

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental

Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): applicability in the diagnosis of pervasive development disorder and mental retardation

ROSELI PAICHECO¹, JULIANNA DI MATTEO², SIMONE CUCOLICCHIO³, CLÁUDIO GOMES⁴, MARCIO FALCÃO SIMONE⁵, FRANCISCO BAPTISTA ASSUMPÇÃO JR⁶

Data de recebimento: 28/10/2009

Data da aprovação: 07/01/2010

Resumo

O objetivo da pesquisa foi verificar através do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), diferenças no desempenho funcional e a necessidade de auxílio do cuidador em 61 crianças, sendo 34 com transtorno invasivo do desenvolvimento e 27 com retardo mental, com médias de idade 8,06 e 8,12 respectivamente, todos diagnosticados previamente por equipe multidisciplinar, através das escalas ATA, CARS e Vineland.

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente, através do programa Bioestat 5.0, realizando test t para comparação de médias, o qual não evidenciou diferenças significativas no desempenho e na necessidade de auxílio do cuidador, exceto no item mobilidade de habilidades funcionais.

Palavras-chave: Retardo mental/diagnóstico, Transtorno autístico/diagnóstico, Transtornos globais do desenvolvimento infantil, Avaliação da deficiência, Escalas de graduação psiquiátrica

Abstract

The goal of this research is to verify through Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), differences in performance and the need of aid from the caregiver of 61 children, being 34 of them with pervasive development disorder and 27 with mental retardation, the average of their age is between 8,06 and 8,12 respectively, all previously diagnosed by a multidisciplinary team, through the scales ATA, CARS and Vineland.

The collected data were statistically analyzed by the program Bioestat 5.0, and T Tests were made to compare the averages, which showed no significant differences in performance and the need of aid from the caregiver, except for item mobility of functional abilities.

Key-words: Mental retardation / diagnosis; Autistic disorder/diagnosis; Child development disorders, pervasive; Disability evaluation; Psychiatric status rating scales

1. Terapeuta Ocupacional clínica da Associação para Valorização de Pessoas com Deficiência (AVAPE), na Unidade Clínica de São Bernardo do Campo, especialista em saúde mental na infância e na adolescência pela Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo.

2. Psicóloga clínica, Gerente de Unidade da AVAPE no Programa de Reabilitação Profissional da Zona Sul, especialista em terapia cognitivo comportamental pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

3. Fonoaudióloga clínica da AVAPE, na Unidade Clínica de São Bernardo do Campo.

4. Assessor Clínico da AVAPE, Diretor do Serviço de Reabilitação da Santa Casa de São Paulo.

5. Assessor Clínico da AVAPE, Médico Psiquiatra assistente do Serviço de Psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual – SP.

6. Psiquiatra, Doutor em Psicologia pela PUC – SP, Professor livre docente pela FMUSP, Professor associado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP).

Introdução

Autismo é uma síndrome comportamental de etiologias múltiplas e distúrbios do desenvolvimento, caracterizados por déficits na interação social, observados através da inabilidade em relacionar-se com o outro, usualmente combinado a déficits na linguagem e no relacionamento⁽¹⁾.

Características do autismo também são encontradas em outros transtornos do desenvolvimento. Em decorrência, foi descrito um “continuum autístico” que varia de acordo com o grau de comprometimento cognitivo⁽²⁾. Existe uma grande relação com a deficiência mental e esta associação chega até 2/3 dos casos⁽³⁾.

O diagnóstico de retardo mental (RM) pode variar de acordo com as influências que o indivíduo sofre do meio no qual foi estruturado, por isso é um quadro clínico de difícil precisão⁽⁴⁾. Está relacionado ao funcionamento adaptativo, que se refere ao modo como o indivíduo enfrenta com eficiência, as exigências do dia – a – dia e o grau em que atinge os critérios de independência pessoal esperados quando comparados aos demais de sua idade, bagagem sócio-cultural e contexto comunitário⁽⁵⁾.

Exceto em alguns casos genéticos, que já são conhecidos e sabe-se que inerente a eles está o Retardo Mental, estes diagnósticos só são definidos após os primeiros anos de vida, depois das famílias observarem atrasos no desenvolvimento, dificuldades em realizar algumas tarefas ou alterações no comportamento, ou ainda quando creches e escolas referem tais situações, pois nesta fase inicial da vida, espera-se um desenvolvimento contínuo, que favoreça a diminuição da dependência materna e/ou cuidador, o que muitas vezes não ocorre. O conceito de independência refere-se a desassociação de um ser em relação a outro, do qual dependia ou era por ele dominado. Seria o estado de quem ou do que tem liberdade ou autonomia.

Devido à dificuldade que pacientes com Transtornos Invasivos ou com Retardo Mental tem em responder aos testes psicométricos⁽⁶⁾, e sabendo que alguns quadros psiquiátricos são caracterizados por alterações perceptivas e cognitivas específicas (atenção, memória, planejamento) que prejudicam seu desempenho, o uso de escalas e inventários é de suma importância para se avaliar o nível funcional e adaptativo.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi verificar, através do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI)⁽⁷⁾, se existem diferenças no desempenho funcional e na necessidade de auxílio do cuidador em crianças diagnosticadas com Transtornos Invasivos de Desenvolvimento e com Retardo Mental.

Procedimentos metodológicos

Foram avaliados 61 sujeitos, 27 apresentando retardo mental com idade média de $8,12 \pm 1,37$ anos, e 34 com

Transtornos Invasivos de Desenvolvimento com idade média de $8,06 \pm 1,08$ anos, entre os meses de abril e maio de 2008, todos inseridos em programas de reabilitação diferenciados, há mais de 2 anos, na Unidade Clínica AVAPE de São Bernardo do Campo.

Os participantes foram diagnosticados previamente por equipe multidisciplinar, sendo avaliados clinicamente e através das escalas ATA⁽⁸⁾ e CARS⁽⁹⁾, específicas para autismo, e Vineland, visando avaliação de desenvolvimento.

A escala Vineland é de fácil aplicação e por isso muito utilizada em população com retardo mental. Avalia o nível funcional da criança em quatro áreas, a saber, comunicação, atividades de vida diária, socialização e habilidades motoras mensurando um quociente de desenvolvimento⁽¹⁰⁾.

O PEDI é um instrumento de avaliação infantil, que possui o objetivo de fornecer uma descrição detalhada do desempenho funcional da criança, documentando suas mudanças longitudinais em três áreas funcionais: autocuidado, mobilidade e função social. Fornece também, dados acerca do quão independente o paciente é ou se precisa da intervenção de cuidadores, bem como se utiliza alguma modificação no ambiente para facilitar seu desempenho⁽⁷⁾. Geralmente é um teste aplicado em crianças com incapacidades/dificuldades físicas⁽⁷⁾, porém já se encontram na literatura, pesquisas com aplicação em crianças com retardo mental⁽¹¹⁾.

Foi traduzido e adaptado no Brasil, do original norte-americano “Pediatric Evaluation of Disability Inventory”⁽¹²⁾ seguindo todos os critérios e procedimentos descritos na literatura, que incluíram as etapas de tradução, adaptação cultural e desenvolvimento de normas brasileiras, sendo realizado pelos Departamentos de Terapia Ocupacional e de Fisioterapia da Universidade Federal de Minas Gerais. Seus dados normativos, que constituíram a amostra de padronização brasileira, foram obtidos através de 276 crianças da Região Metropolitana de Belo Horizonte⁽⁷⁾.

É um questionário aplicado através de entrevista com o cuidador, pelo julgamento clínico de alguns terapeutas ou

educadores que estejam familiarizados com a criança ou através de observação direta durante a execução das tarefas. Deve se considerar que a entrevista retrata seu desempenho em casa, e a avaliação em consultório pode ser diferente uma vez que a criança pode reagir, intimidada, a um ambiente estranho.

O teste consiste em três partes, sendo:

- Parte I - retrata a funcionalidade da criança em ambiente doméstico, correspondendo a realização de atividades e tarefas cotidianas, em três áreas: autocuidado (73 itens), mobilidade (59 itens) e função social (65 itens);

- Parte II – retrata a quantidade de ajuda fornecida pelo cuidador, informando sobre a independência da criança, na realização de 20 tarefas funcionais nas mesmas áreas de autocuidado (8 itens), mobilidade (7 itens) e função social (5 itens).

- Parte III - verifica se a criança utiliza alguma modificação no ambiente, que facilite sua execução/desempenho, em uma escala nominal que inclui quatro categorias: nenhuma, centrada na criança (utilizadas por crianças com desenvolvimento normal, como redutor de vaso, utensílios de plástico, entre outros), de reabilitação (para necessidades especiais, adaptações) ou extensiva (para mudanças arquitetônicas).

Para cada item da Parte I é atribuído escore 1 se a criança for capaz de executar a atividade funcional, ou o escore 0 se não for capaz, sendo o escore total, de cada área, obtido através da somatória de pontos.

Na Parte II, cada item é pontuado em uma escala ordinal, que varia de 5 (se a criança desempenhar a tarefa de forma independente, sem qualquer ajuda) a 0 (se necessitar de assistência total, sendo completamente dependente no desempenho da tarefa funcional). Os escores intermediários descrevem as quantidades variadas de ajuda fornecida, tais como supervisão (escore 4), assistência mínima (escore 3), assistência moderada (escore 2) ou assistência máxima (escore 1), sendo necessário conhecer os critérios definidos para pontuação de cada item, segundo o manual e os escores de cada área também somados.

Na Parte III, não há escala quantitativa.

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente através do programa Bioestat 5.0 ⁽¹³⁾, com as médias entre os diferentes escores comparadas através do teste t de Student.

Resultados

A partir das avaliações realizadas, observamos os resultados das Tabelas 1, 2 e 3.

Discussão

Mediante os resultados obtidos não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre os itens autocuidado e função social na escala de habilidades funcionais (Tab.1) e também entre os três itens da escala de assistência do cuidador (Tab.2), porém no item mobilidade, encontramos para a população com Retardo Mental a média de 53,04 ± 6,68 e para a população com TID a de 57,47 ± 3,68, médias essas diferentes, significativas (Tab.1), devido a provável comprometimento neurológico associado ao RM uma vez que, na população estudada, se encontravam 7 casos associados a quadros de Paralisia Cerebral.

Como não encontramos diferenças significativas entre as médias obtidas através do Vineland, para Retardo Mental e para os portadores de TID, as duas populações nos parecem semelhantes, quer sob o ponto de vista funcional, quer sob o ponto de vista intelectual observando assim, uma correlação direta entre a escala Vineland e o PEDI (Tab.3).

Desta forma, as duas populações são iguais no que se refere a idade e a padrão de desenvolvimento e, embora tenham diagnósticos clinicamente diferentes, apresentam as mesmas necessidades de suporte (observadas através do PEDI – cuidadores) mesmo com a população portadora de RM tendo maior prejuízo, estatisticamente significativo, na área de mobilidade.

A avaliação de desempenho não permite o reconhecimento das populações estudadas, pois o estudo não evidenciou sensibilidade para a detecção de quadros suspeitos, ou seja, não possibilita diagnóstico, servindo este instrumento,

Tabela 1 - Comparação entre os índices do PEDI, habilidades funcionais, nas populações portadoras de Retardo Mental e Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento. Diferenças significativas observadas somente na área referente a mobilidade para p=0,005

	Autocuidado	Mobilidade	Função social	n
RM	53,22 ± 13,7	53,04 ± 6,68 *	37,64 ± 13,31	27
TID	50,85 ± 15,51	57,47 ± 3,68	31,44 ± 13,1	34

Tabela 2 - Comparação entre os índices do PEDI, assistência do cuidador, nas populações portadoras de Retardo Mental e Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento. Não foram observadas diferenças significativas, para p=0,005

	Autocuidado	Mobilidade	Função social	n
RM	26,3 ± 10,64	31,59 ± 5,58	12,78 ± 6,22	27
TID	22,76 ± 10,36	33,5 ± 3,97	11,12 ± 7,1	34

Tabela 3 - Comparação entre os Quocientes de Desenvolvimento obtidos através da escala Vineland, nas populações portadoras de Retardo Mental e Transtornos Abrangentes de Desenvolvimento. Não foram observadas diferenças significativas, para p=0,005

	QD (Vineland)	n
RM	37,70 ± 10,53	27
TID	36,50 ± 10,29	34

somente para guia de funcionalidade e evolução do tratamento, uma vez que engloba as diferentes áreas comprometidas pelos diagnósticos estudados, sendo de extrema importância nos processos de reabilitação.

Portanto, independente do resultado dos escores totais do PEDI é importante verificar não só a pontuação das sub-escalas mas, principalmente a observação clínica que interfere, de maneira decisiva, na estruturação de um projeto terapêutico.

Conclusão

Conclui-se que na amostra estudada não há diferença significativa no desempenho e na necessidade de auxílio do cuidador, porém que o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade pode favorecer e contribuir na identificação de prejuízos no desempenho da criança, possibilitando que o cuidador acompanhe a evolução do tratamento com nitidez e colabore com o plano de tratamento, trazendo maior autonomia para o paciente.

Referências Bibliográficas

1. Gillberg C. Infantile Autism: Diagnosis and treatment. Acta Psychiatr Scand. 1990; 81:209-15.

2. Wing L. The autistic continuum. In: Wing L. Aspects of autism: biological research. London: Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society; 1988.

3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compendio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

4. Assumpção Jr FB, Kuczynski E. Deficiência mental. In: Assumpção Jr FB, Kuczynski E. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 247-63.

5. Associação Psiquiátrica Americana (APA) Manual de diagnóstico e estatística de distúrbios mentais (DSM IV TR). 4ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

6. Klin A, Saulnier CA, Sparrow SS, Cicchetti DV, Volkmar FR, Lord C. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: the Vineland and the ADOS. J Autism Dev Disord. 2007; 37:748-59.

7. Mancini MC. Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.

8. Assumpção Jr FB, Gonçalves JDM, Cucolicchio S, Amorim LCD, Rego F, Gomes C, et al. Escala de avaliação de traços autísticos (ATA): segundo estudo de validade. Med Rehabil. 2008; 27:41-4.

9. Pereira AM. Autismo Infantil Tradução e Validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil. (Dissertação de Mestrado) Porto Alegre; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; 2007.

10. Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV. Vineland Adaptative Behaviour Scales. Minnesota; American Guidance Service; 1984.
11. Mancini MC, Silva PC, Gonçalves SCM, Medeiros S. Comparação do desempenho funcional de crianças portadoras de Síndrome de Down e desenvolvimento normal aos 2 e 5 anos de idade. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61:409-15.
12. Haley S M, Coster WJ, Ludlow LH, Halitiwanger JT, Andrellos PJ. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory: Development, Standardization, and Administration Manual, Version 1.0.* Boston , MA : Trustees of Boston University , Health and Disability Research Institute; 1992.
13. Ayres M, Ayres Jr M, Ayres DL, Santos AS. *Bioestat 5.0.* Aplicações estatísticas das áreas das ciências biológicas e médicas. Belém; Sociedade Civil Mamiraua; 2007. 364p.

Instituição onde o trabalho foi realizado: Unidade Clínica de São Bernardo do Campo da AVAPE – Associação para Valorização de Pessoas com Deficiência.

Endereço para correspondência: Roseli Paicheco. Av. José Fornari, 1777 – São Bernardo do Campo – SP – (11) 4127-9333.



1^{er} Anuncio:

XXIV

Congreso de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación AMLAR 2010

XXV Congreso Nacional de Medicina Física y Rehabilitación

XII Encuentro de la Sociedad Latinoamericana de Parapleja

Rehabilitación e Integración hacia una plena participación

Organizan:



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

SLAP
Sociedad Latinoamericana de Parapleja

25, 26, 27 y 28 de Agosto de 2010
Hotel Hilton
Cartagena de Indias
Colombia