

AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DOMICILIAR DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

HOME ACCESSIBILITY ASSESSMENT OF CHILDREN WITH PHYSICAL DISABILITIES

Mariana Capacci GASPAROTO¹
Ângela Maria Sirena ALPINO²

RESUMO: a abordagem biopsicossocial de deficiência considera que a incapacidade resulta tanto da interação entre disfunção, limitação das atividades e restrição na participação social do indivíduo, quanto dos fatores ambientais. A ausência de adaptações ambientais apropriadas prejudica a acessibilidade, desempenho e participação de indivíduos com deficiência física (DF). O principal objetivo deste estudo consistiu em avaliar a acessibilidade domiciliar de crianças com DF. Foi utilizado um *checklist* construído pelas pesquisadoras, que investigou desde barreiras arquitetônicas e adaptações no domicílio até necessidades de apoio dessas crianças. O preenchimento do *checklist* se deu por meio de visitas nas residências de cinco crianças participantes que apresentavam dificuldade de locomoção e usavam cadeira de rodas ou andador. As avaliações duraram em média 50 minutos e permitiram conhecer as condições de acessibilidade e participação das crianças em casa. Identificou-se carência de mobiliário e/ou recursos adaptados para as crianças, apesar da frequente indicação de necessidade de auxílio para a locomoção, higiene e vestuário. Dentre as barreiras universais avaliadas, predominou desníveis, aclives e pisos lisos nas rotas de acesso, inadequação da largura de portas de banheiros e apenas em uma residência o espaço de circulação era adequado em todos os cômodos. O conhecimento das condições de acessibilidade e participação das crianças possibilitou às pesquisadoras propor modificações/adaptações ambientais pertinentes. Embora a literatura destaque a estreita relação entre acessibilidade, funcionalidade, participação e qualidade de vida de pessoas com deficiência física, o estudo identificou precariedade de pesquisas e de instrumentos específicos de avaliação relacionados à acessibilidade do ambiente domiciliar.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Especial. Acessibilidade. Avaliação. Deficiência física. Residência.

ABSTRACT: A bio psychosocial approach to disabilities considers that failure results both from the interaction between dysfunction, limitation of activities and the individual's social participation constraints as environmental factors. The absence of appropriate environmental adjustments affects accessibility, performance and participation of individuals with physical disabilities (PD). The main objective of this study consisted in evaluating the home accessibility of children with PD. A checklist elaborated by the researchers was used in order to investigate architectural barriers, adaptations in the home and the children's needs for support. The checklist was filled in upon visits to the homes of five children who had limited mobility and used a wheelchair or walker. The reviews took an average of 50 minutes and enabled the researchers to see the children's accessibility and participation conditions at home. An absence of furniture and/or features adapted for children was identified, despite frequent indications of need for aid for locomotion, hygiene and clothing. Among the universal barriers that were evaluated, the predominant issues included uneven walkways, upward pathways and slick walking surfaces on the access routes, and inadequate door width to the bathroom. There was only one house in which circulation space was appropriate in all rooms. The knowledge of accessibility conditions and participation of the children enabled the researchers to propose relevant modifications/adaptations to those environments. Although the literature highlights the close relationship between accessibility, functionality, participation and life quality of people with physical disabilities, the study revealed the lack of surveys and specific instruments of evaluation related to accessibility of the home environment.

KEYWORDS: Special Education. Accessibility. Evaluation. Physical disabilities. Home.

¹ Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina/UELmarianagasparoto@hotmail.com

² Fisioterapeuta. Doutora em Educação Especial – Área de concentração: Educação do Indivíduo Especial. Docente do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual de Londrina/UEL. 1 angelasiral@uel.br

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de terminologia relacionada à deficiência ou incapacidade constitui uma questão complexa. Segundo Barron (2001), diferentes sistemas definem deficiência ou incapacidade de acordo com suas próprias necessidades e regulamentações, e as definições em geral carecem de critérios específicos.

No ano de 2001, a OMS publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, desenvolvida a partir da Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem - CIDID (WHO, 1980). Nesta classificação, a deficiência é descrita como perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica e representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico. Incapacidade é caracterizada como consequência da deficiência, traduz a restrição da habilidade para desempenhar atividades e reflete as disfunções da pessoa quanto às atividades e comportamentos essenciais à vida diária.

A CIF (WHO, 2001) consiste em uma abordagem biopsicossocial ampla, mais adequada para o entendimento das situações de incapacidade vividas em diferentes contextos, pois aborda componentes relacionados não somente às estruturas do corpo, mas também a atividade e participação individual e social e aos fatores ambientais. Neste modelo de classificação, a incapacidade resulta tanto da interação entre a disfunção do indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, como dos fatores ambientais que podem facilitar ou dificultar seu desempenho e participação (DINUBILE; BUCHALLA, 2008; FARIAS, 2005; WHO, 2001).

A literatura ressalta a estreita relação entre o fornecimento de adaptações ambientais apropriadas e o grau de funcionalidade do indivíduo com deficiência física (ALPINO, 2008; DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). Para Dischinger (2004), a incapacidade em realizar alguma atividade não resulta exclusivamente da limitação das funções corporais, mas de sua interação com as demandas, costumes, práticas e organização do meio em que está inserido.

A limitação funcional está comumente associada à deficiência física e na ausência de adaptações ambientais apropriadas, certamente, a acessibilidade e a participação desse indivíduo ficarão prejudicadas (ALPINO, 2008). Deste modo, além de intervenções com vistas a melhorar limitações e funcionalidade pela modificação de funções intrínsecas/estruturas corporais do indivíduo, a CIF aborda a existência de outras estratégias de intervenções reabilitadoras, orientadas tanto para melhorar sua capacidade, quanto para modificar o ambiente por meio da eliminação de barreiras e/ou criação de facilitadores ambientais, no sentido de expandir o desempenho de ações e tarefas na vida diária (WHO, 2001).

Acessibilidade é definida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) como a “possibilidade e condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamentos

urbanos” - NBR 9050/94 (ABNT, 2004, p. 2). A acessibilidade promove a autonomia, independência, auto-suficiência e liberdade de movimentação, de ir e vir, de realizar, de poder cuidar de si e de alcançar objetos desejados, por isso é de inestimável importância, não só para pessoas com deficiências, mas ao bem-estar de todos (KARMAN; FIORENTINO, 2007).

O tema acessibilidade foi tratado pela primeira vez no Brasil em 1978, considerando o acesso a edifícios e logradouros. Desde então foram formuladas leis que defendem a acessibilidade nos meios de transportes, de comunicação, informação e de ajudas técnicas, além de normas para a adequação da arquitetura urbana. Assim, é possível afirmar que o Brasil apresenta um arcabouço legal capaz de garantir adequada acessibilidade às pessoas com DF, mas é fato que ainda existe grande dificuldade em se cumprir essas leis, havendo necessidade de mecanismos de avaliação padronizados que possam trazer dados quantitativos e qualitativos para categorização dos ambientes e análise de melhorias (COSTA; MAIOR; LIMA, 2005).

A acessibilidade depende das condições ambientais de acesso à informação, das possibilidades de locomoção, desempenho nas atividades de vida diária (AVDs), participação na sociedade e adequado relacionamento interpessoal. A acessibilidade arquitetônica se faz mediante análise das condições do ambiente em uma perspectiva ampla de inclusão. Deste modo, é preciso considerar as necessidades específicas relacionadas aos diversos tipos de deficiência, seja ela motora, sensorial, de comunicação, cognitiva ou múltipla (SCHIRMER et. al., 2007).

A ABNT (2004) destaca a importância de se analisar os parâmetros antropométricos, tais como: dimensões da pessoa em diferentes posições com ou sem uso de órtese (andador, bengala ou muleta) ou cadeira de rodas; área de transferência; área de aproximação; área de alcance manual; parâmetros visuais considerando os ângulos de alcance visual e parâmetros de alcance auditivo. E de acordo com os dados encontrados, é possível ajustar o espaço físico implantando condições físicas adequadas.

O impedimento da acessibilidade, natural ou resultante das implantações arquitetônicas e urbanísticas é denominado barreira arquitetônica (ABNT, 2004). A eliminação das barreiras arquitetônicas pode favorecer o desempenho funcional relacionado a atividades de autocuidado, mobilidade e comunicação, tais como: higiene, alimentação, vestuário, transferências, locomoção, uso de telefone, entre outras (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2007).

O desenvolvimento das habilidades funcionais possibilita ao indivíduo satisfazer suas necessidades básicas, assegurando-lhe maior independência e participação no ambiente domiciliar (GUERZONI et. al., 2008). Profissionais da reabilitação devem conhecer as características dos diferentes ambientes para identificar condições que possam dificultar ou facilitar o desempenho funcional.

O ambiente com infraestrutura adequada, isento de barreiras arquitetônicas ambientais, viabiliza a utilização de adaptações/recursos de

tecnologia assistiva (TA) tais como: cadeira de rodas, andador, muletas, cadeiras de banho, *parapodium*, entre outros, e pode proporcionar ao indivíduo convívio social, atuação educacional e profissional, independência nas atividades de vida diária, participação no contexto social e bem-estar (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2007).

Muitas crianças com DF, em virtude de suas limitações motoras, requerem, entre outros aspectos, materiais e equipamentos adaptados, adequação do mobiliário e da estrutura arquitetônica da residência, que lhes assegurem condições de mobilidade, participação, segurança e conforto, necessárias ao seu pleno desenvolvimento. Além de proporcionar às crianças maior grau de independência nos diferentes espaços e ambientes significativos do seu cotidiano, a acessibilidade pode facilitar os cuidados pelos familiares e o transporte em cadeiras de rodas e/ou carrinhos especiais, nos casos mais comprometidos.

O *Guide to Physical Therapist Practice* destaca como competências do fisioterapeuta: diagnosticar e tratar alterações motoras e melhorar habilidades físicas e funcionais; restaurar, manter e promover a função e aptidão física, o bem-estar e a qualidade de vida; além de contribuir para a criação de adaptações ambientais apropriadas para melhorar a função independente do paciente/cliente (ROTHSTEIN, 2001).

Numa abordagem terapêutica ecológica/funcional, é inconcebível pensar em investigar e tratar os aspectos acima descritos desvinculados do ambiente natural. Essa abordagem implica em ressignificar a atuação predominantemente clínica do fisioterapeuta, ampliando o foco, dantes centrado no tratamento da criança, para as condições ambientais de acessibilidade e participação, em busca de soluções de problemas funcionais da criança em ambiente específico e significativo em sua rotina diária (ALPINO, 2008).

O objetivo deste estudo consistiu em avaliar as condições de acessibilidade e participação de um grupo de crianças com dificuldade de locomoção usuárias de equipamento de TA, no ambiente domiciliar.

2 METODOLOGIA

Este estudo de caráter predominantemente descritivo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer nº 031/10.

O instrumento utilizado para avaliar a acessibilidade domiciliar foi construído pelas pesquisadoras com base no *Instrumento para Caracterização dos Alunos com Deficiência Física e das Condições de Acessibilidade e Mobilidade na Escola Regular* (ALPINO, 2008). Para construção do novo instrumento, buscou-se adaptar os itens relacionados ao ambiente escolar para os espaços domiciliares, considerando-se suas peculiaridades, de modo a focalizar fundamentalmente aspectos de acessibilidade (condições de locomoção da criança dentro e fora da casa, disposição do mobiliário, espaço de circulação, existência de barreiras

arquitetônicas e/ou de recursos facilitadores, como: piso antiderrapante, rampas, entre outros) e, em menor grau, condições de participação das crianças com deficiência física, mais especificamente quanto às habilidades de autocuidado.

Três fisioterapeutas testaram o instrumento durante avaliação da acessibilidade da residência de uma criança usuária de cadeira de rodas, indicaram algumas falhas relacionadas à ausência de componentes do ambiente domiciliar visitado e deram sugestões que foram prontamente acatadas pelas pesquisadoras.

A versão final corresponde a um *checklist* de 35 questões organizadas de acordo com uma rota de acesso comum de crianças em seu ambiente domiciliar. Assim o instrumento aborda desde condições físicas da rua, da entrada da moradia, do pátio/terreno e dos cômodos (sala de televisão, cozinha, banheiro, corredor e quarto), até questões que caracterizam a criança com DF, a necessidade e existência de adaptações que favoreçam sua participação. O *checklist* oferece, ainda, espaço para anotações de medidas e outras observações realizadas na visita que podem contribuir para a formulação de orientações/ intervenção no ambiente domiciliar (APÊNDICE).

O instrumento de avaliação da acessibilidade domiciliar foi utilizado para avaliar os domicílios de cinco crianças com DF, atendidas no ambulatório de fisioterapia pediátrica de um hospital universitário. Os critérios de inclusão das participantes no estudo compreenderam: a) idade entre quatro e 12 anos; b) presença de dificuldade na marcha, necessitando recurso de TA (andador ou muletas) ou não deambuladoras (usuárias de cadeira de rodas); e c) consentimento dos responsáveis pelas crianças para participarem no estudo, autorizando a avaliação da acessibilidade de suas residências.

A partir da obtenção do consentimento dos responsáveis pelas crianças, foram feitas as avaliações por meio de visitas domiciliares, utilizando o instrumento elaborado. Antes de preenchê-lo, a pesquisadora esclarecia pormenorizadamente os pais sobre a avaliação e solicitava-lhes que mostrasse o domicílio. Cada visita teve duração aproximada de 50 minutos.

Concluídas as avaliações das residências, as pesquisadoras analisaram os resultados obtidos em cada domicílio. O tratamento dos dados se deu pela criação de categorias que foram dispostas em duas tabelas distintas, uma contendo aspectos relacionados às crianças participantes, outra contendo os dados das residências. Para a construção das tabelas, averiguou-se item por item dos instrumentos preenchidos, registrando-se os dados de cada criança e/ou de sua residência de modo a compará-los entre si e com as demais participantes. A análise não requereu utilização de programa estatístico, devido ao baixo número de participantes, todavia, o instrumento foi elaborado no formato SAS para permitir a tabulação de dados em estudos mais amplos.

3 RESULTADOS

Os domicílios avaliados pertenciam a cinco crianças do gênero feminino, com idade entre quatro e 12 anos. Três delas tinham diagnóstico de paralisia cerebral (PC), uma de paralisia cerebral e malformação congênita (MFC) do MID e outra, mielomeningocele (MMC). Apenas uma das crianças tinha comprometimento funcional grave, as demais eram moderadamente comprometidas. Quatro crianças apresentavam necessidade de auxílio para a o vestuário e todas para locomoção e higiene. Quatro crianças possuíam cadeira para banho e apenas uma cadeira apresentava medidas, material e design adequados, as demais eram comuns. Mesmo assim, identificou-se, ainda, carência de mobiliário adaptado para as crianças, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Caracterização das crianças participantes

Crianças Participantes	C1	C2	C3	C4	C5
Idade/gênero	7a./Feminino	8a./Feminino	12 ^a ./Feminino	4 ^a ./Feminino	8a./Feminino
Diagnóstico	PC Quadriplegia Atetóide	PC e MFC Hemiplegia Espástica Direita	MMC Paraparesia	PC Quadriplegia Espástica	PC Diplegia Espástica
Grau de comprometido/o funcional	Moderado	Moderado	Moderado	Grave	Moderado
Necessidade de auxílio físico nas habilidades funcionais	1.Locomoção 2.Higiene 3. Vestuário	1.Locomoção 2.Higiene 3. Vestuário	1.Locomoção 2.Vestuário	1.Locomoção 2.Transferência postural 3.Alimentação 4.Higiene 5. Vestuário	1.Locomoção 2.Higiene 3.Vestuário
Necessidade de adaptação do ambiente físico e do mobiliário	1.Remoção de desníveis 2.Corrimão 3.Vaso sanitário 4.Mesa 5.Cadeira 6.Sofá 7.Cama	1.Remoção de desníveis 2.Corrimão 3.Portas 4.Vaso sanitário	1.Remoção de desníveis 2.Corrimão 3.Portas 4.Mesa 5.Cadeira 6.Pia	1.Remoção de desníveis 2.Portas 3.Cama	1.Remoção de desníveis 2.Corrimão 3.Portas 4.Sofá 5.Outro
Existência de mobiliário adaptado	1.Poltrona	1.Cadeira para banho 2.Cadeira de rodas	1.Cadeira de banho 2.Cadeira para vaso 3.Mesa e cadeira de estudo	1.Cadeira para banho 2.Cadeira de rodas 3.Cama (rampa e rolo de espuma; grade de proteção)	1.Cadeira para banho 2.Vaso 3.Mesa 4.Cadeira
Existência de adaptação individual da criança	1.Tala/órtese de *MMII 2.Tala/órtese de **MMSS 3.Estabilizador	1.Tala/órtese de ***MSD 2.Cadeira de rodas 3.Prótese trans-tibial	1.Tala/órtese de MMII 2.Cadeira de rodas 3.Andador	1.Tala/órtese de MMII 2.Tala/órtese de MMSS 3.Cadeira de rodas.	1.Tala/órtese de MMII; 2.Muletas; 3.Andador.

FONTE: *MMII: Membros Inferiores **MMSS: Membros Superiores ***MSD: Membro Superior Direito

Das barreiras universais avaliadas, foi possível identificar maior incidência de desníveis, presentes na maioria dos cômodos, e alicive/declive na entrada da casa e no terreno/pátio de todas as residências. Os pisos eram lisos, exceto da residência da participante C3, que apresentava revestimento antiderrapante na sala de televisão e no quarto. Observou-se a existência de poucos tapetes e/ou revestimentos lisos nas rotas de acesso das residências avaliadas. Em relação às portas das residências, houve predomínio de inadequação da largura de portas de banheiros (menor que 74 cm, padrão utilizado pelo instrumento de base); destacou-se, ainda, a residência da C5 (RC5) que apresentou portas de largura inadequada em três cômodos (Quadro 2).

Quadro 2 - Existência de barreiras universais nas residências das crianças participantes

Barreiras Universais	RC1	RC2	RC3	RC4	RC5
Desnível	Entrada da casa Sala de *TV Cozinha Banheiro	Sala de TV Cozinha Banheiro	Entrada da casa Sala de TV Cozinha Banheiro	Entrada da casa Sala de TV Cozinha Banheiro	Entrada da casa Banheiro
Alicive/declive	Entrada da casa Terreno/pátio	Entrada da casa Terreno/pátio	Entrada da casa Terreno/pátio	Entrada da casa Terreno/pátio	Entrada da casa Terreno/pátio
Degrau		Entrada da casa			
Piso liso	Sala de TV Cozinha Banheiro Quarto	Sala de TV Cozinha Banheiro Quarto	Cozinha Banheiro	Sala de TV Cozinha Banheiro Quarto	Sala de TV Cozinha Banheiro Quarto
Tapete liso		Cozinha		Sala de TV Cozinha Banheiro	
Largura inadequada das portas (<74cm)			Banheiro (67cm)	Banheiro (72cm) Quarto (72cm)	Sala de TV (70cm) Banheiro (68cm) Quarto (70cm)
Espaço de circulação pouco adequado (somente passagem)		Sala de TV	Sala de TV Banheiro	Cozinha	Banheiro
Espaço de circulação inadequado		Quarto	Cozinha	Banheiro Quarto	
Iluminação inadequada	Cozinha Banheiro	Sala de TV	Quarto	Sala de TV Banheiro	

FONTE: *TV: Televisão

O critério espaço de circulação era adequado (possível passar e manobrar cadeira de rodas/andador) em todos os cômodos de apenas uma residência (RC1), as demais apresentavam espaço de circulação pouco adequado (possível apenas

passar) ou inadequado (impossível passar e/ou manobrar), como apresentado no quadro 2.

4 DISCUSSÃO

Vários estudos discutem a acessibilidade de indivíduos com DF em diferentes ambientes (ALPINO, 2008; LAMÔNICA et. al., 2008; PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007; RIBEIRO et. al., 2007) Entretanto, poucos estudos abordam a acessibilidade domiciliar, conforme destacado por Souza e Peres (2007), apesar de se reconhecer a importância da avaliação e adaptação dos espaços residenciais para promover a mobilidade, funcionalidade e participação desses indivíduos.

Neste estudo, foi avaliadas a acessibilidade em residências de crianças de diferentes faixas etárias e diagnósticos/quadro clínico; no entanto, todas as famílias relataram ter baixo poder aquisitivo. Segundo Elias, Monteiro e Chaves (2008) existe grande relação entre incapacidade e pobreza, uma vez que 80% destes indivíduos vivem com baixa renda.

Poucas rampas foram encontradas neste estudo e das rampas existentes, nenhuma apresentava inclinação adequada. Na maioria das residências avaliadas os pisos eram lisos e em alguns ambientes, irregulares, não correspondendo às normas de acessibilidade que indicam a necessidade de pisos com superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, assim como rampas com inclinação transversais menor que 2% em ambientes internos ou 3% em externos (ABNT, 2004).

Para garantir acesso aos diversos ambientes, Ribeiro et. al. (2007) consideram indispensável avaliar alguns itens/ aspectos, por exemplo, rampas e pisos regulares. Destacam, o banheiro como o local onde se concentram as principais barreiras arquitetônicas. O presente estudo vem fortalecer esta afirmação, pois identificou inadequação de espaços de circulação e da largura de portas dos banheiros em várias residências, fato que pode restringir sua utilização e o desempenho das AVDs por parte das crianças e cuidadores.

A adaptação dos banheiros pode proporcionar maior independência, segurança e conforto a crianças com DF e seus familiares. Para crianças com PC, que apresentam dificuldade em usar as mãos, a colocação de barras de apoio no banheiro não garante que possam utilizar o sanitário independentemente, sendo necessárias adaptações/recursos de TA que atendam às suas especificidades: condições posturais, motoras e às medidas antropométricas (ALPINO, 2008).

De acordo com as normas da ABNT (2004) portas devem ter um vão livre mínimo de 0,80 m. Este estudo utilizou como parâmetro 0,74 m que corresponde ao instrumento de base construído para avaliar a acessibilidade escolar de crianças com DF, que considera esta largura suficiente para a passagem de crianças usuárias de recursos de TA (ALPINO, 2008).

Diferentemente de Pagliuca, Aragão e Almeida (2007) que identificaram escadas e rampas como principais barreiras arquitetônicas no interior de hospitais, esse estudo encontrou desníveis, aclive/declive e pisos lisos nas residências avaliadas, porém ambos os estudos evidenciaram a falta de mobiliário adaptado. De acordo com Alpino (2008), a precariedade de condições socioculturais e ambientais é frequentemente expressa na inadequação de espaços físicos e mobiliários tanto no ambiente domiciliar quanto escolar de muitas crianças com DF.

Embora as crianças participantes possuíssem vários recursos de TA, alguns deles não eram utilizados. Braccialli et. al. (2008) ressaltam que, apesar da importância dos recursos de TA para melhorar a interação social, o desempenho e a qualidade de vida da pessoa com DF, mais de 30% dessa TA é abandonada pelo usuário devido, principalmente, à inadequação dos dispositivos em relação às suas necessidades. Cabe, portanto, identificar as reais necessidades a partir de avaliação criteriosa das atividades e desempenho funcional da pessoa com deficiência para indicação de recurso adequado.

Todas as crianças apresentavam necessidade de recursos de TA para a locomoção e de auxílio físico nas atividades de higiene e vestuário. Ao discutir a acessibilidade e participação de crianças com PC, Alpino (2008) destaca a importância de se considerar as necessidades elementares relacionadas a habilidades de autocuidado, locomoção e posicionamento adequado ao sentar. Além dos aspectos relacionados ao desempenho de habilidades funcionais, Teixeira e Oliveira (2007) afirmam a importância de se favorecer a comunicação dessas crianças.

Para Nogueira (2007), o profissional fisioterapeuta tem capacidade de planejar e executar subsídios para auxiliar os pacientes a retomar a independência nas AVDs com uso de vários recursos, dentre eles a ergonomia. De acordo com Shepherd (1996), muitos problemas de ordem prática podem ser solucionados ou previstos pelo profissional fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional por meio de visitas domiciliares periódicas e orientações aos pais.

Sabe-se que maior participação e independência promovem autoconfiança e contribuem para a inclusão social de crianças com DF. Assim fica clara a necessidade de ampliar a atuação dos profissionais de reabilitação orientada à acessibilidade e participação dessa população, a começar pelo ambiente domiciliar. Segundo Alpino (2008), numa abordagem terapêutica funcional, é inconcebível pensar em diagnosticar e promover habilidades funcionais e adaptações ambientais apropriadas desvinculados do ambiente natural, no qual se pode ter conhecimento real do desempenho funcional da criança.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer melhores as necessidades de cinco crianças com DF, assim como as barreiras arquitetônicas e adaptações existentes em suas residências. Ao final do estudo, as pesquisadoras elaboraram orientações específicas sobre modificações/adaptações ambientais que pudessem favorecer a acessibilidade no ambiente domiciliar e a funcionalidade das crianças participantes.

Apesar das crianças serem atendidas em um serviço ambulatorial por diversos anos com uma abordagem clássica de tratamento, houve evidências da existência de inúmeras inadequações/barreiras arquitetônicas nas residências que dificultavam sua acessibilidade e participação. Este fato reforça a necessidade de os profissionais da reabilitação atuarem dentro de uma perspectiva biopsicossocial que, além das dificuldades/limitações individuais, considere também os fatores ambientais na determinação da incapacidade, e reconheça sua importância na promoção da funcionalidade de pessoas com DF. Essa abordagem requer avaliação do ambiente *in loco*, a fim de se identificar as características/fatores contextuais que atuam como facilitadores ou barreiras.

Embora a literatura relate a estreita relação entre acessibilidade, funcionalidade e qualidade de vida de pessoas com DF, há precariedade de pesquisas relacionadas a instrumentos de avaliação da acessibilidade do ambiente domiciliar. O *checklist* deste estudo pode ser usado para nortear essa avaliação. No entanto há de se destacar a importância de novos estudos sobre o assunto com o intuito de expandir esse conhecimento e promover qualidade de vida às crianças com DF.

REFERÊNCIAS

ABNT. *NBR9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ALPINO, A. M. S. *Consultoria colaborativa escolar do fisioterapeuta: acessibilidade e participação do aluno com paralisia cerebral em questão*. 2008. 191 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=145184> Acesso em 02 maio 2011.

BARRON, B. A. Disability certifications in adult workers: a practical approach. *American Family Physician*, Rochester, NY, v. 64, n. 9, p.1579-1586, 2001. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2001/1101/p1579.html>>. Acesso em: 02 maio 2011.

BERSCH, R.; MACHADO, R. Conhecendo o aluno com deficiência física. In: SCHIRMER, C. R., et al. *Atendimento educacional especializado: deficiência física*. Brasília: SEESP, SEED, MEC, 2007. p.15-24. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me004705.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

BRACCIALLI, L. M. P. et. al. Influência do assento da cadeira adaptada na execução de uma tarefa de manuseio. *Revista Brasileira de Educação Especial, Marília*, v. 14, n. 1, p. 141-

154, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v14n1/a11v14n1.pdf>. Acesso em: 02 maio 2011.

COSTA G. R.V.; MAIOR, I. M. M. L.; LIMA, N. M. Acessibilidade no Brasil: uma visão histórica. In: ATIID 2005: SEMINÁRIO, 3 E OFICINAS, 2. *Acessibilidade, TI e Inclusão Digital*. USP/Faculdade de Saúde Pública, São Paulo-SP, 2005. Disponível em: <http://www.prod.am.sp.gov.br/multimedia/midia/cd_atiid/conteudo/ATIID2005/MR1/01/AcessibilidadeNoBrasilHistorico.pdf>. Acesso em: 02 maio 2011.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS: CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

DISCHINGER, M. Desenho universal nas escolas: acessibilidade na rede municipal de ensino de Florianópolis. Florianópolis: PRELO, 2004

ELIAS, M. P.; MONTEIRO, L. M. C.; CHAVES, C. R. Acessibilidade a benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1041-1050, 2008. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013327.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p.187-193, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

GUERZONI, V. P. D., et. al. Análise das intervenções de terapia ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, n. 1, p. 17-25, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/03.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

KARMAN, J.; FIORENTINI, D. Barreiras arquitetônicas ambientais. In: FERNANDES, A. C. et. al. *AACD Medicina e reabilitação: princípios práticos*. São Paulo: Artes Médicas, 2007. cap. 48, p. 945-957.

LAMÔNICA, D. A. C. et. al. Acessibilidade em ambiente universitário: identificação de barreiras arquitetônicas no campus da USP de Bauru. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 14, n. 2, p. 177-188, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v14n2/03.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

NOGUEIRA, C. M. P. *O fisioterapeuta e a acessibilidade das pessoas com deficiência física*. 2007. 69 f. Tese (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2007.

PAGLIUCA, L. M. F.; ARAGÃO, A. E. A.; ALMEIDA, P. C. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, Ceará, v. 41, n. 4, p. 581-588, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/06.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

RIBEIRO, N. M. S. et. al. Análise do ambiente de lazer para portadores de deficiência física com alteração na locomoção, na cidade de Salvador. *Revista Diálogos Possíveis*,

Salvador, v. 10, n.17, p. 235-246, 2007. Disponível em: <<http://www.faculdaadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/17.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

ROTHSTEIN, J. M. On the second edition of the Guide. Guide to Physical Therapist Practice. *Physical Therapy*, New York, v. 81, n. 1, p. 6-8, 2001. Disponível em: <<http://ptjournal.apta.org/content/81/1/6.long>>. Acesso em: 02 maio 2011. Acesso em: 02 maio 2011.

SCHIRMER, C. R. et. al. *Atendimento educacional especializado: deficiência física*. Brasília: SEESP/SEED/MEC, 2007. 129 p. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me004705.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2011.

SHEPHERD, R. B. *Fisioterapia em pediatria*. 3. ed. São Paulo: Santos, 1996.

SOUZA, F. R.; PERES, F. R. *Análise da acessibilidade e as possíveis dificuldades quanto às barreiras domiciliar de pacientes cadeirantes por esclerose lateral amiotrófica: uma revisão da literatura*. 2007. 19 f. Tese (Especialização em Intervenção Fisioterapêutica em Doenças Neuromusculares pela Escola Paulista de Medicina) - Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.latoneuro.com.br/common/pdf/tcc/tcc2006/FELIPEERODRIGO2006.PDF>>. Acesso em: 02 maio 2011.

TEIXEIRA, E.; OLIVEIRA, M. C. Adaptações. In: FERNANDES, A. C., et al. *Medicina e reabilitação: princípios práticos*. São Paulo: Artes Médicas, 2007. cap. 35, p. 671-706.

WHO. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. WHO, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>. Acesso em: 02 maio 2011.

WHO. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: WHO, 1980. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>>. Acesso em 02 maio de 2011.

Recebido em: 22/08/2011

Reformulado em: 25/05/2012

Aprovado em: 06/06/2012

APÊNDICE

AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE DOMICILIAR DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA					
Dados da criança:					
Nome:			DN:		
Endereço:			Nº		
Bairro:		Cidade:		Telefone:	
Cuidador/responsável:					
Caracterização da moradia:					
1- Condições físicas da rua:					
1.terreno regular plano	2.terreno irregular (asfalto, terra, paralelepípedo) plano		3.terreno regular aclave/declive		4.terreno irregular (asfalto, terra, paralelepípedo) aclave/declive
2- Tipo de Moradia:	1.casa	2.apartamento	3.sobrado	4.outro:	
3- Condições da moradia:	1.própria	2.alugada	3.outro:		
4-Tipo de construção:	1.alvenaria	2.madeira	3.mista		4.outro:
5- Entrada da moradia	desnível:	1.sim (altura: _____ cm) local:		2.não	
5.1- buracos/obstáculos:	1.sim	1.sim (altura: _____ cm) local:		2.não	
5.2- rampas:	1.sim (local: _____)			2.não	
5.3- degraus:	1.sim	2.não	nº _____ altura: _____ cm	local:	
6- Condições do pátio	1.regular e plano	2.regular e aclave/declive	3.irregular e plano	4.irregular e aclave/declive	
7-Piso do terreno:	1.gramado	2.terra	3.piso liso	4.piso antiderrapante	
8- Quantidade de cômodos:	1.(1, 2, 3)	2.(4, 5, 6)	3. outro:		
9- Sala de televisão:	1.sim			2.não	
9.1- iluminação:	1.adequada			2.inadequada	
9.2- interruptor (local/altura):	1.adequado	2.inadequado	local _____ altura _____ cm		
9.3- piso:	1.liso (frio, madeira)	2.antiderrapante - frio, terra, outro:			
9.4-rampa:	1.sim	2.não	local:		
9.5- degraus:	1.sim	2.não	nº _____ altura: _____ cm	Local:	
9.6- desnível:	1.sim	2.não	altura: _____ cm	Local:	
9.7- porta:	1.adequada: largura (80cm) e altura do puxador			2.inadequada (largura: _____ cm; altura do puxador: _____ cm)	
9.8- tapetes/ revestimento:	1.antiderrapante e fino	2.antiderrapante e espesso	3.liso e fino	4.liso e espesso	5.não há
9.9- disposição da mobília quanto à circulação:	1. adequada			2.inadequada	

9.10- espaço de circulação:	1.adequado para passar e manobrar andador/CR)	2.pouco adequado (somente passar)	3.inadequado (não passa)	
Medidas do espaço de circulação (distância entre mobília no trajeto/passagem		_____	_____	
10- Aparelhos eletrônicos de comunicação na sala de TV	1.TV e som	2.TV, telefone e som	3.TV, som, telefone, computador e outros	4.não há 5.outro(s):
11- Recurso tecnológicos de controle ambiental na sala de TV	1.controle remoto (TV/som)		2.não há	3.outros:
12- Condições de utilização da mobília da sala de TV	mesa:	1.altura adequada	2.altura inadequada (_____ cm)	3.não há
12.1- estante:	1.altura adequada		2.altura inadequada (_____ cm)	3.não há
12.2- cadeira:	1.adequada		2.inadequada (altura_____ cm; profundidade_____ cm)	3.não há
12.3- sofá:	1.adequado		2.inadequado (altura_____ cm; profundidade_____ cm)	3.não há
13- Mobília adaptada para a criança na sala de TV	mesa:	1.sim		2.não
13.1- cadeira	1.sim		2.não	
13.2- sofá:	1.sim		2.não	
13.3- outro:	1.sim		2.não	
14- Atividades desenvolvidas pela criança na sala de televisão	assistir televisão:		1.sim	2.não
14.1- descansar/dormir:	1.sim		2.não	
14.2- brincar:	1.sim		2.não	
14.3- estudar:	1.sim		2.não	
14.4- fazer refeições:	1.sim		2.não	
15- Cozinha:	1.sim		2.não	
15.1- iluminação:	1.adequada		2.inadequada	
15.2- interruptor (local/altura):	1.adequado		2. inadequado (local _____ altura_____ cm)	
15.3- piso:	1.liso (frio, madeira)		2.antiderrapante: frio, terra, outro _____	
15.4- rampa:	1.sim		2.não	local: _____
15.5- degraus:	1.sim	2.não	nº _____ altura: _____ cm	local: _____
15.6- desnível:	1.sim	2.não	altura: _____ cm	local: _____
15.7- porta:	1.adequada: largura (80cm) e altura do puxador		2.inadequada (largura: _____ cm; altura do puxador: _____ cm)	
15.8- tapetes/ revestimento:	1.antiderrapante e fino	2.antiderrapante e espesso	3.liso e fino	4.liso e espesso 5.não há
15.9- disposição da mobília quanto à circulação:	1. adequada		2.inadequada	
15.10- espaço de circulação:	1.adequado para passar e manobrar andador/CR)	2.pouco adequado (somente passar)	3.inadequado (não passa)	
Medidas do espaço de circulação (distância entre mobília no trajeto/passagem		_____	_____	

16- Condições de utilização da mobília na cozinha	mesa:	1.altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)	3.não há	
16.1- cadeira:	1.altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)	3.não há		
16.2- pia:	1. altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)	3.não se aplica		
17- Condições de utilização de eletro domésticos da cozinha	1. altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)	3 não se aplica		
17.1- geladeira:	1.altura adequada	2.altura inadequada (puxador_____cm)	3.não se aplica		
17.2- outro:	1. altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)	3 não há		
18- Existência de mobília adaptada para a criança na cozinha	Mesa:	1.sim	2.não		
18.1- cadeira	1.sim	2.não			
18.2- outra:	1.sim	2.não			
19- Atividades desenvolvidas pela criança na cozinha	fazer refeições	1.sim	2.não		
19.1- descansar/dormir	1.sim	2.não			
19.2- estudar	1.sim	2.não			
19.3- brincar	1.sim	2.não			
19.4- realizar tarefas domésticas	1.sim	2.não			
19.5- outro:	1.sim	2.não			
20- Banheiro	1.sim	2.não			
20.1- iluminação:	1.adequada	2.inadequada			
20.2- interruptor (local/altura):	1.adequado	2. inadequado (altura_____cm)			
20.3- piso:	1.liso (frio, madeira)	2.antiderrapante: frio, outro			
20.4- rampa:	1.sim	2.não	Local:		
20.5- degraus:	1.sim	2.não	nº_____altura:_____cm	local:	
20.6- desnível:	1.sim	2.não	altura:_____cm	local:	
20.7- porta:	1.adequada: largura (80cm) e altura do puxador	2.inadequada (largura:_____cm; altura do puxador:_____cm)			
20.8- tapetes/ revestimento:	1.antiderrapante e fino	2.antiderrapante e espesso	3.liso e fino	4.liso e espesso	5.não há
20.9- disposição da mobília quanto à circulação:	1.adequada	2.inadequada			
20.10- espaço do box:	1.adequado	2.inadequado (_____x_____cm)			
20.11- espaço de circulação:	1.adequado para passar e manobrar andador/CR)	2.pouco adequado (somente passar)	3.inadequado (não passa)		
Medidas do espaço de circulação (distância entre mobília no trajeto/passagem	_____	_____	_____		
21- Condições de utilização da mobília do banheiro	vaso	1.altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)		
21.1- pia:	1.altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)			
21.2- chuveiro (torneira)	1.altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)			

21.3- outro:		1.altura adequada		2.altura inadequada (_____cm)			
22- Existência de adaptações do espaço físico e da mobília no banheiro			vaso (assento, cadeira, apoio para os pés)		1.sim	2.não	
22.1- cadeira de banho		1.sim		2.não			
22.2- banheira		1.sim		2.não			
22.3- bancada/trocador		1.sim		2.não			
22.4- pia		1.sim		2.não			
22.5- barra de apoio/corrimão		1.sim		2.não			
22.6- tapete antiderrapante		1.sim		2.não			
22.7- outro:		1.sim		2.não			
23-Atividades desenvolvidas pela criança no banheiro			Utilização do vaso sanitário		1.sim	2.não	
23.1- higiene pessoal		1.sim		2.não			
23.2- banho		1.sim		2.não			
23.3- higiene bucal		1.sim		2.não			
23.4- vestuário		1.sim		2.não			
24- Corredor			1.sim		2.não		
24.1- iluminação:			1.adequada		2.inadequada		
24.2- piso:		1.liso (frio, madeira)		2.antiderrapante (frio, madeira, terra, outro_____)			
24.3-rampa:		1. Sim		2.não		Local:	
24.4- degraus:		1. sim	2.não	nº____altura:_____cm		local:	
24.5- desnível:		1. sim	2.não	nº____altura:_____cm		local:	
24.6- tapetes/ revestimento:		1.antiderrapante e fino	2.antiderrapante e espesso	3.liso e fino	4.liso e espesso	5.não há	
24.7- disposição da mobília quanto à circulação:			1. adequada		2.inadequada		
24.8- espaço de circulação:		1.adequado para passar e manobrar andador/CR)		2.pouco adequado (somente passar)	3.inadequado (não passa)		
Medidas do espaço de circulação (trajeto/ passagem):			Largura:_____cm		Comprimento:_____cm		
25- Quarto		1. Sim	2.não	Se não; local onde a criança dome:			
25.1- iluminação:			1. adequada		2.inadequada		
25.2- interruptor (local/altura):		1.adequado		2. inadequado (local_____altura_____cm)			
25.3- piso:		1.liso (frio, madeira)		2.antiderrapante (frio, madeira, terra, outro_____)			
25.4- rampa:		1. sim		2.não		local:	
25.5- degraus:		1. sim	2.não	nº____altura:_____cm		local:	
25.6- desnível:		1. sim	2.não	altura:_____cm		local:	
25.7- porta:		1.adequada: largura (80cm) e altura do puxador			2.inadequada (largura:_____cm; altura do puxador:_____cm)		
25.8- tapetes/ revestimento:		1.antiderrapante e fino	2.antiderrapante e espesso	3.liso e fino	4.liso e espesso	5.não há	
25.9- disposição adequada da mobília quanto à circulação:			1. sim		2.não		

25.10- espaço de circulação:	1.adequado para passar e manobrar andador/CR)	2.pouco adequado (somente passar)	3.inadequado (não passa)		
Medidas do espaço de circulação (distância entre mobília no trajeto/passagem					
26- Aparelhos eletrônicos de comunicação no quarto	1.TV e som	2.TV, telefone e som	3.TV, som, telefone, computador e outros	4.não há	5.outro(s):
27- Recursos tecnológicos de controle ambiental no quarto:	1.controle remoto (TV/som)		2.não há	3.outros	
28- Existência/condições de utilização da mobília no quarto	cama:	1.altura adequada	2.altura inadequada (_____cm)		
28.1- guarda-roupa (puxador):	1.altura adequada		2.altura inadequada (_____cm)		
28.2- mesa de estudo:	1.altura adequada		2.altura inadequada (_____cm)		3.não há
28.3- cadeira:	1.altura adequada		2.altura inadequada (_____cm)		3.não há
28.4- estante/armário/outro para guardar os brinquedos:			1.sim	2.não	
29- Mobília adaptada no quarto:	grade de proteção na borda da cama:		1.sim	2.não	
29.1- rampa de espuma, rolo ou mais de um travesseiro:			1.sim	2.não	
29.2- mesa de estudo:	1.sim		2.não		
29.3- cadeira:	1.sim		2.não		
29.4- outro:	1.sim		2.não		
30- Atividades desenvolvidas pela criança no quarto:	descansar/dormir:		1.sim	2.não	
30.1- vestuário:			1.sim	2.não	
30.2- higiene pessoal:			1.sim	2.não	
30.3- assistir televisão:			1.sim	2.não	
30.4- brincar:			1.sim	2.não	
30.5- estudar:			1.sim	2.não	
30.6- fazer refeições:			1.sim	2.não	
Caracterização da criança:					
31- Diagnóstico:	1.paralisia cerebral	2.mielomeningocele	3.mal formação congênita/amputação de membros		
4.doença neuromuscular	5.artrogrípese múltipla congênita		6.outro:		
32- Grau de comprometimento funcional:	1.leve (deambula, é independente nas AVDs e AVPs)				
2.moderado (deambula com dificuldade e apoio, é semidependente nas AVDs e AVPs)			3.grave (não deambula, é dependente nas AVDs e AVPs e necessita de apoio para tudo)		
33- Necessidade de auxílio físico nas habilidades funcionais:	Locomoção:		1.sim	2.não	
33.1- transferência posturais	1.sim		2.não		
33.2- alimentação	1.sim		2.não		
33.3- higiene/vestuário	1.sim		2.não		
34-Necessidade de adaptação do ambiente físico e mobiliário:	remoção de escadas e desníveis		1.sim	2.não	
34.1- corrimão	1.sim		2.não		
34.2- adequação das portas	1.sim		2.não		

34.3- adequação do vaso sanitário	1.sim	2.não	
34.4- adequação de mesa	1.sim	2.não	
34.5- adequação de cadeira	1.sim	2.não	
34.6- adequação da pia	1.sim	2.não	
34.7- adequação do sofá	1.sim	2.não	
34.8- adequação da cama	1.sim	2.não	
34.9- outra adequação/adaptação:	1.sim	2.não	
35- Necessidades e existência de adaptação individual da criança:	1.Necessita e possui	2. Necessita e não possui	3. Não necessita
Tala/órteses para MMSS	35.1- estabilizador/bipedestador	35.2- andador	
35.3- adaptação da colher/garfo	35.4- adaptação de copo/ caneca	35.5- goteira/órteses para MMII	
35.6- cadeira de rodas	35.7- muletas	35.8- adaptação do apoio de prato	
35.9- outros:			
Medidas de estatura da criança em relação à mesa e assento:			
1. Medida para adequação da altura da mesa: (medidas realizadas com a criança sentada na cadeira comum ou de rodas, com os pés apoiados, com os joelhos flexionados a 90°).			
Distância entre o assento até 2cm a cima do cotovelo : _____cm (se a criança tem bom controle de tronco).			
Distância entre o assento até 1cm abaixo da linha mamária: _____cm (criança com controle pobre de tronco).			
2. Medida para adequação da altura e profundidade do assento:			
Comprimento do segmento da perna da criança: _____cm (distância entre a prega poplíteia e a planta do pé, medida realizada preferencialmente com os pés apoiados).			
Comprimento do fêmur: _____cm (partindo da prega poplíteia até a borda dos glúteos, menos 1cm, medida realizada com os joelhos flexionados na borda do assento).			