

Elaboração, aplicação e avaliação do Protocolo de Triagem do Comportamento Motor (TriCoM) de crianças de 4 a 6 anos com seqüelas de paralisia cerebral

Elaboration, application and evaluation of the Motor Behavior Triage Protocol (TriCoM) of children before 4th and 6th birthday with sequels of cerebral palsy

Lilian Cláudia da Rocha e Silva*

Luzia Iara Pfeifer†

Endereço para correspondência:

Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo
A/C
Luzia Iara Pfeifer
Av. Bandeirantes, 3900
14.049 – 900 Monte Alegre
Ribeirão Preto – São Paulo
Fone/ Fax: (16) 3602 – 4413
luziara@fmrp.usp.br

* Terapeuta Ocupacional.

† Doutora em Metodologia de Ensino. Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Resumo

O presente artigo apresenta a elaboração, aplicação e avaliação do Protocolo de Triagem do Comportamento Motor (TriCoM) junto a crianças de 4 a 6 anos com seqüelas de paralisia cerebral, baseando-se no instrumento GMFCS. A proposta é que o TriCoM seja aplicável como entrevista estruturada aos cuidadores de crianças com paralisia cerebral, visando ser um instrumento de triagem para as mesmas. Os aspectos motores abordados pelo TriCoM são: capacidade de sentar-se e de permanecer sentado, capacidade para liberar as mãos quando sentada, utilização de dispositivo assistivo para locomoção, colocar-se e permanecer em pé, locomoção interna, locomoção externa pelo espaço e por superfícies, subir escadas, tentativas de correr ou pular. O TriCoM foi aplicado a cuidadores de cinco crianças com seqüelas de Paralisia Cerebral na faixa etária de 51 a 69 meses de idade. Para verificar a coerência do TriCoM os dados coletados foram comparados com a aplicação do GMFCS. Os resultados demonstram que o nível em que a criança se encontra de acordo com o GMFCS é inversamente proporcional ao escore obtido no TriCoM. Ou seja, quanto menor o nível de classificação no GMFCS, maior a pontuação atingida no TriCoM, já que o nível do GMFCS varia de forma decrescente em relação ao melhor desempenho motor possível, sendo este classificado como nível 1. Portanto, fica clara a coerência entre os dados obtidos através da aplicação do TriCoM e do GMFCS, atestando sua aplicabilidade como instrumento para triagem de crianças com paralisia cerebral na faixa – etária proposta.

Descritores: Paralisia Cerebral - Criança - Desempenho Motor - Gross Motor Function Classification System (GMFCS) - Triagem

Abstract

This article presents the elaboration, application and evaluation of the Motor Behavior Triage Protocol (TriCoM) of children with ages ranging from 4 to 6 years old with sequels of cerebral palsy, based on GMFCS instrument. The proposal is that the TriCoM is applicable as structuralized interview with people caring for the children with cerebral palsy, aiming at being a triage instrument. The motor aspects approached for the TriCoM are: capacity to sit down and sitting, capacity to liberate the hands when seated, use of assistive mobility device, stand up and standing, internal locomotion, external locomotion through space and on surfaces, to climb up stairs, ability to run around and jump up. The TriCoM was applied in the case of people caring for five children with sequels of Cerebral Palsy with ages ranging from 51 to 69 months. To verify the coherence of the TriCoM the collected data had been compared with GMFCS application. The results have demonstrated the level on which the child is in the GMFCS is inversely proportional the score gotten in the TriCoM. That is, the lower the classification level in GMFCS the higher the scores reached in the TriCoM, since the level of the GMFCS varies in a decreasing way in relation to the best possible motor performance, classified on level 1. Therefore, it is clear the coherence among data obtained through TriCoM and GMFCS application, certifying its applicability as triage instrument for children with cerebral palsy in the proposed age variation range.

Keywords: Cerebral Palsy - Children - Motor Performance - Gross Motor Function Classification System (GMFCS) - Triage

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral ocorre num período acelerado de desenvolvimento da criança, o que afeta o processo de aquisição de habilidades, comprometendo a funcionalidade e o desempenho nas atividades do cotidiano (auto-cuidado, mobilidade, atividades relacionais, sociais e cognitivas, destacando-se os estudos e o brincar), diferenciando do padrão apresentado pelas crianças sem alteração de desenvolvimento ⁽¹⁾.

As avaliações do desenvolvimento deveriam considerar a funcionalidade, e não apenas a idade cronológica ⁽²⁾. Alguns estudiosos acreditam que o padrão e os estágios do desenvolvimento normal são diretrizes para avaliar as disfunções de um desenvolvimento anormal, no entanto, deve-se considerar a individualidade de cada criança e, portanto, a variabilidade na cronologia dos estágios e aquisições no processo de desenvolvimento. Visto que a criança com Paralisia Cerebral tem dificuldades neurológicas e motoras, esta apresentará variações adicionais das seqüências e dos padrões de desenvolvimento ⁽³⁾.

Estudos têm contribuído para o estabelecimento de diagnósticos funcionais, e não apenas clínicos ⁽⁴⁾. Acreditando na relevância da funcionalidade e seu diagnóstico, alguns autores têm trabalhado com classificações de acordo com a função motora ^(5, 6).

Uma pesquisa de mestrado trabalhou com três grupos de crianças com seqüelas de paralisia cerebral com 36 meses de idade – quadriparético (1), diparético (2) e hemiparético (3) – e, para diferenciar os grupos 1 e 2, utilizou como critério o equilíbrio de tronco, visto que a possibilidade de um sentar sem apoio desencadeia a liberação dos membros superiores, e isso favorece uma exploração do próprio corpo e também do ambiente imediato, o que possibilita um desenvolvimento funcional mais satisfatório. Os resultados deste estudo demonstram que as crianças com equilíbrio de tronco suficiente para

possibilitar a liberação dos membros superiores apresentam um desenvolvimento cognitivo melhor ⁽⁵⁾.

O *Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy* – GMFCS é uma classificação da função motora global a qual baseia-se no início do movimento, com ênfase para o controle de tronco (o sentar) e o caminhar. Embora a classificação seja dependente da faixa-etária da criança, ela não é normativa, servindo apenas como diretriz. É constituída por cinco níveis que se estabelecem fundamentados nas limitações funcionais, na necessidade de dispositivo assistivo[#] e no grau da qualidade do movimento. Em cada faixa-etária há uma subdivisão em cinco níveis, onde o nível 1 diz respeito a crianças com menor comprometimento motor, conhecido como “mínima disfunção cerebral” ou “paralisia cerebral de severidade mínima” e o nível 5 corresponde ao maior comprometimento motor e funcional ⁽⁶⁾.

O foco desta classificação está na determinação de habilidades e limitações presentes na criança e a ênfase é no desempenho habitual nos contextos do lar, da escola e da comunidade. As capacidades, habilidades e, portanto, a funcionalidade é enfatizada em detrimento das limitações da criança. O GMFCS não tem a pretensão de estabelecer prognósticos, nem avaliar a qualidade do movimento, mas sim de classificar o desempenho motor global de maneira ordinal ⁽⁶⁾.

O presente estudo trabalhou com crianças com 51 a 69 meses de idade, o que corresponde à faixa-etária de quatro a seis anos de acordo com a segunda divisão do GMFCS. Os principais aspectos da motricidade global abordados pelo GMFCS nessa faixa

[#] Dispositivo assistivo corresponde ao termo tecnologia assistiva, definida pela Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities – Act Public 100-407 – Lei Pública Norte-Americana de 1988 – como “qualquer equipamento ou conjunto de produtos, comprados, modificados ou feitos sob medida, usado para aumentar, manter ou melhorar o desempenho funcional.” ⁽⁷⁾ p. 110

etária são: capacidade da criança sentar-se sozinha (com ou sem auxílio das mãos); capacidade de permanecer sentada; levantar-se da cadeira; ficar de pé (com ou sem apoio); liberar as mãos quando sentada; andar (dentro ou fora do ambiente doméstico); utilização de dispositivo assistivo para locomoção; subir escadas.

Por ser basicamente clínico o diagnóstico da Paralisia Cerebral, a análise da funcionalidade motora torna-se essencial para diagnóstico, classificação e tratamento ⁽⁸⁾. Percebendo-se a dificuldade de utilizar os marcos comuns ao desenvolvimento normal para classificar o desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral, torna-se pertinente encontrar outras formas de classificação. Reconhecendo que o diagnóstico funcional torna-se mais eficaz no planejamento de estratégias de intervenção, essa classificação é útil na clínica terapêutica.

Como o GMFCS é observacional, algumas vezes em processo de triagem, faz-se necessária a coleta de informações durante a anamnese com o cuidador. Assim, essa pesquisa teve como objetivo elaborar, aplicar e avaliar um roteiro de entrevista para classificação da função motora de crianças de 4 a 6 anos de idade, segundo os critérios do GMFCS.

MÉTODO

Esta pesquisa foi desenvolvida em três etapas: elaboração do questionário, aplicação e avaliação do mesmo, tendo sido submetida à Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP - USP) e aprovada através do parecer nº 12618/2005.

- **Elaboração do TriCoM:**

Este protocolo foi baseado no instrumento de classificação da funcionalidade motora grossa (*Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy - GMFCS*), para ser utilizado como um instrumento de triagem não observacional aplicado aos cuidadores de crianças com seqüelas de paralisia cerebral.

O objetivo da aplicação de tal protocolo foi possibilitar a classificação de acordo com as funções motoras e não apenas a partir de sinais e sintomas clínicos e diagnóstico médico. Para tanto, o TriCoM foi elaborado de forma estruturada, sendo possível apenas uma resposta em cada item, diante das questões de múltipla escolha.

A pontuação máxima em cada item corresponde ao melhor desempenho, com maior independência no aspecto motor avaliado. O escore varia de 0 a 24, onde 24 é o escore máximo possível, sendo a somatória da pontuação máxima de todos os itens do questionário, correspondendo ao melhor desempenho da funcionalidade motora grossa.

- **Aplicação do TriCoM**

Visando verificar o emprego do TriCoM, o mesmo foi aplicado junto a cuidadores de cinco crianças com seqüelas de Paralisia Cerebral na faixa - etária de 51 a 69 meses de idade, proveniente da classe sócio - econômica baixa (segundo o Critério Brasil)^{##} conforme o quadro abaixo.

INSERIR

Quadro 1: Descrição das participantes da pesquisa

^{##} CRITÉRIO BRASIL – questionário padrão de avaliação sócio-econômica, utilizado para definir as classes sociais ⁽⁹⁾.

- Avaliação do TriCoM

Para verificar a coerência do protocolo TriCoM, os dados coletados através da entrevista foram comparados com a aplicação do GMFCS, através de observação direta das crianças, durante atividade livre do brincar, quando foram feitos os registros dos comportamentos motores previstos no instrumento.

RESULTADOS

O TriCoM foi elaborado considerando cinco categorias motoras: o sentar, a posição ortostática, a locomoção, o subir escadas e o correr e pular, sendo que algumas destes aspectos ainda possuem subcategorias. Desta forma o protocolo proposto é apresentado a seguir:

INSERIR

Quadro 2: Protocolo de Triagem do Comportamento Motor (TriCoM) de crianças de 4 a 6 anos com seqüelas de paralisia cerebral

Ao se elaborar o TriCoM, foi proposta a pontuação conforme apresentado no quadro 2, variando de 0 a 24 pontos, de maneira que quanto maior a pontuação, melhor o desempenho motor. A variação do TriCoM é, portanto, de 25, que foi dividida por 5, que é a quantidade de níveis propostos pelo GMFCS para se obter a correlação do TriCoM com o GMFCS. Dessa forma, cada 5 pontos, começando do 0, corresponde a um nível do GMFCS: 0 a 4 pontos – nível 5; 5 a 9 pontos – nível 4; 10 a 14 pontos – nível 3; 15 a 19 pontos – nível 2; de 20 a 24 pontos – nível 1.

O quadro 3 apresenta as respostas ao TriCoM por parte das cuidadoras de cada uma das cinco participantes, demonstrando os resultados da aplicação do mesmo.

INSERIR

Quadro 3 – Respostas das cuidadoras das cinco participantes ao TriCoM

De acordo com o GMFCS ⁽¹⁴⁾, utilizado nesta pesquisa com o objetivo de classificar as crianças também de acordo com um critério funcional e não apenas baseado na topografia e clínica da Paralisia Cerebral, chegou-se à seguinte classificação: P2, que apresenta Hemiparesia à esquerda, encontra-se no nível 1; P1 e P3, respectivamente Hemiparesia à esquerda e Diparesia, encontram-se na mesma classificação funcional de acordo com o GMFCS, no nível 2; P4 encontra-se no nível funcional 3, e apresenta Diparesia; e P5, com classificação topográfica de Hemiparesia à direita, encontra-se também no nível 3. Tais informações encontram-se no Quadro 4, acrescidas pelos principais comprometimentos observados que justificam a inserção das crianças nos níveis do GMFCS, além da pontuação obtida pela aplicação do TriCoM.

INSERIR

Quadro 4 - Descrição dos participantes da pesquisa

Segue uma análise quali-quantitativa dos dados obtidos através da aplicação do protocolo TriCoM apresentado neste trabalho. Tais dados foram avaliados comparando-os com a classificação das crianças participantes de acordo com do GMFCS.

Como já dito, a pontuação máxima possível no TriCoM é de 24 pontos. P2 apresenta a melhor pontuação, com o escore 22, sendo o déficit motor apresentado por P2 apenas em relação a caminhar por grandes distâncias ou em terrenos acidentados. É a única a ser classificada no nível 1 de acordo com o GMFCS. De acordo com a aplicação do TriCoM, exclusivamente P2 obteve pontuação máxima por colocar-se em pé

independentemente, por não fazer uso de dispositivo assistivo para locomoção e por subir escadas sem a necessidade de auxílio, seja de segurar no corrimão ou de adulto.

A classificação funcional de P1 e P3 de acordo com o GMFCS é a mesma – o nível 2, embora a classificação clínica da paralisia cerebral quanto à topografia de ambas seja distinta (P1 apresenta PC Hemiparética e P3, Diparética). Há uma proximidade em suas pontuações no TriCoM, onde P1 obteve o escore 18 e P3 somou 17 pontos. Percebe-se em análise das respostas das duas participantes às diferentes questões que embora haja tal proximidade dos escores, as potencialidades, bem como limitações destas não são integralmente as mesmas. Segundo as respostas obtidas no questionário, P1 necessita apoiar-se em objetos para permanecer em pé. No entanto, essa mesma criança é capaz de subir escadas, e P3 não faz o mesmo (vide questões B.2 e F do TriCoM). P1 e P3 apresentam déficits semelhantes em relação a colocarem-se de pé, necessitando apoiarem-se em objetos (questão B.1) e no que se refere à locomoção externa, não sendo capazes de realizá-la por longas distâncias e em terrenos acidentados (questões E.1 e E.2).

Durante a observação do brincar livre, P4 e P5 apresentaram desempenho motor bastante inferior em relação aos outros três participantes; e P5 ainda abaixo de P4. De acordo com a classificação em níveis do GMFCS, P4 está no nível 3. A funcionalidade motora grossa desta criança, de acordo com o TriCoM, foi quantificada em 16 pontos. P4 tem necessidade de apoiar-se em objetos para colocar-se de pé, para manter-se nessa posição e para locomover-se internamente. Segundo as respostas obtidas com a aplicação do TriCoM, externamente P4 locomove-se por pequenas distâncias e em terrenos planos e com auxílio de um adulto, sobe escadas.

A criança P5 apresentou maior comprometimento da funcionalidade motora grossa, obtendo escore de 10 pontos no TriCoM e sendo classificada no nível 3, de acordo com o

GMFCS. Dentre as cinco crianças, ela é a única que necessita do auxílio de adulto para colocar-se de pé e para realizar locomoção interna (questões B.1 e D), além de utilizar cadeira de roda adaptada (questão C). Em relação à locomoção externa, é sempre carregada e não faz tentativas de correr e/ou pular (questões E e G). Segundo as respostas ao protocolo TriCoM, também não é capaz de subir escadas (questão F).

COMENTÁRIOS

Na análise dos dados das cinco participantes no que diz respeito à aplicação do TriCoM, bem como na correlação de acordo com a classificação em níveis do GMFCS, apenas os resultados de P4 não foram coerentes. O escore de P4 no protocolo TriCoM, que não é tão baixo quanto o esperado para que esteja classificada no nível 3, pode ser justificado, já que algumas respostas dadas pela mãe às perguntas do TriCoM não correspondem ao que foi observado durante o brincar livre desta criança, principalmente no que se refere à locomoção, visto que a mãe, durante a aplicação do protocolo, informou que a criança anda fora de casa sem necessidade de ser carregada (vide questão E) e que é capaz de subir escadas (questão F). No entanto, durante a observação verificou-se que a criança necessita ser impulsionada e até carregada pela mãe para subir escadas, da mesma forma que durante a locomoção externa.

Com as demais participantes, é clara a coerência dos dados obtidos através da aplicação do TriCoM, com o instrumento observacional GMFCS, atestando sua aplicabilidade como instrumento para triagem de crianças com paralisia cerebral na faixa etária proposta.

Portanto, o nível em que a criança se encontra de acordo com o GMFCS é inversamente proporcional ao escore obtido a partir da aplicação do protocolo TriCoM. Ou

seja, quanto menor o nível de classificação no GMFCS, maior a pontuação atingida de acordo com o TriCoM, já que o nível do GMFCS varia de forma decrescente em relação ao melhor desempenho motor possível, sendo este classificado como nível 1.

CONCLUSÕES

Fica clara a importância de um diagnóstico funcional, pois se percebe que apenas por estarem no mesmo patamar de uma classificação topográfica, as crianças não se assemelham em suas habilidades funcionais.

Portanto, um instrumento que auxilie no estabelecimento de uma classificação funcional (triagem) torna-se relevante para pesquisas, bem como para as práticas clínicas de todos os diversos profissionais que trabalham na área de neuropediatria.

O protocolo para triagem do comportamento motor proposto aqui é de fácil aplicação, pode ser aplicado em poucos minutos e, por não exigir a observação direta da criança, pode ser aplicado em qualquer ambiente.

Neste estudo pode-se confirmar a relevância do protocolo TriCoM já que os escores obtidos com a aplicação do mesmo atestam a classificação de acordo com os níveis propostos pelo GMFCS. Há, no entanto, necessidade de se ampliar a amostra de aplicação do protocolo, para que as quantificações da pontuação proposta pelo TriCoM sejam avaliadas de forma ainda mais consistente e a comparação entre esta e os níveis do GMFCS sejam correlacionados e analisados visando identificar estatisticamente a fidedignidade deste protocolo.

REFERÊNCIAS

1. Mancini MC, *et al.* Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arquivos Neuropsiquiatria* 2002; 60 (2-B): 446-452.
2. Florey L. Disfunção Psicossocial na Infância e Adolescência. In: Neistadt ME, Crepeau E B. Organizador. *Willard & Spackaman: Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 580-591.
3. Levitt S. Tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor. São Paulo: Manole; 2001. 286p.
4. Erhardt RP, Merrill SC. Disfunção Neurológica em Crianças. In: Neistadt ME, Crepeau E B. Organizador. *Willard & Spackaman: Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 542-565.
5. Pfeifer LI. Comprometimento motor e aquisição de habilidades cognitivas em crianças portadoras de paralisia cerebral. *Temas sobre desenvolvimento* 1997; 6(31): 4-13.
6. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi, B. Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy. *Dev. Med Child Neurol.* 1997; 39:214-223.
7. Luzo MCM, Mello MAF, Capanema VM. Recursos Tecnológicos em Terapia Ocupacional – Órteses e Tecnologia Assistiva. In: Carlo MMRP, Luzo MCM Organizador. *Terapia Ocupacional – Reabilitação Física e Contextos Hospitalares*. São Paulo: Roca; 2004. p.99-126
8. Souza AMC. Prognóstico Funcional da Paralisia Cerebral. In: Souza AMC, Ferrareto I. organizador. *Paralisia Cerebral*. São Paulo: Memnon; 1998. p. 33 – 37.
8. Critério Brasil. Associação Brasileira de Economia e Pesquisa. [Acesso em: 17 de Maio de 2005]. Disponível em: <http://www.anep.org.br>.

Quadro 1: Descrição das participantes da pesquisa

Participante	Parentesco	Criança	Faixa-etária da criança	Seqüela da criança
CP1	Mãe	P1	51 meses	Hemiparesia à esquerda
CP2	Mãe	P2	52 meses	Hemiparesia à esquerda
CP3	Avó	P3	54 meses	Diparesia
CP4	Mãe	P4	60 meses	Diparesia
CP5	Mãe	P5	69 meses	Hemiparesia à direita

Quadro 2: Protocolo de Triagem do Comportamento Motor (TriCoM) de crianças de 4 a 6 anos com seqüelas de paralisia cerebral

Comportamento Motor	Grau de assistência	Pontuação
A) SENTAR		
A.1) Se coloca sentado	Sozinho	(3)
	Com auxílio de objetos	(2)
	Com ajuda de adulto	(1)
	Não se coloca	(0)
A.2) Mantém-se sentado	Sozinho com as mãos livres	(3)
	Com apoio nas costas	(2)
	Com apoio das mãos (lateral ou frontal)	(1)
	Não se mantém	(0)
B) POSTURA ORTOSTÁTICA		
B.1) Se coloca em pé	Sozinho	(3)
	Apoiando em objeto	(2)
	Com ajuda de adulto	(1)
	Não se coloca	(0)
B.2) Mantém-se em pé	Sozinho	(3)
	Apoiando em objeto	(2)
	Com ajuda de adulto	(1)
	Não permanece na posição	(0)
C) DISPOSITIVO ASSISTIVO PARA LOCOMOÇÃO		
Faz uso de dispositivo assistivo para locomoção	Não	(1)
	Sim	(0)

D) LOCOMOÇÃO INTERNA		
Locomove-se no ambiente doméstico	Sozinho	(3)
	Com apoio	(2)
	Com auxílio de adulto	(1)
	Não se desloca	(0)
E) LOCOMOÇÃO EXTERNA		
E.1) Espaço	Longa distância	(2)
	Pequena distância	(1)
	Sempre carregada	(0)
E.2) Superfície	Terrenos acidentados	(2)
	Terrenos planos	(1)
	Sempre carregada	(0)
F) SOBE ESCADAS		
Sobe escadas	Sozinho	(3)
	Segura no corrimão	(2)
	Com auxílio de adulto	(1)
	Não sobe	(0)
G) CORRER E PULAR		
Tenta correr ou pular	Sim	(1)
	Não	(0)
ESCORE TOTAL		

Quadro 3 – Respostas das cuidadoras das cinco participantes ao TriCoM

Função Motora	P1	P2	P3	P4	P5
A) Sentar					
A . 1) Colocar-se sentada	Sozinha	Sozinha	Sozinha	Sozinha	Sozinha
A .2) Permanecer sentada	Sozinha	Sozinha	Sozinha	Sozinha	Sozinha
B) Postura ortostática					
B.1) Colocar-se de pé	Apoiando em objeto	Sozinha	Apoiando em objeto	Apoiando em objeto	Com auxílio de adulto
B.2) Permanecer em pé	Apoiando em objeto	Sozinha	Sozinha	Apoiando em objeto	Apoiando em objeto
C) Uso de dispositivo assistivo	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
D) Locomoção Interna	Sozinha	Sozinha	Sozinha	Com apoio	Com auxílio de adulto
E) Locomoção Externa					
E.1) Espaço	Pequenas distâncias	Pequenas distâncias	Pequenas distâncias	Pequenas distâncias	Sempre carregada
E.2) Superfície	Terrenos planos	Terrenos planos	Terrenos planos	Terrenos planos	Sempre carregada
F) Sobe escadas	Segura no corrimão	Sozinho	Não sobe	Com auxílio de adulto	Não sobe
G) Tenta correr ou pular	Sim	Sim	Sim	Sim	Não

Quadro 4 - Descrição dos participantes da pesquisa

Participantes	Topografia	Comprometimentos	Nível GMFCS	Pontuação no TriCoM
P1	Hemiparesia à esquerda	Com frequência necessita apoiar-se para se colocar e se manter na postura ortostática; segura no corrimão para subir escadas.	2	18
P2	Hemiparesia à esquerda	Não há comprometimentos significativos.	1	22
P3	Diparesia	Com frequência necessita apoiar-se para se colocar na postura ortostática; não sobe escadas.	2	17
P4	Diparesia	Necessidade de suporte pélvico ou torácico para maximização da função manual; necessidade de superfície de suporte para sentar-se e levantar-se; locomoção interna com apoio.	3	16
P5	Hemiparesia à direita	Necessidade de suporte pélvico ou torácico para maximização da função manual; necessidade de superfície de suporte para sentar-se e levantar-se; locomoção interna com auxílio de adulto; é sempre carregada durante locomoção externa.	3	10