorsal seletiva em crianças com paralisia cerebral: uma revisão da literatura”. Neste artigo procuramos revisar todos os estudos que apresentassem protocolos de reabilitação fisioterapêutica utilizados na rizotomia dorsal seletiva e que contemplassem os critérios de inclusão estabelecidos. A rizotomia dorsal seletiva é uma técnica bastante utilizada e difundida em grandes hospitais e centros de reabilitação internacionais, porém no Brasil sua utilização é recente. No estado do Rio Grande do Sul, o nosso grupo, que inclui o Instituto de Neuro-Ortopedia, de Caxias do Sul em conjunto com a equipe de Neurocirurgia Funcional do Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, é pioneiro na realização desse protocolo de tratamento que inclui avaliação padronizada, rizotomia dorsal seletiva, reabilitação fisioterapêutica e acompanhamento do seguimento. Os vários centros onde a rizotomia dorsal seletiva é realizada empregam protocolos especiais para o período pós-operatório. No Brasil, esta técnica está começando a ser difundida e, devido às suas peculiaridades no tratamento pós-operatório, a revisão dos protocolos descritos na literatura poderá auxiliar os fisioterapeutas para um maior entendimento do papel da fisioterapia nesta reabilitação. Assim, no artigo de revisão apresentado nesta tese identificamos os critérios de seleção para a rizotomia dorsal seletiva e descrevemos as características da fisioterapia nos protocolos pós-operatórios. Identificamos que existem critérios importantes de seleção que incluem indivíduos deambuladores com paralisia cerebral diplégica, com espasticidade, com presença de força muscular, sem deformidades ortopédicas importantes, magros, e sem déficit cognitivo que

interfira na reabilitação. Quanto aos protocolos de fisioterapia a literatura relata a importância de uma reabilitação intensiva, específica, enfatizada principalmente no primeiro ano após a neurocirurgia e que deve necessariamente ter estratégias para modificar o antigo padrão motor do paciente.

No artigo original apresentamos todo o processo de tradução e validação do SHUEE para a população brasileira de indivíduos de 3 a 18 anos com paralisia cerebral hemiplégica. Ao final desse artigo, como material suplementar, apresentamos o manual e os formulários de avaliação na língua portuguesa do Brasil. A versão do SHUEE em Português do Brasil demonstrou bom comportamento nas propriedades psicométricas avaliadas: consistência interna, sensibilidade à mudança, concordância intra-observador e inter-observador e validade convergente. Assim, a versão do SHUEE parece adequada e aplicável para os indivíduos com PC hemiplégica da população brasileira.

Em relação às contribuições científicas desta tese, a validação deste instrumento de avaliação do membro superior aqui apresentada mostra-se de extrema importância para que outros pesquisadores e componentes da equipe de reabilitação possam utilizar esse instrumento de forma confiável, possibilitando não somente o seu uso clínico, mas também em pesquisas e publicações científicas. Em especial, outro importante mérito deste estudo é que ele apresenta à comunidade científica e profissionais da área da saúde um instrumento interdisciplinar que pode ser utilizado por toda a equipe de reabilitação, incluindo ortopedistas, fisiatras, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. O seu uso poderá auxiliar no raciocínio clínico, na determinação do tratamento do membro superior e na avaliação dos resultados, abordando aspectos funcionais e dinâmicos da função dos pacientes.

É importante colocar em evidência ainda que o cuidado com os aspectos éticos estiverem presentes em cada etapa da pesquisa realizada. Inicialmente, obtivemos autorização do autor original do SHUEE para realizar esta validação, em seguida houve a submissão e aprovação do comitê de ética em pesquisa, assim como a solicitação de consentimento dos responsáveis e assentimento dos participantes.

Por fim, outro diferencial é que esta tese coloca em evidência protocolos e instrumentos de avaliação internacionais e atuais e propõe uma mudança na avaliação tradicional realizada para avaliar o membro superior na PC. O uso do

SHUEE na reabilitação do membro superior na PC possibilitará uma avaliação mais objetiva e quantitativa, auxiliando na tomada de decisão clínica. E finalmente, refletindo sobre o impacto destas mudanças em âmbito nacional, considera-se a possibilidade do SHUEE ser o padrão-ouro para a avaliação do membro superior na PC.

ANEXOS

ANEXO 1 - FICHA DE COLETA DE DADOS

Data: ___/___/_____

Nome: _____

Data de nasc.: ___/___/_____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Hemicorpo: () D () E

Raça: () branca () pardo () negro () amarelo () indígena

Diagnóstico clínico: _____

Outras terapias realizadas: _____

Tratamentos prévios de espasticidade (Botox, Cirurgia): _____

Frequenta escola:

 GMFCS (Gross motor function classification system)

() I () II () III () IV () V

 MACS: _____ FMS (Functional Mobility Scale)

_____/_____/_____ (casa/escola/comunidade)

 Classificação de Gage:

() Gage I, flexão plantar no balanço

() Gage II, flexão plantar no apoio e balanço

() Gage III, alterações do II + joelho rígido ou hiperextendido

() Gage IV alterações do III + Quadril (reduzida extensão no PB)



ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Seu filho está sendo convidado a participar do estudo **Versão Brasileira Do Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE): Adaptação Cultural e Avaliação das Propriedades Psicométricas**, de avaliação da funcionalidade do membro superior, onde iremos filmar a realização de algumas atividades funcionais com o membro superior e realizar avaliação do tônus muscular e da amplitude de movimento. Isso ajudará na avaliação do membro superior de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral e na determinação de tratamentos clínicos específicos. Portanto, a participação do seu filho poderá ajudar na reabilitação de muitas crianças com Paralisia Cerebral.

Esta avaliação consiste em realizar atividades funcionais que serão filmadas, além de questionário de funcionalidade. Esse procedimento será conduzido por um pesquisador experiente, com a duração de aproximadamente de duas horas e 30 minutos. Não haverá nenhum prejuízo, caso seu filho não consiga realizar de maneira adequada o teste e ele não estará exposto a nenhum risco. Além disso, seu filho só realizará o teste caso concordar e colaborar, pois ele não será obrigado a nada.

Este estudo não oferece nenhum perigo para seu filho e você poderá ter acesso ao resultado do teste. Você poderá desistir quando quiser deste estudo. Os resultados são confidenciais e não haverá identificação das crianças estudadas na publicação dos dados.

Gostaríamos de pedir que você concordasse, assinando esse documento para que seu filho participasse desse estudo. Garantimos a **total confidencialidade dos dados**, ou seja, seu filho não poderá ser identificado direta ou indiretamente por ninguém que seja estranho ao comitê de estudos. Você não vai gastar nada, mas também não há qualquer ganho financeiro para participação no estudo. A qualquer momento você pode desistir de participar, sem nenhum prejuízo para você ou para ele.

Eu, (responsável legal) fui informado sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Estou ciente que caso existam danos à saúde de meu filho(a), ele(a) terá direito a tratamento médico e indenização conforme estabelece a lei. Caso tenham novas perguntas sobre este estudo posso chamar o pesquisador responsável, Dr. Márcio Donadio, pelo telefone (51) 3320-3000 ramal 2313. Para qualquer pergunta sobre meus direitos como participante ou se penso que fui prejudicado pela minha participação posso contatar Renata D'Agostini Nicolini Panisson pelo celular (54) 8132.2793 Caso queira, posso contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS, Hospital São Lucas da PUCRS, Av.Ipiranga,6690,3ºandar, sala 314, 90610-000 Porto Alegre/RS, Telefone: (51) 3320-3345. Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 12h00 horas e das 13h30min às 17h00.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento e concordo com a participação de meu(minha) filho(a) neste estudo.

Nome responsável

Assinatura do responsável

Data ___/___/____

Pesquisador principal

Assinatura do pesquisador

ANEXO 3 - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ (nome da criança ou adolescente) aceito participar da pesquisa **Versão Brasileira Do Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE): Adaptação Cultural e Avaliação das Propriedades Psicométricas**. Declaro que os pesquisadores me explicaram como vai ser realizada a avaliação do membro superior. Explicaram-me que esse procedimento demora uma hora e 30 minutos e que não haverá nenhum prejuízo para mim. Compreendo que não sou obrigado a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não. Dessa forma, concordo livremente em participar desta pesquisa sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Data: ____/____/____.

Assinatura do sujeito da pesquisa

ANEXO 10 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Versão brasileira do Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE): adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas

Pesquisador: Márcio Vinícius Fagundes Donadio

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26661514.4.0000.5336

Instituição Proponente: UNIAO BRASILEIRA DE EDUCACAO E ASSISTENCIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 579.830

Data da Relatoria: 03/04/2014

Apresentação do Projeto:

Na paralisia cerebral hemiplégica (PCH) o membro superior é habitualmente acometido, com limitação na funcionalidade devido à alteração do tônus, deformidades típicas e alterações da coordenação motora. Na prática clínica, a avaliação do membro superior na PC baseia-se, frequentemente, no relato da funcionalidade pelo cuidador ou paciente e no exame físico, que costuma resumir-se à análise do grau de mobilidade passiva e ativa, do tônus muscular, da presença de deformidades fixas ou dinâmicas, da força muscular, da sensibilidade e da estereognosia.

Aspectos funcionais, onde se deflagram claramente as limitações, raramente são analisados, principalmente de forma objetiva. O Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE) é um instrumento de avaliação do membro superior validado para a língua inglesa na Carolina do Sul para crianças e adolescentes com PCH(1). Esse instrumento é muito utilizado na prática clínica, pois valoriza os aspectos dinâmicos das deformidades e limitações funcionais presentes no membro superior espástico, auxiliando na demonstração dos aspectos que teriam indicação de tratamento, bem como no seu direcionamento. A utilização de testes e medidas padronizadas, válidas e confiáveis tem

auxiliado na documentação de forma objetivada eficácia dos tratamentos, na comunicação entre

Endereço: Av. Ipiranga, 6690, prédio 60, sala 314
Bairro: Partenon **CEP:** 90.610-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 **Fax:** (51)3320-3345 **E-mail:** cep@pu.rs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 579.830

diferentes profissionais, no raciocínio clínico e na quantificação das abordagens com credibilidade científica(2). A utilização de tais instrumentos por profissionais da saúde permitem o aprimoramento da prática clínica e desenvolvimento de pesquisa científica, uma vez que torna o processo de avaliação sistematizado e objetivo, direciona a intervenção e possibilita a documentação da evolução do paciente ao longo do tratamento. Porém, muitos desses instrumentos são desenvolvidos em outros países, com línguas e culturas diferentes. Assim, justifica-se o crescimento de pesquisas na área da saúde de tradução linguística e adaptações culturais desses instrumentos. Considerando que o SHUEE possibilita uma avaliação específica do membro superior espástico dos pacientes com PCH e por ser uma ferramenta diagnóstica importante no tratamento desses pacientes, este estudo se propõe a adaptar culturalmente o instrumento SHUEE para a língua portuguesa e avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar a adaptação cultural do conteúdo do Shriners Hospital Upper Extremity Evaluation (SHUEE) para a língua portuguesa (Brasil). Estudar as propriedades psicométricas do SHUEE na versão brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existem riscos ao colaborador e o estudo pode auxiliar na avaliação e na determinação do tratamento do membro superior na paralisia cerebral espástica hemiplégica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A utilização de testes e medidas padronizadas, válidas e confiáveis tem auxiliado na documentação de forma objetiva da eficácia dos tratamentos, na comunicação entre diferentes profissionais, no raciocínio clínico e na quantificação das abordagens com credibilidade científica(2). A utilização de tais instrumentos por profissionais da saúde permitem o aprimoramento da prática clínica e desenvolvimento de pesquisa científica, uma vez que torna o processo de avaliação sistematizado e objetivo, direciona a intervenção e possibilita a documentação da evolução do paciente ao longo do tratamento. Porém, muitos desses instrumentos são desenvolvidos em outros países, com línguas e culturas diferentes. Assim, justifica-se o crescimento de pesquisas na área da saúde de tradução linguística e adaptações culturais desses instrumentos. Considerando que o SHUEE possibilita uma avaliação específica do membro superior espástico dos pacientes com PCH e por ser uma

Endereço: Av. Ipiranga, 6690, prédio 60, sala 314
Bairro: Partenon CEP: 90.610-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 579.830

ferramenta diagnóstica importante no tratamento desses pacientes, este estudo se propõe a adaptar culturalmente o instrumento SHUEE para a língua portuguesa e avaliar as propriedades psicométricas da versão brasileira.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As solicitações foram atendidas.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Ratificamos o parecer do relator.

PORTO ALEGRE, 03 de Abril de 2014

Assinador por:
João Feliz Duarte de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6690, prédio 60, sala 314
Bairro: Partenon CEP: 90.610-000
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@puors.br