

## DESFECHOS FUNCIONAIS FISIOTERAPÊUTICOS BASEADOS NA CIF DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO DE COORTE RETROSPECTIVO

Physiotherapeutic functional outcomes based on the ICF of children with cerebral palsy: a retrospective cohort study

Resultados de la fisioterapia funcional basados en la CIF en niños con parálisis cerebral: estudio de cohorte retrospectivo

### RESUMO

**Objetivo:** verificar os desfechos do processo de reabilitação na fisioterapia, de pacientes com PC através dos qualificadores da CIF e o tempo de protocolo dos processos terapêuticos dos pacientes com PC em um setor de fisioterapia infantil. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo que incluiu pacientes com diagnóstico de PC que receberam alta da fisioterapia do setor de fisioterapia infantil no período de janeiro/2022 a março/2023. Foram excluídos todos os pacientes que tiveram o processo de reabilitação interrompidos por faltas ou intercorrências clínicas sem cumprir o protocolo terapêutico programado. As variáveis estudadas foram o nível motor, tempo de protocolo, tipo de terapia, data de início e alta de terapia, componente e qualificador da CIF, sucesso no alcance de metas e idade do paciente. **Análise estatística:** Os dados foram descritos com frequência e intervalo de confiança para variáveis qualitativas e com medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo e máximo) para dados quantitativos. A existência de associação entre as variáveis qualitativas foi testada com qui-quadrado. **Resultados:** Do total de metas estabelecidas, 83% foram alcançadas durante o processo terapêutico. O tempo de protocolo mais comum observado foi de 12 meses. Porém, o tempo de protocolo com maior taxa de sucesso foi de nove meses. Os achados sugerem que a CIF é uma ferramenta útil na definição de metas relevantes para este grupo.

**Palavras-chave:** Paralisia Cerebral; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; reabilitação; participação.

### ABSTRACT

**Objective:** To verify the outcomes of the rehabilitation process in physiotherapy for patients with cerebral palsy (CP) using the ICF qualifiers and the protocol time of the therapeutic processes for patients with CP in a pediatric physiotherapy unit. **Methods:** This retrospective cohort study included patients with CP who were discharged from the pediatric physiotherapy unit between January 2022 and March 2023. All patients whose rehabilitation was interrupted by absences or clinical events or who did not follow the programmed therapeutic protocol were excluded. The variables studied were motor level, protocol time, type of therapy, start and end dates of therapy, ICF component and qualifier, success in achieving goals, and patient age. **Statistical analysis:** Data were described using frequencies and confidence intervals for qualitative variables, and measures of central tendency (mean and median) and dispersion (standard deviation, interquartile range, minimum, and maximum) for quantitative variables. The association between qualitative variables was tested using the Chi-Square test. **Results:** Of the total goals established, 83% were achieved during the therapeutic process. The most common protocol duration observed was 12 months. However, the protocol with the highest success rate lasted 9 months. The findings suggest that the ICF is a useful tool in defining relevant goals for this group.

**Keywords:** Cerebral Palsy; International Classification of Functioning, Disability and Health; rehabilitation; participation.

Camila Ortega Ruivo.<sup>1</sup> 

Lisa Carla Narumia.<sup>1</sup> 

Márcia Harumi Uema Ozu.<sup>1</sup> 

1. Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD).

E-mail: camilaoruivo@gmail.com

Recebido em: 07/01/2026

Revisado em: 01/03/2026

Aceito em: 03/04/2026



Copyright: © 2026. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## RESUMEM

**Objetivos:** Evaluar los resultados del proceso de rehabilitación en fisioterapia en pacientes con parálisis cerebral (PC), mediante los calificadores de la CIF, así como analizar la duración del protocolo terapéutico en un servicio de fisioterapia pediátrica. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico de PC dados de alta del servicio de fisioterapia pediátrica entre enero de 2022 y marzo de 2023. Se excluyó a los pacientes cuyo proceso de rehabilitación se interrumpió debido a ausencias o a eventos clínicos, sin completar el protocolo terapéutico programado. Las variables analizadas fueron el nivel motor, la duración del protocolo, el tipo de terapia, las fechas de inicio y finalización del tratamiento, el componente y el calificador de la CIF, el logro de los objetivos terapéuticos y la edad del paciente. **Análisis estadístico:** Los datos se describieron mediante frecuencias e intervalos de confianza para las variables cualitativas, y mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico, mínimo y máximo) para las variables cuantitativas. La asociación entre variables cualitativas se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** Del total de objetivos establecidos, el 83% se alcanzó durante el proceso terapéutico. La duración del protocolo más frecuente fue de 12 meses; sin embargo, la mayor tasa de éxito se observó en protocolos de nueve meses. Los hallazgos sugieren que la CIF es una herramienta útil para definir objetivos relevantes en este grupo de pacientes.

**Palabras clave:** Parálisis cerebral; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; rehabilitación; participación.

## INTRODUÇÃO

A Paralisia Cerebral (PC) é uma condição neurodesenvolvimental de início precoce e de longa duração, caracterizada por limitações na atividade devido ao comprometimento do desenvolvimento do movimento e da postura, comumente associada a anormalidades no tônus muscular, categorizadas clinicamente como espasticidade, distonia, coreoatetose e/ou ataxia<sup>1</sup>.

Considerando que o fenótipo da PC é heterogêneo e pode ser complexo, com cada pessoa apresentando um quadro clínico único<sup>1</sup>, o modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) permite melhor identificação dos fatores que comprometem a funcionalidade da criança e auxilia na adequação das intervenções propostas de acordo com os objetivos definidos<sup>2</sup>.

A CIF considera que a funcionalidade infantil é determinada por relações multidirecionais entre os domínios de Estrutura e Função do corpo, Atividade e Participação e Fatores Contextuais, que envolvem fatores ambientais e pessoais<sup>2</sup>. Contudo, a literatura

ainda prioriza os componentes estruturais, com escassez de análises voltadas à Atividade e Participação<sup>3</sup>. Além disso, a CIF ainda é pouco utilizada na prática clínica por profissionais fisioterapeutas<sup>3,4</sup>. No Brasil, grande parte dos estudos publicados enfatiza os componentes relacionados a Estrutura e Função, enquanto os desfechos de Atividade e Participação são negligenciados<sup>3-5</sup>.

Desse modo, é necessário avaliar o uso da CIF para definição de desfechos de reabilitação da população pediátrica com PC, com o intuito de identificar mudanças na Atividade e Participação dessa população e adequar intervenções que melhorem a qualidade de vida desse grupo. O estudo objetivou analisar os desfechos do processo de reabilitação na fisioterapia, de crianças e adolescentes com PC através dos qualificadores da CIF e associar com o tempo de protocolo dos processos terapêuticos dos pacientes com PC em um setor de fisioterapia infantil.

## MÉTODOS

### Desenho de estudo e aspectos éticos

Estudo de coorte retrospectivo, cadastrado na Plataforma Brasil com o número CAAE: 69751723.0.0000.0085 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob o parecer 6.161.094. O desenho do estudo seguiu as recomendações da iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) <sup>6</sup>

### Participantes

Pacientes com diagnóstico de Paralisia Cerebral que receberam alta da fisioterapia do setor de fisioterapia infantil do centro de reabilitação multiprofissional da Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) no período de janeiro de 2022 a março de 2023.

### Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes de 0 a 17 anos de ambos os sexos, que receberam alta por terem cumprido o protocolo proposto e pacientes que receberam alta antecipada por terem alcançado os objetivos propostos antes do término do protocolo. Foram incluídos indivíduos sem restrição do nível de GMFCS, com apresentação clínica do tipo espástica, discinética e/ou atáxica, sem restrição de topografia. Foram excluídos todos os pacientes que tiveram o processo de reabilitação interrompidos por faltas ou intercorrências clínicas sem cumprir o protocolo terapêutico programado no período de janeiro de 2022 a março de 2023. Outro fator de exclusão foram

pacientes com prontuários com ausência de códigos e qualificadores da CIF na avaliação inicial e/ou no formulário de alta.

### Protocolo de definição de metas

O estudo utilizou o protocolo específico da instituição para avaliação e definição de metas funcionais. Ao entrar na instituição, o paciente passa por uma primeira avaliação com médico fisiatra e é encaminhado para avaliação inicial multiprofissional para definir metas baseadas na CIF. As metas são definidas por qualificadores com descritores, que medem a mudança com base em uma escala genérica de 4 a 0. O uso do instrumento foi adaptado à população atendida e adequado à rotina do centro de reabilitação. No momento da alta, o profissional avalia se os qualificadores definidos como meta para os códigos trabalhados foram atingidos. Os protocolos terapêuticos foram baseados na meta funcional por nível motor do GMFCS e dos objetivos funcionais divididos por faixa etária (0 a 2 anos; 2 a 4 anos; 4 a 6 anos e acima de 6 anos). As intervenções fisioterapêuticas ofertadas foram "Fisioterapia Individual" com sessões de 1 a 2x/semana, "Pilates adaptado" 2x/ semana e "Fisioterapia + Terapia Ocupacional" 1x/semana. As sessões possuíam duração de 35 minutos.

### Variáveis coletadas

As variáveis coletadas dos prontuários eletrônicos dos pacientes e calculadas estão listadas na **Erro! Fonte de referência não encontrada..**

**Tabela 1:** Lista de variáveis do Banco de dados e calculadas

Variável	Rótulo	Tipo de Variável	Categorias	Forma de cálculo
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	Identificador único do paciente			
<b>NÍVEL MOTOR</b>	Nível Motor segundo escala de GMFCS	Qualitativa	"I", "II", "III", "IV", "V", "ND"	
<b>NASCIMENTO</b>	Data de nascimento do participante	Data		
<b>TEMPO DE PROTOCOLO</b>	Tempo em meses entre o início do protocolo e a alta do participante	Qualitativa	"3 MESES", "6 MESES", "9 MESES", "12 MESES", "18 MESES", "24 MESES", "36 MESES", "48 MESES", "ND"	
<b>TIPO DE TERAPIA</b>	Qual(is) terapias o participante teve acesso no serviço da AACD	Qualitativa	"IND", "FISIO + TO", "PILATES",	
<b>INÍCIO</b>	Data de início da terapia na AACD	Data		
<b>ALTA</b>	Data de alta das terapias na AACD	Data		
<b>CIF</b>	Qual o CIF trabalhado com o participante	Qualitativa		
<b>CIF INICIAL</b>	Qualificador da CIF avaliado inicialmente	Qualitativa	"0", "1", "2", "3", "4",	
<b>CIF META</b>	Qualificador da CIF definido como meta do tratamento	Qualitativa	"0", "1", "2", "3", "4",	
<b>CIF ALTA</b>	Qualificador da CIF avaliado da alta do participante	Qualitativa	"0", "1", "2", "3", "4",	
<b>IDADE</b>	Anos	Quantitativa		INÍCIO – NASCIMENTO
<b>TEMPO DE TRATAMENTO</b>	Meses	Quantitativa		ALTA – INÍCIO
<b>SUCESSO</b>	Atingiu a meta traçada?	Qualitativa		CIF ALTA <= CIF META, "sim", "não"

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram descritos com frequência e intervalo de confiança para variáveis qualitativas e com medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, intervalo interquartil, mínimo e máximo) para dados quantitativos. A existência de associação entre as variáveis qualitativas foi testada com qui-

quadrado. Todas as análises foram realizadas no software R e foram considerados estatisticamente significativos aqueles resultados com p-valor menor que 5%<sup>7</sup>.

## RESULTADOS

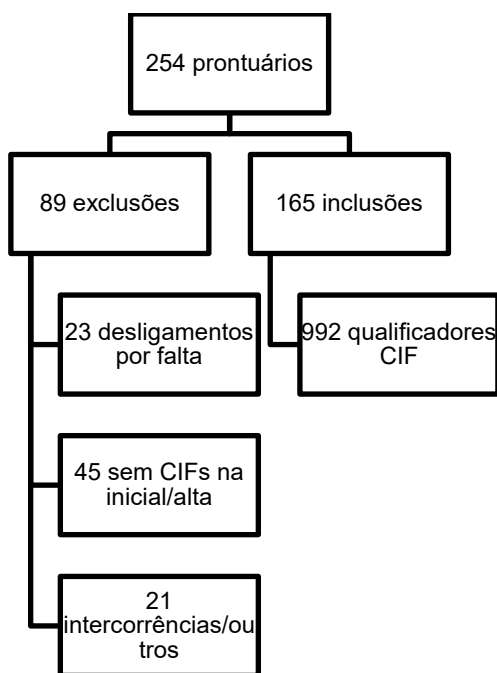
### Caracterização da amostra

Foram analisados 254 prontuários de crianças e adolescentes com diagnóstico de

Paralisia Cerebral, 89 foram excluídos por não cumprimento dos processos de reabilitação. Após a exclusão dos prontuários, foi analisado um banco de dados composto de 992 códigos da CIF de 165 pacientes. Cinco apresentaram

registros em dois períodos distintos de terapia, totalizando diferentes momentos de acompanhamento. O Fluxograma 1 apresenta as inclusões e exclusões do estudo.

**Fluxograma 1** - Inclusões e Exclusões do Estudo



Os pacientes analisados no estudo têm, em média, entre seis e sete anos de idade, metade deles tem entre 2 e 11 anos. Quase 10% dos pacientes não têm seu nível motor classificado. Dentre os pacientes classificados pelo GMFCS, 65% estão distribuídos de forma homogênea entre os níveis II, III e IV, com pouco mais de dez por cento deles em cada um dos extremos de classificação (níveis I e V).

#### **Tempo de tratamento**

O Tempo médio de tratamento é próximo de 14 meses. No entanto, cerca de um quarto destes pacientes permanecem cerca de seis meses em tratamento e outros um quarto, permanece mais de 17 meses em terapia. O tempo de protocolo mais comum observado foi de 12 meses, com 36% dos pacientes permanecendo este período em protocolo. Vinte e dois por cento dos pacientes permanece seis meses no setor, e outros 24% ficam entre 18 e 24 meses (Tabela 2).

**Tabela 2** - Estatística descritiva das variáveis qualitativas do banco de dados agrupado por protocolo realizado

Variável	Categorias	N	% (IC95%)
TEMPO DE PROTOCOLO	3 meses	9	5,4 (0,0-13,4)
	6 meses	37	22,2 (15,0-30,1)
	9 meses	13	7,8 (0,6-15,8)
	12 meses	60	35,9 (28,7-43,9)
	15 meses	1	0,6 (0,0-8,6)
	18 meses	26	15,6 (8,4-23,5)
	24 meses	14	8,4 (1,2-16,4)
	36 meses	3	1,8 (0,0-9,8)
	48 meses	2	1,2 (0,0-9,2)
	ND	2	1,2 (0,0-9,2)
Continuação tabela 2 TIPO DE TERAPIA	IND	144	84,7 (80,0-90,1)
	FISIO + TO	23	13,5 (8,2-19,0)
	PILATES	3	1,7 (0,0-7,2)

### Códigos CIF e qualificadores

No total, foram observados 25 diferentes códigos da CIF, sendo que 18 deles do grupo de "atividades e participação" (letra d), cinco relacionados às funções corporais (letra b) e um relacionado ao ambiente (letra e). Na avaliação inicial, 60% dos códigos da CIF foram qualificados como '4'. Entre as metas estabelecidas, 27% dos pacientes tinham objetivo de alcançar o qualificador '0', e 25% o qualificador '1'. No momento da alta, mais da metade dos pacientes haviam alcançado qualificadores abaixo de '1', sendo que 32% deles tinham alcançado qualificador '0'. Do total de metas estabelecidas, 83% foram alcançadas durante o processo terapêutico na instituição.

**Tabela 3** – Estatística descritiva das variáveis qualitativas do banco de dados de cada código da CIF trabalhado

Variável	Categorias	N	% (IC95%)
Códigos da CIF	d4154	107	10,8 (8,5-13,2)
	d4104	96	9,7 (7,4-12,1)
	d4600	80	8,1 (5,8-10,5)
	b755	72	7,3 (4,9-9,6)
	d4601	72	7,3 (4,9-9,6)
	d4602	70	7,1 (4,7-9,4)
	d4103	67	6,8 (4,4-9,1)
	b770	63	6,4 (4,0-8,7)
	d4153	55	5,6 (3,2-7,9)
	d4107	54	5,5 (3,1-7,8)

Variável	Categorias	N	% (IC95%)
Continuação tabela 3	e1208	54	5,5 (3,1-7,8)
	d4558	51	5,2 (2,8-7,5)
	d1558	44	4,4 (2,1-6,8)
	d4155	39	3,9 (1,6-6,3)
	d4550	25	2,5 (0,2-4,9)
	d429	22	2,2 (0,0-4,6)
	d465	11	1,1 (0,0-3,5)
	b280	1	0,1 (0,0-2,5)
	b4552	1	0,1 (0,0-2,5)
	b700	1	0,1 (0,0-2,5)
	d4061	1	0,1 (0,0-2,5)
	d4062	1	0,1 (0,0-2,5)
	d4143	1	0,1 (0,0-2,5)
	d4301	1	0,1 (0,0-2,5)
	d4551	1	0,1 (0,0-2,5)
CIF INICIAL (qualificador)	0	1	0,1 (0,0-3,2)
	1	87	8,8 (5,8-11,9)
	2	118	11,9 (8,9-15,0)
	3	191	19,3 (16,3-22,4)
	4	593	59,9 (56,9-63,0)
CIF META (qualificador)	0	266	27,1 (23,9-30,5)
	1	247	25,2 (21,9-28,6)
	2	211	21,5 (18,2-24,9)
	3	238	24,3 (21,0-27,7)
	4	19	1,9 (0,0-5,4)
CIF ALTA (qualificador)	0	307	32,3 (29,1-35,7)
	1	220	23,2 (19,9-26,6)
	2	180	19,0 (15,7-22,3)
	3	157	16,5 (13,3-19,9)
	4	85	9,0 (5,7-12,3)
Sucesso	Sim	786	83,4 (81,2-85,9)
	Não	156	16,6 (14,3-19,0)

### Taxa de alcance de metas

O tempo de protocolo com maior taxa de sucesso foi de nove meses, com 87,1% de metas atingidas. Os tempos de 15, 36 e 48 meses contam com um número muito reduzido de pacientes para avaliação adequada, o que pode explicar os números extremos observados nestes tempos, sendo a taxa de sucesso no tempo de 36 meses significativamente menor que nos tempos de seis, nove, 12 e 18 meses. A descrição destes dados está exposta na Tabela 3.

**TABELA 4** – SUCESSO NO ALCANCE DA META EM CADA CÓDIGO DA CIF TRABALHADO DE ACORDO COM O TEMPO DE PROTOCOLO ESTIPULADO.

Tempo de protocolo	Sucesso				P valor
	Sim		Não		
	N	% (IC95%)	n	% (IC95%)	
3 meses	11	84,6 (76,9-100,0)	2	15,4 (7,7-37,9)	0,001
6 meses	146	84,9 (80,2-90,4)	26	15,1 (10,5-20,6)	
9 meses	61	87,1 (81,4-95,5)	9	12,9 (7,1-21,2)	
12 meses	288	82,1 (78,3-86,2)	63	17,9 (14,2-22,1)	
15 meses	4	66,7 (50,0-100,0)	2	33,3 (16,7-78,2)	
18 meses	166	86,5 (82,3-91,4)	26	13,5 (9,4-18,5)	
24 meses	69	82,1 (75,0-90,4)	15	17,9 (10,7-26,1)	
36 meses	14	51,9 (37,0-73,1)	13	48,1 (33,3-69,4)	
48 meses	14	100,0 (100,0-100,0)	0	0,0 (0,0-11,6)	

\*Post-hoc: 6-36 meses = 0,006; 9-36 meses = 0,018; 12-36 meses = 0,014; 18-36 meses = 0,001

## DISCUSSÃO

O presente estudo foi pioneiro ao analisar os desfechos de pacientes com PC em processo de reabilitação através de qualificadores da CIF, bem como observar o tempo de protocolo mais efetivo para o alcance de metas.

Apesar de já ser definido que o diagnóstico de PC – ou de alto risco para a condição – pode ser identificado antes dos seis meses de idade<sup>8</sup>, essa não é a realidade em países de baixa e média renda como o Brasil. Isso dificulta a classificação funcional, já que, apesar da classificação do GMFCS ser estável, ela é menos precisa antes dos dois anos de idade<sup>9,10</sup>. Além disso, os pacientes com diagnóstico de PC muitas vezes estão em investigação diagnóstica de outras doenças, explicando os 10% de indivíduos sem classificação de nível motor<sup>9-11</sup>.

Serviços de saúde e reabilitação têm como objetivo promover a Participação de crianças e adolescentes com deficiências, os códigos da CIF mais frequentemente relatados

no estudo estão alinhados com esse objetivo<sup>2,3,12</sup>. A seleção dos códigos se relaciona com a maior prevalência dos GMFCS II, III e IV, já que as metas definidas estão alinhadas com as habilidades funcionais de cada nível motor<sup>9,12,13</sup>. Além disso, a mudança de qualificador também mostra que a capacidade de evolução de cada paciente está alinhada com os níveis funcionais.

A maior evolução nos qualificadores ocorreu em nove meses de terapia, embora protocolos de 12 meses sejam mais comuns. O dado é novo na literatura e permite adequar o tempo de reabilitação para o grupo, que possui baixos níveis de variedade e intensidade de participação<sup>14</sup>. Sabendo que crianças brasileiras com PC dependem majoritariamente do Sistema Público de Saúde, a adequação do tempo de terapia individual permite um planejamento de encaminhamento para atividades físicas de lazer, recreação e esportivas, já que o grupo enfrenta barreiras para a participação em tais atividades<sup>14-16</sup> e

permite melhor planejamento e organização do fluxo de atendimentos do sistema público <sup>17</sup>.

Ademais, indivíduos com PC apresentam estabilidade no desenvolvimento dentro de cada nível motor <sup>9</sup>. Assim, tempos de reabilitação mais extensos não garantem necessariamente maiores ganhos motores. A compreensão desse dado permite a adequação dos períodos de reabilitação, pois indivíduos com PC estão inseridos em longos períodos de suas vidas em reabilitação <sup>18</sup>.

A definição prévia do tempo terapêutico facilita reavaliações periódicas e o ajuste das intervenções conforme o alcance das metas pactuadas com a família <sup>19</sup>. Organizacionalmente, esse ajuste otimiza a gestão de filas de espera em serviços de alta complexidade e qualifica o planejamento de ações em saúde na reabilitação <sup>20</sup>.

A CIF padroniza o modelo biopsicossocial através de uma linguagem comum ao abordar as habilidades e limitações motoras de crianças com deficiência <sup>21</sup>. Tendo em vista o nível de complexidade que a PC apresenta, a CIF se mostra eficaz ao abordar o indivíduo de forma biopsicossocial e sistemática, independente da condição de saúde que ele apresenta <sup>21, 22</sup>. Além disso, abrange o uso de escalas específicas padrão ouro para a avaliação de crianças e adolescentes com PC, como o GMFM, cujos itens serviram de base para a construção de diversos qualificadores da CIF utilizados no setor. <sup>20, 22</sup>.

Este estudo preenche uma lacuna na literatura sobre o uso padronizado da CIF para caracterizar indivíduos com PC em países de baixa e média renda e definir metas funcionais para o grupo <sup>23</sup>. Nossos achados corroboram

para reforçar o uso da CIF, já que ela atende a definição de metas específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e temporais <sup>23</sup>. Além disso, alinham-se às evidências que favorecem intervenções voltadas à participação, com enriquecimento ambiental, orientações familiares e atividades físicas em contextos sociais <sup>24</sup>.

Tendo em vista as implicações para a prática clínica, a adequação dos tempos de protocolos que acontecem em centros de reabilitação aliada a metas bem definidas é essencial para garantir o bom aproveitamento da terapia. Este estudo é pioneiro ao identificar o tempo de protocolo ideal para o alcance de metas funcionais em crianças e adolescentes com PC, permitindo um planejamento de encaminhamento para atividades físicas de lazer, recreação e esportivas, já que o grupo enfrenta barreiras para a participação em tais atividades <sup>14-16</sup>.

O estudo apresenta limitações inerentes ao desenho retrospectivo, como possíveis vieses e registros incompletos em prontuários. A ausência de cálculo amostral implica risco de erro tipo II, e a generalização é limitada por abranger apenas um centro de reabilitação. Outra limitação é a ausência de reavaliação sistemática dos códigos e qualificadores da CIF definidos como meta ao longo do protocolo terapêutico, uma vez que esses foram analisados apenas no momento da avaliação e da alta. Embora reavaliações intermediárias façam parte da prática clínica, elas não envolvem mensuração estruturada e repetida dos mesmos desfechos funcionais, por se tratar de reavaliações para tomada de decisão clínica e adaptada as necessidades individuais,

o que não permite identificar com precisão em que momento do protocolo as metas funcionais foram atingidas.

Sugere-se que estudos futuros adotem delineamentos prospectivos e multicêntricos, com reavaliações periódicas e padronizadas dos códigos e qualificadores da CIF definidos como meta, incluindo maior diversidade de códigos relacionados aos fatores ambientais, a fim de permitir análises do tempo até o alcance das metas funcionais e uma melhor compreensão do processo de reabilitação.

## CONCLUSÃO

Os desfechos no processo de reabilitação de pacientes com Paralisia Cerebral acompanhados na instituição através dos códigos e qualificadores da CIF são alcançáveis. As metas traçadas na avaliação inicial estão sendo atingidas. Os achados sugerem que a CIF é uma ferramenta útil na definição de metas relevantes para este grupo.

## REFERÊNCIAS

1. Dan B, Rosenbaum P, Carr L, Gough M, Coughlan J, Nweke N. Updated description of cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2026;00:1–12. doi: 10.1111/dmcn.70149.
2. Organização Mundial da Saúde; Organização Panamericana da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Edusp; 2020.
3. Leite HR, Jindal P, Malek SA, Rosenbaum P. Research on Children with Cerebral Palsy in Low- and Middle-Income Countries. *Pediatr Phys Ther*. 2022;34(4):551–5. doi: 10.1097/pep.0000000000000949.
4. Pernambuco AP, Lana RC. Knowledge and use of the ICF in clinical practice by physiotherapists and occupational therapists of Minas Gerais. *Fisioter Pesqui*. 2018;25(2):134-142. doi: 10.1590/1809-2950/16765225022018.
5. Lima CRG, et al. Sit-to-stand movement in children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*. 2020;105:103735. doi: 10.1016/j.ridd.2020.103735.
6. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007;370(9596):1453-7. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61602-X.
7. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing; 2020. Available from: <https://www.R-project.org/>.
8. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr*. 2017;171(9):897–907. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1689.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**NLC e OMHU:** contribuíram com delineamento do estudo. **RCO; NLC e OMHU:** Contribuíram com a elaboração e revisão de conteúdo intelectual. **RCO:** contribuiu com coleta de dados.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflito de interesse de qualquer espécie.

## USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA

Os autores declaram ter utilizado IA generativa para verificar a existência de plágio no artigo

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos às famílias pela participação.

9. Palisano RJ, Avery L, Gorter JW, Galuppi B, McCoy SW. Stability of the Gross Motor Function Classification System, Manual Ability Classification System, and Communication Function Classification System. *Dev Med Child Neurol*. 2018;60(10):1026–32. doi: 10.1111/dmcn.13903
10. Gorter JW, Ketelaar M, Rosenbaum P, Helders PJ, Palisano R. Use of the GMFCS in infants with CP: The need for reclassification at age 2 years or older. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(1):46–52. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03117.x.
11. Te Velde A, Tantsis E, Novak I, Badawi N, Berry J, Golland P, et al. Age of diagnosis, fidelity and acceptability of an early diagnosis clinic for cerebral palsy: A single site implementation study. *Brain Sci*. 2021;11(8):1074. doi: 10.3390/brainsci11081074.
12. Imms C, Adair B, Keen D, Ullenhag A, Rosenbaum P, Granlund M. "Participation": A systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Dev Med Child Neurol*. 2016;58(1):29–38. DOI10.1111/dmcn.12932
13. Palisano R, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M, Walter S, Russell D, et al. GMFCS-E & R Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto. Reference: *Dev Med Child Neurol* [Internet]. 1997;39:214–23. Available from: [www.canchild.ca](http://www.canchild.ca)
14. Souto DO, Cardoso S, Kelly F, Maciel DL. I Would Like to Do It Very Much ! Leisure Participation Patterns and Determinants of Brazilian Children and Adolescents With Physical Disabilities. 2023;1–9. DOI10.1097/pep.0000000000001019
15. Kim M, Jung J, Yun J. Prevalence of school-based extracurricular sport and physical activity participation among children with disabilities. *Int J Disabil Dev Educ*. 2024;71(1):1–12. doi: 10.1080/1034912X.2021.1916624.
16. Junior RR, et al. Moving together is better: a systematic review with meta-analysis of sports-focused interventions aiming to improve physical activity participation in children and adolescents with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2022;44(25):7736–7746. doi: 10.1080/09638288.2021.2013964.
17. Chagas PSC, et al. Functioning profile and related impairments of children and adolescents with cerebral palsy - PartiCipa Brazil preliminary results. *BMC Pediatr*. 2024;24:719. doi: 10.1186/s12887-024-05210-2.
18. Pereira CMD, et al. Evolução Funcional na fisioterapia de acordo com a CIF. *Rev Neurocienc*. 2024;32:1-27. doi: 10.34024/rnc.2024.v32.16432.
19. Novak I, te Velde A, Hines A, Stanton E, Mc Namara M, Paton MCB, et al. Rehabilitation Evidence-Based Decision-Making: The READ Model. *Front Rehabil Sci*. 2021;2:726410. doi: 10.3389/freesc.2021.726410.
20. Matos CR, Costa CE, Santos AS, Oliveira MM, Salgado JVV. Indicadores de acesso nos serviços de reabilitação física das desordens musculoesqueléticas em Belo Horizonte (MG). *Fisioter Pesqui*. 2022;29(4):436–41. doi: 10.1590/1809-2950/21029029042022pt.
21. Schiariti V, Longo E, Shoshmin A, Kozhushko L, Besstrashnova Y, Król M, et al. Implementation of the international classification of functioning, disability, and health (ICF) core sets for children and youth with cerebral palsy: Global initiatives promoting optimal functioning. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):1899. doi: 10.3390/ijerph15091899.
22. Pathak A, Sharma S. Relevance and applicability of ICF Core Sets for adults with cerebral palsy in low- and middle-income countries. *Dev Med Child Neurol*. 2022;64(5):533. doi: 10.1111/dmcn.15113.
23. Bexelius A, Carlberg EB, Löwing K. Quality of goal setting in pediatric rehabilitation—A SMART approach. *Child Care Health Dev*. 2018;44(6):850–6. doi: 10.1111/cch.12609.
24. Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2020;20(2):3. doi: 10.1007/s11910-020-1022-z.