

Fisioter Bras 2020;21(2):141-8
<https://doi.org/10.33233/fb.v21i2.2424>

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação funcional de crianças com deficiências: fatores contextuais e familiares para o desenvolvimento infantil

Functional evaluation of children with disabilities: contextual and family factors for child development

Gisélia Gonçalves de Castro, D.Sc.*, Eliana Vitória Silva Barbosa, Ft.**, Glória Lúcia Alves Figueiredo, D.Sc.***

Docente do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (UNICERP), Patrocínio MG, **Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (UNICERP), Patrocínio MG, *Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Promoção de Saúde, Universidade de Franca (UNIFRAN), SP*

Recebido em 29 de junho de 2018, aceito em 30 de março de 2020.

Correspondência: Gisélia Gonçalves de Castro, Avenida Líria Terezinha Lassi Capuano, 466, 38747-792 Patrocínio MG

Gisélia Gonçalves de Castro: gseliagcastro@gmail.com
Eliana Vitória Silva Barbosa: vitoria_sbarbosa@outlook.com
Glória Lúcia Alves Figueiredo: gloria.figueiredo@unifran.edu.br

Resumo

Introdução: Nas crianças, as disfunções neuromotoras podem causar incapacidades para desempenharem suas atividades. A avaliação da funcionalidade permite conhecer atividades realizadas e condições de participação em contextos relevantes do desenvolvimento infantil. **Objetivo:** Avaliar a funcionalidade de crianças com deficiências e descrever os resultados paralelamente aos fatores contextuais. **Métodos:** Participaram do estudo 20 crianças de 11 a 144 meses. A avaliação ocorreu por questionário semiestruturado e o instrumento de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, versão Crianças e Jovens (CIF-CJ). A análise dos dados foi descritiva. **Resultados:** Predominaram o sexo masculino (70%), nascimentos a termo (60%), do tipo cesáreo em hospitais públicos (85% respectivamente) e 50% não apresentaram dificuldades em relação ao Apgar 1º minuto. Quanto a topografia, 95% apresentaram lesão piramidal, predominando a quadriplegia. Na avaliação funcional as maiores dificuldades encontradas foram as atividades de subir e descer degraus, andar, correr e saltar. A menor dificuldade foi na atividade de rolar, tanto no desempenho, quanto na capacidade. **Conclusão:** Os fatores contextuais quando são considerados criteriosamente poderiam amenizar os problemas decorrentes das disfunções motoras e contribuir para melhorar a qualidade de vida das crianças com deficiências.

Palavras-chave: crianças com deficiências, família, ambiente.

Abstract

Introduction: In children, neuromotor dysfunctions cause disabilities and limitations to perform their activities. The evaluation of the functionality allows to know activities performed and conditions of participation in relevant contexts of child development. **Objective:** To evaluate the functionality of children with disabilities and describe the results in parallel with the contextual factors. **Methods:** Twenty children from 11 to 144 months participated in the study. The evaluation was performed by unstructured questionnaire and the International Classification of Functioning, Disability and Health, Children and Youngsters (CIF-CJ) instrument and data analysis were descriptive. **Results:** Predominate males (70%), term births (60%), cesarean type in public hospitals (85% respectively) and 50% presented mild difficulties in relation to Apgar 1 minute. As to the topography, 95% presented pyramidal lesions, predominating quadriplegia. In the functional evaluation the greatest difficulties were the activities of going up and down stairs, walking, running and jumping. The least difficulty was in rolling activity, both in performance and in capacity. **Conclusion:** The contextual factors when considered carefully could alleviate the

problems caused by motor dysfunctions and contribute to improving the quality of life of children with disabilities.

Keywords: children with disabilities, family, environment.

Introdução

Historicamente existem diferentes registros das formas de se ver a pessoa com deficiência. Passou pelo misticismo, abandono, extermínio, caridade, segregação, exclusão, integração e, atualmente inclusão. O documento elaborado pela Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2006, define a pessoa com deficiência, como sendo aquela com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras, podem impedir sua participação plena e efetiva na sociedade [1].

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência física, mental ou sensorial no seu desenvolvimento. Em outro levantamento, estima-se que cinco por cento da população mundial é portadora de algum tipo de deficiência, no Brasil 6,7% da população total declararam possuir uma deficiência severa no Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do IBGE [2,3].

No ano de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) autorizou um sistema de classificação para o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), um instrumento para se identificar as condições estruturais e ambientais e as características pessoais que interferem na funcionalidade. Essa classificação possibilita a padronização da linguagem sobre a funcionalidade [4].

No entanto, desde o nascimento até a fase adulta, a criança passa por uma sequência de evoluções nas funções motoras, psíquicas e sensoriais. Na medida em que ocorrem, os reflexos primitivos devem ser modificados por funções mais personalizadas, definindo-se a maturidade cerebral. Se por um lado, o desenvolvimento progressivo desses padrões neuropsicomotores conceitua o desenvolvimento normal, por outro lado, as disfunções neuromotoras causam os efeitos de incapacidade e limitações na criança para desempenhar atividades funcionais [5-7].

A versão da CIF focalizada para crianças e jovens (CIF-CJ) foi elaborada por especialistas internacionais e aceita por todos os países membros da OMS. Seu objetivo é comparar internacionalmente os níveis de saúde das crianças e jovens, fornecendo uma linguagem comum para descrever aspectos universais de funcionalidade e deficiência [8-10].

Na abordagem funcional em crianças, enfatiza-se a avaliação em cenários naturais, como em sua casa e na escola, tendo em vista que esses ambientes constituem contextos que elas se desenvolvem [11]. Denota-se a existência de três situações de risco para o atraso do desenvolvimento: origem genética; biológica (eventos pré, peri e pós-natais); e ambiental (modo de vida, condições precárias de saúde, falta de recursos sociais, práticas inadequadas de cuidado e educação, entre outros) [5].

O uso da CIF e da CIF-CJ contribui também para fornecer dados mais consistentes relativos às condições de vida das pessoas com deficiências, que venham a subsidiar ações profissionais e decisões políticas mais eficientes [12,13].

Estudos desenvolvidos por diversos autores indagaram a influência dos fatores contextuais, questões pessoais e ambientais na funcionalidade/incapacidade das crianças com deficiências, sugerindo mais estudos com essa temática em que analisassem, especialmente, as implicações do ambiente e da equidade social para a promoção da saúde e desenvolvimento das crianças com deficiências [14-17].

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é avaliar a funcionalidade de acordo com a classificação sugerida pela CIF-CJ nas atividades, participações e sua correlação com fatores contextuais.

Material e métodos

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa. A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética (CAAE 62623416.9.0000.5495).

A pesquisa foi realizada com 20 crianças com paralisia cerebral que estavam em atendimento fisioterapêutico em um Ambulatório de Pediatria Universitário de uma cidade do

interior mineiro no ano de 2017. Foram incluídas crianças com diagnóstico de paralisia cerebral e excluídas as com má formação congênita, bem como patologias não relacionadas com lesão cerebral.

Após o levantamento nos prontuários de todas as crianças diagnosticadas com PC, no ano de 2017, foi feita uma abordagem em local reservado com o responsável pela criança com intuito de esclarecer sobre aos objetivos da pesquisa. Posteriormente a aceitação, os responsáveis assinaram o Termo de Compromisso Livre Esclarecido e foi agendada visita domiciliar para a coleta dos dados.

Primeiramente, por meio de um questionário sociodemográfico, foram identificadas as crianças participantes e analisados os dados dos prontuários com as variáveis: sexo, idade e dados do nascimento (idade gestacional, peso, altura, Apgar, perímetro cefálico e parto) e classificação da paralisia cerebral

Atendendo o objetivo da funcionalidade, em razão da CIF priorizar a classificação da funcionalidade a partir da limitação e do comprometimento em diversas atividades (OMS, 2004), optou-se por avaliar a criança no seu meio habitual, a residência. Avaliaram-se os componentes "Atividade e Participação", na Categoria "Mobilidade", do Domínio "Deslocar", avaliando o rolar, gatinhar, andar, subir/descer, correr e saltar; tendo como Qualificador Desempenho e Capacidade.

Para avaliação do domínio supracitado, foi aplicado ao Qualificador "Desempenho e Capacidade" os itens numéricos 0,1,2,3 e 4; onde 0 significa nenhuma dificuldade, 1 dificuldade ligeira, 2 moderada, 3 dificuldade grave e 4 dificuldade completa [18].

Os resultados foram compilados no Epi Info, organizados em gráficos, tabelas e quadros. A análise dos dados foi descritiva, utilizando-se média e frequência.

Resultados e discussão

Participaram do estudo 20 crianças, predominando o sexo masculino (70%), (60%) a termo, (85%) nascidos de parto cesáreo e em hospital público. No Apgar 1º minuto, uma (5%) criança foi classificada com pontuação de 0 a 3 e três (15%) de 4 a 6. No Apgar 5º minuto, a pontuação melhorou, ficando apenas duas (10%) com pontuação abaixo de oito. Em relação ao peso ao nascimento, os nascidos com peso inferior ou igual a 2.500 gramas, quanto os nascidos com peso menor ou igual a 2.501 gramas tiveram a mesma proporção (Tabela I).

Tabela I – Caracterização das crianças com deficiências de acordo com as variáveis ao nascimento (sexo, hospital, idade gestacional, tipo de parto, Apgar 1º, Apgar 5º, peso ao nascer).

Variáveis	FA(n)	FR (%)
Sexo		
Feminino	6	30
Masculino	14	70
Hospital		
Público	17	85
Particular	3	15
Idade estacional		
Pré-termo	8	40
A-termo	12	60
Pós-termo	0	0
Tipo de parto		
Vaginal	1	5
Cesáreo	17	85
Fórceps	2	10
Apgar 1º minuto		
0-3 (Dificuldade grave)	1	5
4-6 (Dificuldade moderada)	3	15
7 (Dificuldade leve)	6	30
8-10 (Nenhuma dificuldade)	10	50
Apgar 5º minuto		
0-3 (Dificuldade grave)	0	0
4-6 (Dificuldade moderada)	0	0
7 (Dificuldade leve)	2	10
8-10 (Nenhuma dificuldade)	18	90
Peso ao nascer (g)		
≤ 2.500	10	50
≥ 2.501	10	50

FA = Frequência Absoluta; FR = Frequência Relativa; Fonte: Dados da pesquisa (2017).

Dias *et al.* [18] apontaram em seus estudos uma amostra com 27 crianças, predominando o sexo masculino, com a faixa etária de 3 anos a 13 anos, e o estudo de Medeiros *et al.* apresentou uma amostra de 20 crianças com a predominância do sexo masculino, e faixa etária de 2 a 12 anos. Em pesquisa realizada por Zanini, Cemin e Peralles [19] com crianças com disfunções neurológicas predominaram os partos normais e fórceps; e quanto à idade gestacional (IG), destacaram-se nascidos no período pré-termo e pós-termo, e os valores de peso ao nascimento variaram de 800 g a 4400 g. Os resultados dos autores indicaram que a incidência de disfunções neurológicas aumentou drasticamente com o declínio da idade gestacional e com o baixo peso ao nascimento, ratificando o presente estudo.

Em relação a idade dos participantes, houve predomínio de 19 (95%) crianças na faixa etária de 17 meses ou mais e 1 (5%) na faixa etária de 0 a 17 meses. De acordo com a topografia, 19 foram classificadas com lesão piramidal, predominando a quadriplegia, sendo apenas 1 extrapiramidal, classificada como Atetose (Tabela II).

Tabela II – Classificação da topografia das crianças com deficiências e descrição da idade em meses.

Variáveis	FA(n)	FR (%)
Idade (meses)		
0-17	1	5
17 ou mais	19	95
Topografia		
Hemiplegia	5	25
Diplegia	7	35
Quadriplegia	7	35
Atetose	1	5

Fonte: Dados da pesquisa (2017)

No que se refere a topografia, os resultados do estudo de Rothstein e Beltrame [20] indicaram que das 15 crianças participantes, duas apresentaram hemiplegia direita, uma ataxia, e 13 apresentaram quadriplegia, o que corrobora os resultados deste estudo.

Para a avaliação as CIF-CJ na escolha do componente de Atividade e Participação da categoria mobilidade, observou-se que diante do qualificador Desempenho, no domínio Deslocar, as atividades mais relevantes realizadas pelos participantes deste estudo, foram: o domínio rolar, 10 (50%) crianças não apresentaram dificuldade, mas 6 (30%) apresentaram Dificuldade Completa, o gatinhar no qual 13 (65%) crianças apresentaram Dificuldade Completa, ao Subir/Descer 14 (70%) apresentaram Dificuldade Completa, andando 14 (70%) crianças possuem Dificuldade Completa, correndo 16 (80%) possuem Dificuldade Completa, e no domínio Saltar 17 (85%) possuem Dificuldade Completa (Gráfico 1).

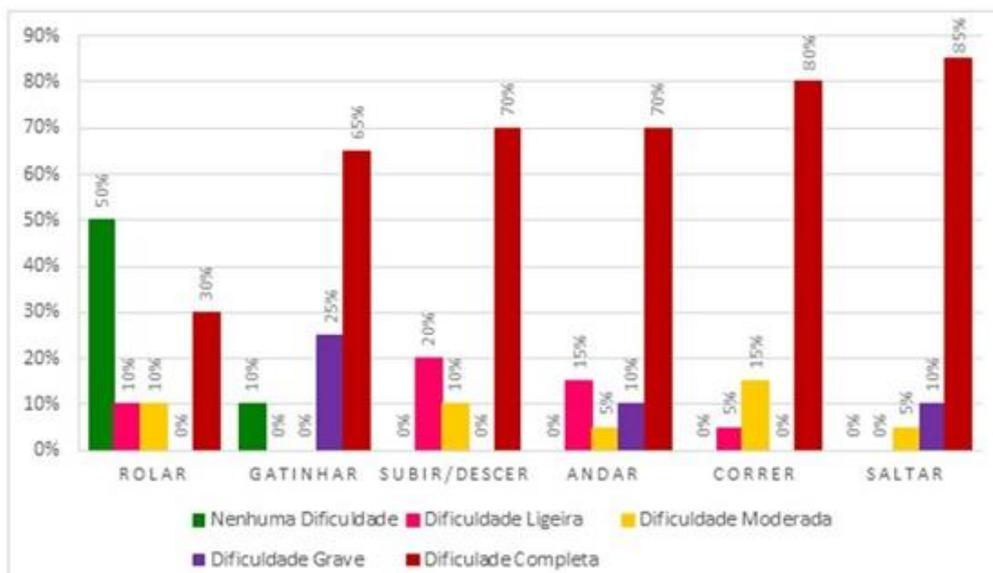


Gráfico 1 - Avaliação da Classificação de Incapacidade e Funcionalidade de Saúde – Crianças Jovens (CIF-CJ). Domínio: Deslocar (Desempenho).

No estudo de Brasileiro et al. [21], ao avaliar o desempenho dos domínios da categoria deslocar, observou-se que quanto mais desenvolvidas as atividades, mais destacavam-se as incapacidades das crianças. Em 25% das crianças, observou-se que elas eram capazes de andar, com dispositivos de assistências; já quando foram avaliados os domínios rolar, gatinhar, subir/descer um degrau, a corrida e o salto, 90,7% das crianças apresentaram dificuldades para realizá-los, mesmo com ajuda do meio ambiente ou do terapeuta.

De acordo com a pesquisa de Rosenbaum e Stewart, os diferentes níveis de funcionalidade devem ser avaliados em relação aos fatores contextuais, que podem ter uma influência positiva ou negativa sobre o impacto da deficiência em questão [6]. Um fator positivo observado no estudo de Ostrochi, Zanolli e Chun [7] foi que a avaliação no contexto habitual das crianças participantes alcançou uma melhora no seu deslocamento, o que corrobora os resultados deste estudo.

Perante o qualificador Capacidade no domínio Deslocar, as atividades que se destacaram foram o domínio rolar, no qual 9 (45%) crianças não apresentaram dificuldade, mas 7 (35%) apresentaram Dificuldade Completa, no engatinhar 13 (65%) apresentaram Dificuldade Completa, ao subir e descer, 14 (70%) apresentaram Dificuldade Completa, andando 14 (70%) possuem Dificuldade Completa, correndo 16 (80%) possuem Dificuldade Completa, e ao saltar 19 (95%) possuem Dificuldade Completa (Gráfico 2).

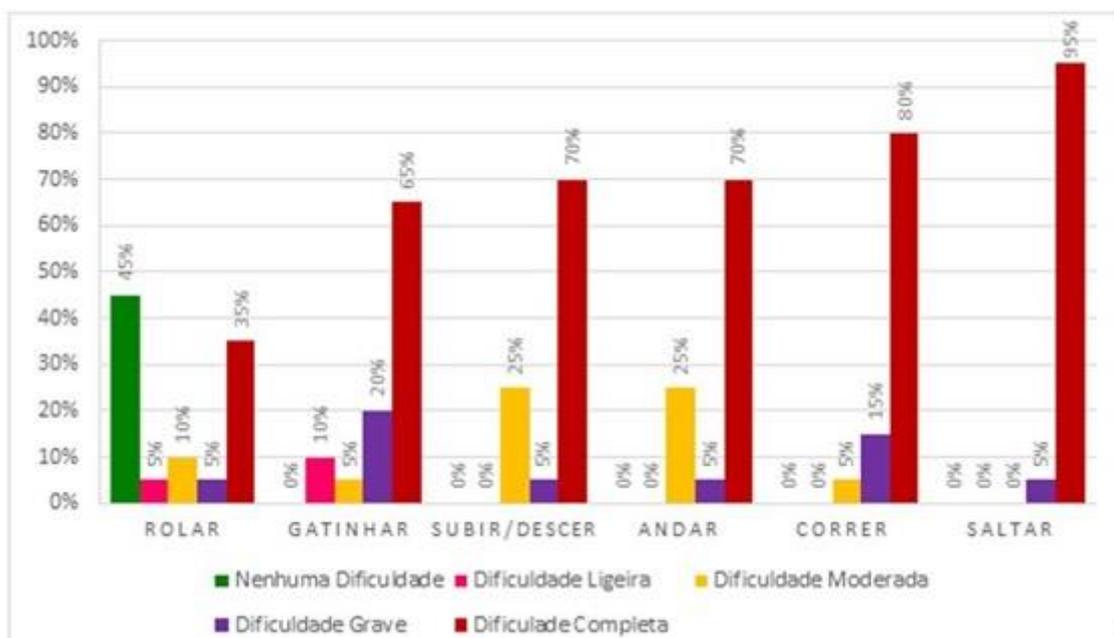


Gráfico 2 - Avaliação da Classificação de Incapacidade e Funcionalidade de Saúde – Crianças Jovens (CIF-CJ). Domínio: Deslocar (Capacidade).

No presente estudo, quando avaliada a capacidade da categoria Deslocar, verificou-se a piora da atuação das crianças, corroborando a pesquisa de Brasileiro et al. [21], na qual foi verificada uma escala negativa da capacidade em quase todas as crianças nestes domínios; e no estudo de caso de Souza e Alpino [11], o qual observa que a piora no resultado, provavelmente, se deu, porque ao avaliar a capacidade, a CIF-CJ não permite que a criança tenha ajuda do meio ambiente ou ajuda externa.

De acordo com estudo de Medeiros et al. [12] as crianças avaliadas não tiveram dificuldade para realizar os domínios de pular, chutar e correr. O autor esclareceu este achado, porque, em seu estudo, a maioria das crianças avaliadas eram hemiplégicas, o que diferiu do presente estudo. Os autores constataram ainda que as crianças portadoras de disfunções neurológicas poderiam desempenhar atividades funcionais de sua rotina diária igual a crianças com desenvolvimento normal.

Para Dias et al. [18], um parecer sobre a função motora grossa de crianças com disfunções neurológicas já foi comprovado através da importância da avaliação do nível de funcionalidade para quantificar as habilidades motoras grossas, para uma padronização da classificação baseada nas habilidades e limitações da função motora grossa destas crianças.

No presente estudo, mensurando o grau de funcionalidade, sete (35%) crianças apresentaram o grau de funcionalidade completo, seis (30%) possuíam grau de funcionalidade grave, três (15%) têm grau de funcionalidade moderado e quatro (20%) detêm grau de funcionalidade leve.

Dias *et al.* [18] classificaram os níveis de comprometimento motor de crianças com disfunções neurológicas e a maioria das crianças foram classificadas nos níveis IV e V, exibindo um importante comprometimento motor, sancionando com os achados deste estudo.

Machado, Machado e Soares [22] relatam que mesmo com a gravidade da disfunção motora sendo a mais influente para piora das dificuldades nas atividades e participação de crianças com deficiências, elas também estiveram relacionadas com as causas funcionais e com os obstáculos arquitetônicos, cujos fatores ambientais apresentaram participação direta no desempenho funcional e nas atividades cotidianas das crianças. Morettin *et al.* [23] ao analisar os fatores ambientais, os autores observaram que a maior parte dos pacientes não apresentavam dificuldades em se relacionar com seus familiares.

As crianças com deficiências enfrentam grandes barreiras para realizar atividades, mas os fatores contextuais constituem facilitadores importantes para que possam manter uma boa qualidade de vida e alcançarem independência [24-28], corroborando os achados do presente estudo.

Como limitação do presente estudo, destaca-se a classificação heterogênea da amostra estudada, sendo as características clínicas um fator limitante frequente nos estudos com crianças com paralisia cerebral.

Conclusão

Verificou-se que a maioria das crianças com disfunções neurológicas apresentaram maior dificuldade para realizar as atividades de subir e descer degrau, andar, correr e saltar, tanto no desempenho, que ocorre com ajuda do meio ambiente, quanto na capacidade, em que não há ajuda do meio ambiente ou de algum indivíduo.

Diante das dificuldades evidenciadas, essas poderão ser amenizadas quando os fatores contextuais forem favorecidos, ou seja, pessoais e ambientais. A avaliação minuciosa de um contexto participativo é capaz de promover uma melhor qualidade de vida para as crianças com deficiências e promover sua independência funcional. O ambiente que a criança vive e a estimulação recebida, principalmente da família, são fundamentais para evolução do desenvolvimento infantil.

A CIF-CJ possibilitou classificar a avaliação da funcionalidade de crianças com disfunções neurológicas nas atividades, participações, dando novos parâmetros para a prática clínica ao correlacionar com os fatores contextuais de convivência, subsidiando elementos para o desenvolvimento da criança com deficiência e a elaboração de políticas públicas mais efetivas.

Referências

1. Garghetti FC, Medeiros JG, Nuerberg AH. Breve história da deficiência intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia* 2013;10:101-16. <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/994/820>
2. Malta DC, Stopa SR, Canuto R, Gomes NL, Mendes VLF, Goulart BNG et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(10):3253-64. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>
3. Corrêa GC, Santana VC. Avaliação do impacto de uma intervenção de Terapia Ocupacional com ênfase no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com deficiência visual. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2014;25(1):43-50. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p43-50>
4. Ruaro JA, Ruaro MB, Souza DE, Fréz AR, Guerra RO. Panorama e perfil da utilização da CIF no Brasil - uma década de história. *Rev Bras Fisioter* 2012;16(6):454-62. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000063>
5. Reis LC, Brito IT, Lessa RS, Freitas SP, Porto TF, Reis LA. Avaliação do desenvolvimento motor em crianças de 0 a 18 meses de idade com baixo peso. *Revista Baiana* 2009;33(2):153-61. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n2/a001.pdf>

6. Rosenbaum P, Stewart D. The world organization international classification of functioning, disability, and health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Seminars in Pediatric Neurology* 2004;11(1):5-10. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2004.01.002>
7. Ostroschi DT, Zanolli ML, Chun RYS. Families' perception of children/ adolescents with language impairment through the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF-CY). *CoDAS* 2017;29(3). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016096>
8. Jacobsohn L. CIF-CJ (OMS): Um instrumento Universal para Avaliar o Perfil de Funcionalidade da Criança. *Academia* 2014. https://www.academia.edu/25662089/CIF-CJ_OMS_Um_instrumento_universal_para_avaliar_o_perfil_de_funcionalidade_da_crian%C3%A7a
9. Kovac ML, Simeonsson RJ. Agenesis of the corpus callosum: classifying functional manifestations the ICF-CY. *Disabil Rehabil* 2013;36(13):1120. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.833299>
10. Moriello C, Byrne K, Cieza A, Nash C, Stolee P, Mayo N. Mapping the stroke impact scale (sis-16) to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med* 2008;40(2):102-6. <https://doi.org/10.2340/16501977-0141>
11. Souza NP, Alpino AMS. Avaliação de crianças com diparesia espástica segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev Bras Educ Espec* 2015;21(2):199-212. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000200003>
12. Medeiros DL, Scalco JC, Liberal M, Concicovski D, Serozini LL, Malacarne JM et al. Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na avaliação funcional de crianças com paralisia cerebral. *Pediatrica Moderna* 2013;49(12):541-46. http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5572
13. Hwang AW, Yen CF, Liou TH, Bedell G, Granlund M, Teng SW et al. Development and validation of the ICF-CY - Based Functioning Scale of the Disability Evaluation System - Child Version in Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2015;114(12):1170-80. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2015.11.002>
14. Toldrá RC, Souto ACF. Fatores Contextuais da CIF como ferramentas de análise das implicações da deficiência física por pessoas atendidas pela Terapia Ocupacional. *Cad Ter Ocup* 2014;22(2):347-59. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.061>
15. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21(10):3007-15. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>
16. Brandt DE, Ho PS, Chan L, Rasch EK. Conceptualizing disability in US National Surveys: Application of the World Health Organization's (WHO) International Classification of Functioning Disability, and Health (ICF) framework. *Qual Life Res* 2014;23(10):2663-71. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0740-6>
17. Araújo ES de, Buchalla CM. Utilização da CIF em fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coleta de dados sobre funcionalidade. *Acta Fisiatr* 2013;20(1):1-7. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20130001>
18. Dias ACB, Freitas JC, Formiga CKMR, Viana FP. Desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral participantes de tratamento multidisciplinar. *Fisioter Pesqui* 2010;17(3):225-29. <https://doi.org/10.1590/S1809-29502010000300007>
19. Zanini G, Cemin NF, Peralles SN. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. *Fisioter Mov* 2009;22(3):375-81. <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19461/18801>
20. Rothstein JR, Beltrame TS. Características motoras e biopsicossociais de crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Ciênc Mov* 2013;21(3):118-26. <https://doi.org/10.18511/0103-1716/rbcm.v21n3p118-126>
21. Brasileiro IC, Moreira TMM, Jorge MSB, Queiroz MVO, Mont'Alverne DGB. Atividades e participação de crianças com paralisia cerebral conforme a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Rev Bras Enferm* 2009;62(4):503-11. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000400002>
22. Machado FN, Machado NA, Soares SM. Comparação entre capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. *Rev Latinoam Enferm* 2013;21(6):1321-29. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2682.2370>

23. Morettin M, Cardoso MRA, Delamura AM, Zabeu JS, Amantini RCB, Belivacqua MC. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para acompanhamento de pacientes usuários de Implante Coclear. *CoDAS* 2013;25(3):216-23. <https://doi.org/10.1590/S2317-17822013000300005>
24. Mei C, Reilly S, Reddihough D, Mensah F, Green J, Pennington L et al. Activities and participation of children with cerebral palsy: parent's perspectives. *Disabil Rehabil* 2015;2164-73. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.999164>
25. Lindsay S. Child and youth experiences and perspectives of cerebral palsy: a qualitative systematic review. *Child Care Health Dev* 2016;42(2):153-75. <https://doi.org/10.1111/cch.12309>
26. Darcy L, Enskar K, Granlund M, Simeonsson RJ, Peterson C, Bjork M. Health and Functioning in the everyday lives of young children with cancer: documenting with the international classification of functioning, disability and health-children and youth (ICF-CY). *Child Care Health Dev* 2015;41(3):475-82. <https://doi.org/10.1111/cch.12191>
27. Anaby DR, Law MC, Majnemer A, Feldman D. Opening doors to participation of youth with physical disabilities: An intervention study. *Can J Occup Ther* 2016;83(2):83-90. <https://doi.org/10.1177/0008417415608653>
28. Field DA, Miller WC, Jarus T, Ryan SE, Roxborough L. Important elements of measuring participation for children who need or use power mobility: a modified Delphi survey. *Dev Med Child Neurol* 2015;57:556-63. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12645>