





## Comparação da percepção da família e do fisioterapeuta utilizando o sistema GMFCS e o Questionário de Relato Familiar

### Perception comparison of the family and physical therapist using the GMFCS system and the Family Report Questionnaire

 Francine Souza da Silva<sup>1</sup>,  Elcinete Wentz de Moura<sup>1</sup>,  Lisa Carla Narumia<sup>1</sup>,  Márcia Harumi Uema Ozu<sup>1</sup>

#### RESUMO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma patologia amplamente conhecida e estudada entre os profissionais de saúde. No meio acadêmico, possui algumas classificações importantes que auxiliam a comunicação entre a equipe multiprofissional. O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) classifica a função motora grossa do indivíduo segundo a habilidade do movimento autoiniciado, sendo dividido em cinco níveis. O domínio sobre a classificação e nível motor da criança devem ser de responsabilidade da equipe multiprofissional bem como o conhecimento por parte dos pais e ou responsáveis. Esse saber, muitas vezes pode estar limitado, e com isso a relação entre os profissionais de saúde, família e paciente pode entrar em conflito, gerando dúvidas. **Objetivo:** Este estudo tem por finalidade quantificar a concordância entre o conhecimento dos pais e/ou responsáveis sobre a classificação da função motora grossa quando comparados à classificação dada pelos fisioterapeutas e médicos, assim como, quantificar o quanto destes pais e/ou responsáveis já tinham um conhecimento prévio da classificação. **Método:** Trata-se de um estudo prospectivo observacional, com 96 pacientes, aos quais foram analisados em prontuário eletrônico. Sendo aplicado, então, o Questionário de Relato Familiar (GMFCS Family Report Questionnaire). **Resultados:** Em todas as variáveis dependentes avaliadas demonstrou-se uma taxa de concordância acima dos 60%; o valor de Kappa apresentado foi de  $k = >0,7$ , havendo, portanto, uma confiabilidade entre grupos de moderada a forte. **Conclusão:** Em geral, os profissionais de saúde se apresentam mais suscetíveis a classificarem os pacientes em níveis funcionais melhores do que quando comparados aos pais/responsáveis.

**Palavras-chaves:** Paralisia Cerebral, Família, Especialidade de Fisioterapia, Confiabilidade dos Dados, Reabilitação

#### ABSTRACT

Cerebral Palsy (CP) is a widely studied and known pathology between the health professionals and carries with it, in the academic environment, some important classifications that help the communication between professionals in a multidisciplinary team. The Gross Motor Function Classification System (GMFCS) purpose is to classify the gross motor in the child based on the self-initiated movement ability, being divided in five levels. Just like the multidisciplinary team needs to be aware of this classification and the child level, the parents and/or caregivers also need to know about it and agree on it. This understanding can often be limited, and with that, the relationship between the health professionals and the family can conflict, presenting problems in the future. **Objective:** This study has the purpose to quantify agreement between the parents and/or caregivers about the classification of the gross motor function when compared with the classification given by the physiotherapy and physiatrist, as well as quantify how much the parents and/or caregivers knew about the previous classification. **Method:** It is a prospective observational study, done with 96 patients, in which the electronic medical records were analyzed and tabulated. Being then applied the GMFCS Family Report Questionnaire. **Results:** All dependent variables who were evaluated demonstrated a concordance above 60%; the Kappa value present was  $k = >0.7$ , having, therefore, a moderate to strong reliability between the groups. **Conclusion:** In general, the health professionals are more susceptible to classify the patients on better functional levels when compared with the family.

**Keywords:** Cerebral Palsy, Family, Physical Therapy Specialty, Data Accuracy, Rehabilitation

<sup>1</sup>Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD

#### Autor Correspondente

Francine Souza da Silva  
E-mail: [francinesouza1505@gmail.com](mailto:francinesouza1505@gmail.com)

#### Conflito de Interesses

Nada a declarar

Submetido: 13 maio 2022

Aceito: 8 março 2023

#### Como citar

Silva FS, Moura EW, Narumia LC, Ozu MHU. Comparação da percepção da família e do fisioterapeuta utilizando o sistema GMFCS e o Questionário de Relato Familiar. Acta Fisiátr. 2023;30(2):81-86.

DOI: 10.11606/issn.23170190.v30i2a197705

ISSN 2317-0190 | Copyright © 2023 | Acta Fisiátrica  
Instituto de Medicina Física e Reabilitação – HCFMUSP



Este trabalho está licenciado com uma licença  
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

## INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma condição caracterizada por apresentar desordens do desenvolvimento do movimento e postura, causada por distúrbios não progressivos, que ocorrem no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, afetando, portanto, as atividades funcionais dos indivíduos.<sup>1</sup> É a patologia que mais causa deficiência física nas famílias ao redor do mundo sendo, consequentemente, uma das mais estudadas atualmente.<sup>1</sup>

O “Sistema de Classificação Motora Grossa” (GMFCS), é um dos sistemas de classificação da PC, que se divide em níveis de funcionalidade. Foi desenvolvido em resposta à necessidade de se ter um sistema padronizado, que classificasse a severidade do acometimento do movimento em pessoas com PC.<sup>2</sup> A criança pode ser classificada dentro de uma escala de cinco níveis, que depende da idade e das atividades motoras aos quais consegue realizar.

O nível I representa o menor comprometimento motor e engloba os indivíduos que conseguem andar sem restrições e limitações nas habilidades motoras grossas mais avançadas, como correr e pular; o nível II anda sem meios auxiliares, porém com limitações para andar fora de casa e na comunidade; o nível III anda com assistência de meios auxiliares e apresenta limitações para andar fora de casa e na comunidade; o nível IV realiza auto deslocamento com limitações, utilizando a cadeira de rodas para se deslocar fora de casa e na comunidade; o nível V utiliza e necessita da cadeira de rodas para deslocamento, em todos os ambientes.<sup>2</sup> O GMFCS foi expandido e revisado em 2007, incluindo faixas etárias dos 12 aos 18 anos e enfatizando conceitos inerentes a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde, incentivando os seus usuários a estarem atentos ao impacto que os fatores ambientais e pessoais podem ter sobre a criança/adolescente com PC.<sup>3</sup>

O GMFCS geralmente é aplicado pelo profissional de saúde e pensando nisso, seus criadores desenvolveram o “Questionário de Relato Familiar” (Family report for the Gross Motor Function Classification System), ao qual permite que também a família e/ou cuidador responsável, classifique sua criança.<sup>4</sup> Isso permitiu aos pais a possibilidade de classificar dentro de faixas etárias, qual dos cinco níveis, melhor representava sua criança e desta forma entender mais sobre a classificação. Muitas famílias e/ou cuidadores podem apresentar dúvidas principalmente em relação ao nível motor ao longo do tempo, podendo ocasionar possíveis dificuldades na comunicação entre profissional de saúde e família.

## OBJETIVO

O objetivo deste estudo prospectivo foi quantificar a confiabilidade e concordância entre pais e fisioterapeutas quanto ao nível do GMFCS; quantificar quantos dos pais tinham conhecimento prévio da classificação e por qual meio adquiriram esse conhecimento e analisar a concordância/confiabilidade entre observadores - pais e fisioterapeutas. Ainda, como objetivo secundário: analisar a concordância entre observadores - fisioterapeutas e médicos fisiatras.

## MÉTODO

Foram listados cerca de 286 pacientes com diagnóstico de Paralisia Cerebral, sem outras patologias associadas, com idade de 2 a 17 anos e 11 meses, que estavam até então, realizando

tratamento no setor de Reabilitação de Fisioterapia Infantil da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) - Ibirapuera, no período de agosto a dezembro de 2021. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação de Assistência à Criança Deficiente (CAAE 24064619.3.0000.0085).

Foram excluídos: 35 pacientes por informações incompletas em prontuário, e 155 por motivos de: alta, desligamento da instituição ou afastamento/suspensão por intercorrência clínica. Os pacientes necessitavam ter as seguintes informações disponíveis em prontuário: classificação topográfica, idade, sexo e a classificação GMFCS (GMFCS E&R – Ampliado e Revisado - Versão Brasileira), dadas pelos fisioterapeutas e médicos fisiatras.

Foram aplicados, contudo, um total de 96 questionários do Relato familiar GMFCS (GMFCS F&R – Versão Brasileira) em forma impressa. O fisioterapeuta responsável pelo paciente entregou ao cuidador o TCLE autorizando o uso dos dados obtidos de forma não identificada para fins de pesquisa e o questionário, ao qual explicou brevemente como respondê-lo. Quando não havia disponibilidade do mesmo para aplicar o questionário, um dos pesquisadores o aplicava.

Ao final de cada folha do questionário, o cuidador deveria também responder se já conhecia a classificação, se sim, através de qual fonte, sendo as opções: médico, terapeuta, internet ou outros. Todos os questionários devidamente respondidos foram tabulados e somados às informações iniciais dos pacientes, desta forma a amostra foi composta de 96 pacientes classificados de acordo com o tipo clínico e topografia, dos quais, 6 eram discinéticos, 3 atáxicos e 87 espásticos, sendo 14 hemiparéticos, 63 diparéticos e 10 tetraparéticos.

Todas as informações foram submetidas a análise estatística através do teste de Kappa Ponderado (Weighted Kappa)<sup>5</sup> para exame de variáveis qualitativas ordinais, obtendo-se, portanto, a verificação de concordância e confiabilidade entre os Inter observadores, sendo eles entre fisioterapeutas, cuidadores e médicos fisiatras.<sup>6</sup> O Kappa Ponderado é utilizado para casos de análises estatísticas em variáveis qualitativas nominais ordinais, com resultados de concordância corrigidas ao acaso.<sup>5,7</sup> Neste estudo foi utilizada a classificação de Mchugh (Quadro 1), sobre os valores finais de Kappa encontrados em cada teste.<sup>7</sup> Também foi quantificado a porcentagem de conhecimento prévio ou não dos cuidadores para com a classificação GMFCS através do Excel.

**Quadro 1.** Valores de Kappa segundo a interpretação de Mchugh

Valor de Kappa	Nível de confiabilidade	% dos dados que estão em concordância
0-.20	Nenhum	0-4%
.21-.39	Mínimo	4-15%
.40-.59	Fraco	15-35%
.60-.79	Moderado	35-63%
.80-.90	Forte	64-81%
Acima de .90	Quase perfeito	82-100%

## RESULTADOS

Os pacientes selecionados foram classificados por seus respectivos cuidadores utilizando o Questionário de Relato Familiar do GMFCS e os fisioterapeutas classificaram com base no GMFCS E&R - Versão Brasileira. Quando analisados os dois grupos cuidador-fisioterapeuta, o teste de Kappa Ponderado mostrou que há uma confiabilidade moderada entre os observadores

– ( $k= 0,772$ , IC 95% [0,691; 0,853];  $p < 0,001$ ; concordância= 71,9%). Houve discordância de 28%. Deste valor, 17,6% foram de fisioterapeutas que classificaram os pacientes em níveis funcionais melhores quando comparados aos seus cuidadores/responsáveis.

**Tabela 1.** Tabulação cruzada apresentando a quantificação em concordância entre cuidadores e fisioterapeutas e suas respectivas classificações motoras

		CUIDADOR					Total
		GMFCS 1	GMFCS 2	GMFCS 3	GMFCS 4	GMFCS 5	
FISIOTERAPEUTAS	GMFCS 1	5	3	1	1	0	10
	GMFCS 2	2	14	2	0	0	18
	GMFCS 3	0	4	22	3	0	29
	GMFCS 4	0	0	4	13	7	24
	GMFCS 5	0	0	0	0	15	15
	Total	7	21	29	17	22	96

Quando comparados os grupos cuidador-médico, o valor de Kappa se mostra como sendo de confiabilidade moderada entre os observadores – cuidador-médico ( $k= 0,715$ ; IC 95% [0,630; 0,801]  $p < 0,001$ ; concordância= 64,6%). O valor total em discordância entre eles foi de 35,3%, do qual 21,8% de médicos, assim como no grupo anterior, classificou os pacientes com nível funcional melhor quando comparado aos seus cuidadores/responsáveis.

Já quando a comparação foi entre fisioterapeutas e médicos o valor de Kappa demonstrou confiabilidade substancial ( $k= 0,882$ ; IC 95% [0,827; 0,937]  $p < 0,001$ ; concordância= 84,4%). O total em discordância foi de 15,6%, destes, 8,3% dos médicos classificaram os pacientes em um nível funcional melhor quando comparados aos fisioterapeutas. O inverso também ocorreu em todos os casos, ou seja, cuidadores classificando os pacientes em níveis funcionais melhores, todavia, as porcentagens que se sobressaíram foram as acima apresentadas.

Foi realizado também o cálculo de porcentagem no Excel em relação ao conhecimento prévio dos cuidadores sobre a classificação GMFCS, sendo que dos 96 participantes, 51 responderam SIM (53%) e 45 NÃO (47%). Destes que afirmaram já terem ouvido falar da classificação, (total de 51 cuidadores), 37 disseram ter tido conhecimento através de seus terapeutas, 10 através de médicos e 4 responderam ter obtido conhecimento através de outros métodos. Entende-se, portanto, que o nível de confiabilidade e concordância entre todas as variáveis dependentes avaliadas, apresentou-se como um valor de Kappa de moderado à forte<sup>7</sup> ( $k > 0,7$ ), e que dentre os três grupos de Inter observadores, os que apresentaram maior confiabilidade e concordância entre si foram os do grupo fisioterapeutas-médicos.

## DISCUSSÃO

Os indivíduos com PC apresentam entre si desordens do movimento variadas. Pensando nisso, houve no meio multiprofissional a necessidade do desenvolvimento de uma classificação que facilitasse um consenso entre os profissionais e que os auxiliasse na comunicação sobre as limitações e habilidades funcionais de cada criança.<sup>2</sup>

O GMFCS tem por objetivo facilitar o conhecimento e a comunicação entre profissionais e família, ajudando a determinar as necessidades de sua criança, utilizando-se de um método padrão, válido e confiável.<sup>2</sup> Além disso, a classificação também auxilia na prática clínica da equipe, pesquisa e ensino. Cada nível apresenta funções motoras grossas diferentes, presentes no dia a dia da criança com PC.<sup>3</sup> A inclusão da família desde o início teve seu papel importante, inclusive na elaboração da escala em questão. Logo, houve sua expansão para sua versão revisada e expandida para indivíduos até os seus dezoito anos.<sup>3</sup>

A classificação é dada geralmente pelo profissional de saúde através de uma observação clínica ou de descrições das habilidades motoras presentes em prontuário.<sup>8</sup> Com a importância da inclusão a família, foi percebido a necessidade de se desenvolver também um documento onde o próprio cuidador responsável fosse capaz de classificar sua criança, utilizando um método simples e de baixo custo, e quando, por exemplo, não há possibilidade da classificação pelo próprio profissional de saúde.<sup>4</sup> Portanto, o questionário em questão tem por objetivo possibilitar que o próprio familiar/cuidador reporte o nível de capacidade funcional de sua criança, podendo ser elaborado através de entrevistas com os familiares sobre as habilidades apresentadas por suas crianças no dia a dia.<sup>4,8</sup>

As instituições e/ou clínicas de reabilitação atualmente visam o acolhimento da família para dentro do ramo do conhecimento sobre a patologia da criança, utilizando por exemplo, palestras e explicações que procurem sanar dúvidas, e consequentemente facilitar todo o trabalho em equipe. O profissional de saúde precisa entender a importância da participação da família no processo de reabilitação do paciente, e a família precisa estar a par da composição deste processo, e principalmente, estar atualizada sobre os métodos utilizados e no que eles implicam quando o assunto é prognóstico.<sup>9</sup>

A prática centrada na família se coloca como importante ponto a ser ressaltado já que tem por propósito proporcionar o envolvimento do paciente e da família em todo o plano de tratamento, empoderando o relacionamento entre profissional de saúde e família, onde ambas as partes se empenham para compartilhar a responsabilidade pelos cuidados da saúde da criança.<sup>10</sup> Essa prática tem sido composta por alguns tópicos aos quais podemos citar: a educação dos profissionais de saúde para com os familiares, e dos profissionais para com a família sobre como praticar essa inclusão, além é claro, de ações que viabilizem uma boa comunicação.<sup>9,10</sup>

Os familiares tiveram a chance de fornecer sua própria classificação, o que resultou em novas pesquisas que tinham como objetivo quantificar a confiabilidade/concordância entre profissionais de saúde e cuidadores, utilizando o GMFCS. Na literatura é possível encontrar estudos que analisam o relacionamento entre profissionais (profissional-profissional) e entre profissionais e familiares utilizando o GMFCS e o relato de classificação familiar, respectivamente.<sup>4,8,11</sup>

Neste estudo os resultados obtidos em relação à concordância interobservadores variou de moderado à substancial, assim como em estudos já publicados.<sup>11,13</sup> Dentre os três grupos, todos apresentaram um Kappa de valor relacionado a uma boa confiabilidade e concordância. Dentre eles, o resultado sobressalente foi entre fisioterapeutas e médicos fisiatras, o que nos mostra uma boa comunicação/interpretação da classificação entre profissionais, assim como já observado em estudos que verificaram a confiabilidade entre os profissionais da equipe de saúde.<sup>12,14</sup>

Também foi observado que, aqueles que classificam os pacientes com base em seus atendimentos, observações diretas ou arquivos de vídeos estão predispostos a concordarem entre si, ao contrário daqueles que obtêm informações de funções/habilidades motoras restritas apenas as descrições de prontuário ou observações indiretas.<sup>3,11,14</sup>

No presente estudo, o grupo de médicos foi composto por fisiatras que atuam na AACD Ibirapuera e que atendem pacientes com PC, que possuem contato direto com os pacientes e seus respectivos fisioterapeutas, realizando observações diretas e participando ativamente do processo de reabilitação, o que leva a resultados de confiabilidade significativos como representado neste estudo, com um valor de Kappa de 0.88, diferente do que se foi obtido por outro estudo, que apresentou um valor de Kappa de 0.65 entre fisioterapeutas e pediatras e de 0.35 entre fisioterapeutas e ortopedistas.<sup>12</sup>

Na AACD, fisioterapeutas e médicos fisiatras trabalham em conjunto (dentro do mesmo setor), de maneira que além de consultas médicas eletivas, os fisiatras realizam também quando necessário atendimento no centro de reabilitação com os pacientes, estando, portanto, presentes: fisioterapeuta, paciente e cuidador. O sistema de agenda de consultas, assim como discussões de caso entre fisioterapeutas e médicos fisiatras é facilitado, melhorando de forma significativa a comunicação entre ambos, alinhando as percepções e diminuindo possíveis vieses de discordância entre eles.

Ademais, os médicos fisiatras podem observar diretamente o paciente durante a terapia, ou seja, a capacidade funcional daquele paciente em questão em um ambiente controlado, ambos os profissionais de saúde possuem acesso livre ao prontuário do paciente, podendo analisar avaliações, testes e evoluções diárias, corroborando ainda mais com estudos que mostram que profissionais que tem acesso direto ao desempenho do paciente tendem a terem maior concordância entre si, em relação a classificação.<sup>3,11,14</sup>

O estudo de Morris et al.<sup>12</sup> observou a confiabilidade interobservadores de diferentes profissionais de saúde, apresentando valores consideravelmente mais baixos advindos de profissionais que classificam os pacientes de modo mais subjetivo, de maneira indireta através de informações disponíveis em prontuário. Médicos ortopedistas e pediatras estão inclinados a avaliar os pacientes e obterem contato somente nas consultas pré ou pós cirúrgicas e consultas de rotina, tendo uma percepção da função motora grossa restrita e subjetiva, assim também como documentos que descrevem em suma, as incapacidades e dificuldades do paciente.<sup>12</sup>

É importante que a comunicação entre a equipe esteja atualizada, havendo sempre que possível, reuniões de equipe, discussões de caso, compartilhamento de experiências de atendimento e atualidades na literatura, chegando portanto ao alinhamento das condutas aplicadas ao paciente e reconhecimento do desempenho de suas funções e habilidades motoras em tratamento e em suas atividades de vida diária, visando por fim, um olhar amplo, além é claro, da possibilidade de uma avaliação/observação clínica física mais detalhada e enriquecida.

Quando analisamos os resultados obtidos em relação a cuidadores e fisioterapeutas, obtemos um Kappa de valor 0.77, ao qual se mostrou sutilmente superior ao valor encontrado no estudo de Silva et al.<sup>11</sup> entre grupos interobservadores de cuidadores e terapeutas ocupacionais, com um valor de Kappa de 0.71. Houve ainda um resultado consideravelmente superior ao valor

encontrado no estudo de Morris et al.<sup>12</sup> que apresentou um valor de Kappa de 0.54 entre cuidadores e fisioterapeutas. Portanto, há também resultados significativos em relação a concordância/confiabilidade entre estes dois grupos.

Das discordâncias ocorridas em nosso estudo, corroboram-se aquelas que mostram que a equipe multiprofissional tende a classificar seus pacientes em um melhor nível funcional do que quando comparado aos seus pais e/ou responsáveis.<sup>4,8,14</sup> Esta questão pode ser associada ao fato de que os profissionais de saúde, principalmente aqueles relacionados à área de reabilitação, observam e atendem esses indivíduos em um ambiente terapêutico controlado,<sup>11,14</sup> lugares aos quais foram idealmente pensados com o objetivo de possibilitar melhor desempenho funcional, como por exemplo, a utilização de equipamentos e métodos que facilitem transferências, deslocamentos e a presença de diferentes aditamentos para locomoção.

Em contrapartida, os familiares em sua maioria, convivem com seus filhos, em ambientes não adaptados, o que consequentemente favorece uma visão mais limitada das capacidades funcionais e, portanto, um menor desempenho. Os profissionais de saúde, principalmente aqueles relacionados ao âmbito da reabilitação, estão cientes das capacidades de seus pacientes quando utilizado meios e instrumentos que auxiliem e/ou facilitem certas funções. Pacientes com o mesmo nível de GMFCS podem utilizar de métodos de locomoção diferentes, dependendo do ambiente, logo, seu desempenho funcional é altamente impactado pelo ambiente à sua volta.<sup>4,12</sup>

A CIF define como “Fatores Ambientais” o ambiente, o social e a atitude do indivíduo. A mobilidade do indivíduo com PC depende diretamente dos fatores ambientais, os quais podem influenciar na velocidade, acessibilidade, necessidade de antecipação ou não do movimento, ou até mesmo a necessidade de assistência de um adulto. Quando os pais e/ou cuidadores pensam no desempenho motor da sua criança, este pensamento é ampliado, pensando-se de maneira geral e não tão específica, resumindo-se geralmente em experiências de fatores ambientais desfavoráveis, como o ambiente escolar ou de residência.<sup>4,10</sup>

Sendo assim, reconhece-se que dentro de ambientes terapêuticos e/ou adaptados, o paciente está propenso a desempenhar o máximo de sua capacidade motora do que em ambientes não adaptados, aos quais limitam a capacidade funcional no dia a dia.<sup>12,13</sup>

Para que este viés de discordância fosse minimizado, seria necessário que ambos os interobservadores classificassem o nível GMFCS segundo um só ambiente, indo contra a aplicação da classificação, que deve ser aplicada pensando na função motora grossa desempenhada em ambientes de: domicílio, escola e comunidade.<sup>11-12</sup>

Outro fator somatório a este resultado se dá ao fato de que dependendo do ambiente, capacidades e incapacidades podem ser apresentadas diferentemente. Assim como o fisioterapeuta pode não estar atento ao desempenho do paciente em nível escolar por exemplo, o pai e/ou cuidador pode não ter observado tal capacidade da criança em ambiente terapêutico.<sup>11</sup> Uma boa avaliação da mobilidade depende da observação direta dos diferentes contextos de vida do indivíduo em seu dia a dia, porque as características físicas e sociais do ambiente têm grande influência nos resultados.<sup>10</sup>

Apesar da boa confiabilidade e concordância aqui presente e em outros estudos,<sup>4,12,14</sup> é notável que o ângulo de percepção de pais e profissionais do meio de reabilitação são diferentes, dessa

maneira o fisioterapeuta está mais propenso a classificar o indivíduo em um nível funcional melhor.<sup>11</sup>

Ainda neste estudo, quando questionados sobre o conhecimento prévio da escala de classificação de função motora grossa, houve diferença mínima entre aqueles que responderam sim e os que responderam não. Daqueles que responderam já ter tido contato com a escala, observamos que a maioria dos pais referiu ter sido apresentado à classificação pela primeira vez através de seus terapeutas, provavelmente por serem estes os que possuem um contato frequente com a família durante o período de reabilitação.

Dentro do setor de reabilitação infantil da AACD onde este estudo foi realizado, os fisioterapeutas têm como tarefa conversar com os pais e familiares sobre o que é a classificação GMFCS, como utilizá-la e qual a sua importância. A maioria do público é composta de famílias de baixa renda, que são direcionadas para a AACD através do Sistema Único de Saúde (SUS). A PC, segundo o relatório integrado atualizado de 2021, representa cerca de 47,5% da linha de cuidado atendido na AACD.

Todavia, algumas destas famílias quando questionadas, apesar de saberem responder qual o nível GMFCS de sua criança e afirmarem já terem ouvido falar desta, não sabiam ao certo, o que a classificação de fato significava tal qual sua importância no prognóstico. O questionário GMFCS de relato familiar demonstrou ser de fácil compreensão entre os familiares, viabilizando uma leitura direta e simples, concedendo ao cuidador a autonomia na classificação, e consequente confiabilidade para com o terapeuta.<sup>4,8</sup>

A ferramenta que nos auxilia a conversar com a família, sanar possíveis dúvidas, discutir prognóstico, além de conhecer o ponto de vista do familiar e/ou responsável. A classificação GMFCS foi criada e aplicada primeiramente ao público da área de saúde, logo, muitos ainda não compartilham este conhecimento com os familiares e cuidadores, os quais possuem uma percepção essencial da capacidade funcional de suas crianças em ambientes não adaptados, tornando o conhecimento da classificação confuso e subentendido no dia a dia destas famílias. Portanto, saber o nível de classificação e o que isto representa são questões diferentes, sendo necessário, um estudo que demonstrasse as principais características destas famílias.

A relação entre equipe multiprofissional, paciente e família é de extrema importância. Todos devem estar de acordo sobre os principais objetivos a serem alcançados em tratamento, dentro das capacidades físicas possíveis apresentadas por cada paciente. A identificação das habilidades que mais motivam a criança precisam ser levadas em consideração, e suas conquistas devem ser transmitidas do ambiente terapêutico para o ambiente domiciliar.<sup>9</sup>

A família deve estar envolvida e ter poder de decisão, em relação ao tratamento, o que possibilitará uma boa colaboração e trabalho em conjunto; o que pode ser alcançado através de demonstrações, educação familiar, orientações e a elaboração de atividades que podem ser treinadas em casa.<sup>9</sup> Isso interfere diretamente por exemplo, no conhecimento sobre a classificação e sua importância, já que para que esta seja mais é necessário um entendimento de ambos os lados, tanto do profissional de saúde como também da família, pois assim o paciente será observado de forma correta, em diferentes ambientes.

Outro ponto importante é a atualização das famílias em relação às práticas embasadas em evidências, classificações atuais e formas de facilitar o movimento, que podem ser transferidas

para o ambiente domiciliar visando uma terapêutica ampliada.<sup>19</sup>

Dentro da área de reabilitação da AACD, em todos os setores de terapias, são realizados relatórios trimestrais nas quais cuidador e fisioterapeuta param para conversar sobre o paciente em questão.

Discute-se sobre as evoluções que ocorrem em terapia e dentro de ambientes como o domiciliar, o escolar e o comunitário e suas respectivas dificuldades, e é este também, um dos momentos em que se aproveita a oportunidade para se abordar e apresentar o GMFCS. A preocupação das instituições de reabilitação em abordar a classificação junto aos pais se mostra cada vez mais atual e coloca em prática o cuidado centrado na criança e na família.

## CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou níveis moderados de concordância/confiabilidade entre fisioterapeutas, médicos fisiatras e familiares em indivíduos de 2 a 17 anos e 11 meses. O questionário de Relato Familiar apresentou boa compreensão entre os familiares com relação às habilidades motoras apresentadas pelos pacientes segundo cada idade.

Dentre as três análises, o grupo que apresentou valores mais significativos foi entre fisioterapeutas e médicos fisiatras, também com a menor taxa de discordância. Tanto o grupo de fisioterapeutas como o grupo de médicos fisiatras foram mais suscetíveis a classificar seus pacientes com níveis motores melhores quando comparados aos familiares, o que reforça o fato de que dentro de um ambiente controlado, há maior possibilidades da realização da função motora grossa, o que torna os pacientes a apresentarem melhor desempenho motor e isso geralmente não ocorre em ambientes externos ao de terapia. Isso nos leva a pensar sobre as dificuldades enfrentadas fora do centro de reabilitação.

Muitas vezes, habilidades motoras possíveis de serem realizadas em terapia, não são reproduzidas em domicílio ou outros ambientes, por ausência das adaptações necessárias ou ainda, condições sociais e ambientais precárias. As classificações são dadas dependendo do ponto de vista de quem faz a observação, logo, os terapeutas devem estar cientes da inclusão e participação da família, entendendo que o familiar vê o paciente em ambientes diversos, enxergando dificuldades que às vezes podem não ser vistas no ambiente terapêutico.

Todos os envolvidos (familiares, cuidadores e profissionais de saúde) precisam estar cientes das capacidades funcionais motoras grossas do paciente, em diversos tipos de ambientes, controlados e não controlados, assim como, os limites que o ambiente pode oferecer, sejam eles adaptados ou não, além é claro, do conhecimento sobre os dispositivos de auxílio que estas crianças podem utilizar, é imprescindível haver meios que facilitem o trabalho em equipe e viabilizem métodos para que todos estejam em sintonia, enxergando o paciente como um todo.

A classificação GMFCS é uma ferramenta padrão que deve ser de conhecimento de todos os profissionais de saúde e família, sendo parte no dia a dia, discutida sempre que possível, de forma direta e simples; todos devem trabalhar para que não haja dúvidas entre ninguém da equipe, família e paciente.

Não menos importante, os familiares devem confiar na prática clínica dos profissionais, em como e quando esse conhecimento pode ser transmitido ao ambiente domiciliar, minimizando os níveis de discordância entre eles e aproximando seus pontos

de vista, a família deve ser incluída na terapia, entender o quanto o ambiente pode influenciar na classificação final de sua criança; métodos devem ser desenvolvidos visando a conscientização da família do paciente e possibilitando a vivência de um melhor desempenho motor também em ambientes externos ao da terapia, já que o ambiente influenciará a capacidade motora que será desempenhada.<sup>11</sup> Isto é possível através da elaboração de estratégias que possibilitem momentos de explanação entre profissionais e família sendo por conseguinte uma necessidade que precisa ser colocada em prática.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos as famílias e cuidadores por terem respondido o questionário e por permitirem a utilização dos dados para fins de pesquisa. Agradecemos também, a todas as fisioterapeutas do setor de fisioterapia infantil da AACD Ibirapuera por participarem na coleta de informações.

## REFERÊNCIAS

- Carr LJ, Reddy SK, Stevens S, Blair E, Love S. Definition and classification of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2005;47(8):508-10. Doi: [10.1111/j.1469-8749.2005.tb01183.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2005.tb01183.x)
- Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997;39(4):214-23. Doi: [10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x)
- Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol.* 2008;50(10):744-50. Doi: [10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x)
- Morris C, Galuppi BE, Rosenbaum PL. Reliability of family report for the Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46(7):455-60. Doi: [10.1017/s0012162204000751](https://doi.org/10.1017/s0012162204000751)
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159-74.
- Kottner J, Audige L, Brorson S, Donner A, Gajewski BJ, Hróbjartsson A, et al. Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(6):661-71. Doi: [10.1016/j.ijnurstu.2011.01.016](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.01.016)
- McHugh ML. Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochem Med (Zagreb).* 2012;22(3):276-82. Doi: [10.11613/BM.2012.031](https://doi.org/10.11613/BM.2012.031)
- Rackauskaite G, Thorsen P, Uldall PV, Ostergaard JR. Reliability of GMFCS family report questionnaire. *Disabil Rehabil.* 2012;34(9):721-4. Doi: [10.3109/09638288.2011.615881](https://doi.org/10.3109/09638288.2011.615881)
- Jackman M, Sakzewski L, Morgan C, Boyd RN, Brennan SE, et al. Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. *Dev Med Child Neurol.* 2022;64(5):536-49. Doi: [10.1111/dmnc.15055](https://doi.org/10.1111/dmnc.15055)
- Shields L. What is "family-centered care"? *Eur J Pers Cent Healthc.* 2015;3(2):139-44. Doi: [10.5750/ejpc.v3i2.993](https://doi.org/10.5750/ejpc.v3i2.993)
- Silva DB, Pfeifer LI, Funayama CA. Gross Motor Function Classification System Expanded & Revised (GMFCS E & R): reliability between therapists and parents in Brazil. *Braz J Phys Ther.* 2013;17(5):458-63. Doi: [10.1590/S1413-35552012005000113](https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000113)
- Morris C, Kurinczuk JJ, Fitzpatrick R, Rosenbaum PL. Who best to make the assessment? Professionals' and families' classifications of gross motor function in cerebral palsy are highly consistent. *Arch Dis Child.* 2006;91(8):675-9. Doi: [10.1136/adc.2005.090597](https://doi.org/10.1136/adc.2005.090597)
- McDowell BC, Kerr C, Parkes J. Interobserver agreement of the Gross Motor Function Classification System in an ambulant population of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2007;49(7):528-33. Doi: [10.1111/j.1469-8749.2007.00528.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00528.x)
- Jewell AT, Stokes AI, Bartlett DJ. Correspondence of classifications between parents of children with cerebral palsy aged 2 to 6 years and therapists using the Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53(4):334-7. Doi: [10.1111/j.1469-8749.2010.03853.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03853.x)