



**Universidade do Grande Rio Prof. José de Souza Herdy**

**Escola de Ciência da Saúde**

**Curso de Fisioterapia**

**LEVANTAMENTO RETROSPECTIVO DAS FICHAS DE AVALIAÇÃO  
FISIOTERAPÊUTICA DO SETOR DE PEDIATRIA DA POLICLÍNICA DE DUQUE  
DE CAXIAS E SUA CORRELAÇÃO COM A CIF.**

**RETROSPECTIVE SURVEY OF THE PHYSIOTHERAPEUTIC EVALUATION  
FILES OF THE PEDIATRY SECTOR OF THE DUQUE DE CAXIAS POLYCLINIC  
AND ITS CORRELATION WITH ICF.**

Gabriele Gonçalves Barreto<sup>1</sup>  
Newton Almeida Lima Junior<sup>2</sup>  
Cleide Câmara Souza<sup>3</sup>

**RESUMO**

A CIF é um sistema de classificação inserido na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), constituindo o quadro de referência universal adotado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade quer ao nível individual quer ao nível da população.

O presente trabalho visa analisar como tem sido a aplicabilidade da ficha de avaliação fisioterapêutica e sua correlação com a CIF, além de sua associação ao fisiodiagnóstico dado a cada paciente no período em questão. Em seguida, traçar um levantamento dos mesmos e suas possíveis incoerências, facilitando o preenchimento com a sugestão de uma padronização para os casos mais comuns da pediatria, e assim, auxiliar em sua incorporação nesse ambiente e refletir sobre as possibilidades de sua utilização no cuidado com a criança.

Trata-se de um estudo de natureza retrospectiva do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, relacionada aos atendimentos ambulatoriais de fisioterapia no setor de pediatria da Clínica Escola-PDC. A amostragem foi constituída inicialmente por um total de 304 fichas de anamnese fisioterapêutica nos atendimentos dentre o período de 2016.1 a 2019.2. Inicialmente foram analisadas um total de 304 fichas durante o período proposto, sendo levadas em consideração apenas 283. 21 fichas precisaram ser excluídas por não conterem o preenchimento do quesito: data da anamnese.

O levantamento de dados mostrou que o trabalho feito na ala pediátrica de fisioterapia na PDC tem se demonstrado de grande eficácia em sua maior parte, se tratando da aplicabilidade das fichas de avaliação fisioterapêuticas em correlação à CIF. Entretanto, evidenciou que em alguns casos ainda existem certas incoerências, demonstrando a necessidade de uma atenção maior no

---

<sup>1</sup> Discente da modalidade de Bacharelado do Curso de Fisioterapia da Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), campus no município de Duque de Caxias/RJ e estagiária do Estúdio Espaço Pilates. E-mail: gabrielebarretofisio@gmail.com

<sup>2</sup> Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy (UNIGRANRIO)

<sup>3</sup> Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade do Grande Rio - Prof. José de Souza Herdy (UNIGRANRIO)

preenchimento dos dados em questão.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Fisioterapia, Pediatria, Coleta de dados.

## ABSTRACT

The ICF is a classification system inserted in the Family of International Classifications of the World Health Organization (WHO), constituting the universal reference framework adopted by WHO to describe, evaluate and measure health and disability both at the individual and at the level of population.

The present study aims to analyze how the physiotherapeutic assessment form has been applied and its correlation with the ICF, in addition to its association with the physiodiagnosis given to each patient during the period in question. Then, draw up a survey of them and their possible inconsistencies, facilitating the filling with the suggestion of a standardization for the most common cases of pediatrics, and thus, assist in their incorporation in this environment and reflect on the possibilities of their use in care with the child.

This is a retrospective, exploratory, descriptive study with a qualitative approach, related to outpatient physiotherapy in the pediatrics sector of PDC School Clinic. The sampling was initially constituted by a total of 304 physical therapy anamnesis forms in the visits between the period 2016.1 to 2019.2. Initially, a total of 304 records were analyzed during the proposed period, with only 283 being taken into account. 21 records had to be excluded because they did not contain the fulfillment of the item: date of the anamnesis.

The data survey showed that the work done in the pediatric physiotherapy ward at the PDC has been shown to be highly effective, for the most part, in terms of the applicability of the physical therapy assessment forms in relation to the ICF. However, it showed that in some cases there are still certain inconsistencies, demonstrating the need for greater attention in filling in the data in question.

**Keywords:** International Classification of Functioning, Disability and Health, Physiotherapy, Pediatrics, Data collect.

## INTRODUÇÃO

### Contexto do atendimento Pediátrico

Muito se tem discutido, atualmente, sobre a importância da humanização dos atendimentos em saúde e a necessidade de avaliar e tratar o paciente de uma forma global, não pontual, ou seja, não direcionada apenas para a alteração fisiológica apresentada, mas associando os aspectos físicos com os psicológicos do indivíduo (BEE, 2003)<sup>1</sup>.

Os diferentes serviços de fisioterapia surgiram a partir da necessidade e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento de pacientes em diversas condições. Entretanto, o

paciente que se submete a cuidados de fisioterapia, precisa de cuidados de excelência, direcionados não apenas aos problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que se tornam intimamente interligadas à doença física. A assistência de fisioterapia prestada em diversos setores, por exemplo, na unidade de terapia intensiva é marcada pelo bom atendimento, pela atenção dada ao paciente e pelo tratamento de qualidade, caracterizando uma assistência humanizada (LOPES; BRITO, 2009)<sup>2</sup>. Segundo Frota; Gurgel; Pinheiro (2007) quando um indivíduo passa por um processo de doença, é natural que seu estado psicológico seja alterado, o que o faz desenvolver atitudes como desânimo, pessimismo, mau-humor,

irritabilidade, entre outras coisas<sup>3</sup>. De acordo com Ribeiro; Ângelo (2005), os resultados gerados pelo processo patológico, assim como pela necessidade de se fazer presente em ambientes hospitalares e ambulatoriais para tratamento, desenvolvem-se de forma muito distinta em crianças, visto que as mesmas não possuem total consciência da situação vivida, o que as torna inabilitadas a compreender satisfatoriamente os sinais e sintomas apresentados, assim como a necessidade de passar por procedimentos desagradáveis para sua recuperação<sup>4</sup>. O paciente pediátrico possui características muito peculiares, que o diferenciam significativamente do paciente adulto, pois passa por uma fase de descoberta do mundo e encontra-se bastante inseguro frente a essas novas descobertas. Aspectos como a ausência de linguagem verbal, a limitação na compreensão de comandos verbais e de explicações racionais sobre os fatos vividos, a hiperatividade e ansiedade diante de ações muito prolongadas e repetitivas, o apego intenso aos pais e a hesitação em relacionar-se com pessoas estranhas são próprias desta fase de desenvolvimento (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007)<sup>5</sup>. Um bom profissional precisa ter a habilidade de perceber as características particulares dos indivíduos que trata, conseguindo traçar alternativas que possam facilitar ou aprimorar o seu atendimento, fazendo com que a adesão do paciente ao mesmo seja a maior possível, alcançando, com isso, resultados mais eficazes (SALGUEIRO; RAMOS; FALK, 2007)<sup>6</sup>. Torna-se indispensável, então, a formação de uma consciência profissional multidisciplinar, multifocal, em que o paciente seja tratado como um ser humano variado, distinto e pessoal, e não apenas como um conjunto de alterações orgânicas que precisam ser resolvidas (BEE, 2003)<sup>1,7</sup>.

### **Contextos Históricos da CIF**

Historicamente, as intervenções em reabilitação têm sido guiadas pelo modelo

médico. Esse modelo define saúde como a ausência de doenças e, por conseguinte, focaliza a avaliação e o tratamento nos sinais e nos sintomas da patologia, considerando apenas o nível físico. Na atualidade, os modelos de reabilitação refletem uma mudança de paradigma e definem saúde em termos mais amplos, indicando que fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e a qualidade de vida. A fisioterapia necessita de um modelo teórico que guie sua prática e sua pesquisa, demarcando seu papel na sociedade. Dessa forma, a aplicação de um modelo teórico mais adequado à atuação dos fisioterapeutas possibilitaria melhor compreensão do processo vivenciado pelo indivíduo, desde a instalação da doença até suas consequências funcionais<sup>8</sup>.

Visando responder às necessidades de se conhecer mais sobre as consequências das doenças, em 1976 a OMS publicou a International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH), em caráter experimental. Esta foi traduzida para o Português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps), a CIDID3. De acordo com esse marco conceitual, impairment (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; disability (incapacidade) é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; handicap (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade.

O processo de revisão da ICIDH apontou suas principais fragilidades, como a falta de relação entre as dimensões que a compõe, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, entre outras. Após várias versões e numerosos testes, em maio de 2001 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). A versão em língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização

Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF<sup>9</sup>.

### **Conceitos e características do que compõe a CIF**

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, antigamente CIDID) foi elaborada com a finalidade de registrar e organizar uma ampla gama de informações relacionadas a diferentes estados de saúde. Visa uniformizar a linguagem internacional no que diz respeito à descrição de diferentes aspectos referentes a funcionalidade, incapacidade e saúde.

Para essa nova classificação, que vem substituir as anteriores, o termo funcionalidade substitui termos usados no passado, como incapacidade, deficiência, invalidez e desvantagem, e amplia seu significado para incluir experiências positivas registrando a potencialidade da pessoa portadora de deficiência (PPD). A nova classificação mede a capacidade da PPD em superar diferentes níveis de dificuldades relacionadas às tarefas do cotidiano.

A CIF é o registro do estado funcional, que aborda as perdas referentes à doença e em especial o perfil da funcionalidade sobre a capacidade de interação consigo mesmo, com o trabalho, com a família e com a vida social comunitária.

Como fundamento, a CIF foi desenvolvida para registrar funcionalidade não exclusivamente relacionada à

incapacidade física ou sensorial. Tem a pretensão de ser ampla, registrando boa parte das limitações relacionadas, como, por exemplo, aquelas de caráter emocional e social, descrevendo o impacto transitório ou definitivo decorrente das enfermidades.

A principal motivação da CIF foi o reconhecimento de que não se pode medir a importância de um evento em saúde apenas pela mortalidade. Para tanto, é preciso considerar os múltiplos aspectos relacionados à morbidade e o impacto pessoal e familiar diante da nova situação imposta pela afecção.

Ao construir um sistema classificatório, pretende-se que seja prático, reprodutível e adaptado às características culturais e sociais de cada grupo populacional. Ao mesmo tempo, ele deve ser capaz de garantir a comparação entre os povos das diversas partes do mundo.

A proposta original da OMS dividia o entendimento do binômio lesão e incapacidade em três níveis:

- Deficiência;
- Incapacidade;
- Desvantagem<sup>10</sup>.

### **Aplicabilidade da CIF e suas vantagens**

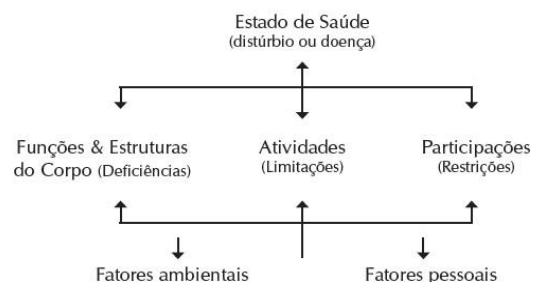


Figura 1 – Modelo integrador da funcionalidade humana segundo a CIF  
11

**Deficiências:** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

**Atividade:** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.

**Participação:** é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real.

**Limitações da atividade:** são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de

### **No contexto de saúde:**

**Funções do corpo:** são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas).

**Estruturas do corpo:** são as partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes.

atividades.

**Restrições na participação:** são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real.

**Fatores ambientais:** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.

Os fatores pessoais são o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo e englobam as características do indivíduo que não são parte de uma condição de saúde ou de um estado de saúde. Esses fatores podem incluir o sexo, raça, idade, outros estados de saúde, condição física, estilo de vida, hábitos, educação recebida, diferentes maneiras de enfrentar problemas, antecedentes sociais, nível de instrução, profissão, experiência passada e presente, padrão geral de comportamento, caráter, características psicológicas individuais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível. Os fatores pessoais não são classificados na CIF. No entanto, eles são incluídos na Fig.1 para mostrar a sua contribuição, que pode influenciar os resultados das várias intervenções<sup>12</sup>.

Uma das vantagens apontadas para a adoção do modelo é a possibilidade de uniformização de conceitos e, portanto, da utilização de uma linguagem padrão que permita a comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral. A diversidade de recursos se traduz na dificuldade de uso completo da mesma. Assim, como proposta de solução para facilitar sua aplicação, têm sido criados instrumentos que resumem a classificação. Nessa perspectiva, a OMS propôs uma lista genérica criada a partir da CIF, contendo as condições mais importantes a serem levantadas durante a atenção ao paciente<sup>9</sup>.

#### **A CIF e sua correlação com os indivíduos em questão**

Com base nos dados citados acima a respeito da CIF e sua finalidade, visa-se a correlação da mesma com a avaliação de um grupo de pacientes e sua execução na prática clínica, levando em consideração a sua influência para um bom tratamento, bem como, os fatores que corroboram para que a CIF seja colocada em prática da melhor forma possível.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de um levantamento retrospectivo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que necessitou ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil, por tratar-se de uma análise de conteúdo de pessoas físicas, sendo o código do projeto 2.791.998.

A população foi formada inicialmente pelos 304 prontuários, coletados na Clínica Escola PDC-Saúde de Duque de Caxias, para descrever e interpretar os conteúdos da CIF. Sendo considerados como critérios de inclusão: pacientes atendidos no setor de fisioterapia na ala pediátrica e que estivessem em tratamento durante o período de 2016 a 2019. E excluídos da análise os prontuários de pacientes que apresentaram dados incompletos como nome ou data da ficha de anamnese fisioterapêutica não preenchidos.

Foram observadas todas as crianças (de ambos os sexos) que realizaram atendimento no setor. Os procedimentos de busca obedeceram a sequência a seguir e levando em consideração os seguintes dados: diagnóstico clínico, queixa principal e fisiodiagnóstico.

Estes pacientes foram avaliados e receberam tratamento fisioterapêutico na mesma ala.

Os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para conhecimento e concordância dos procedimentos do estudo. A coleta de dados aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2020.

A análise de dados foi realizada através de

um resgate de informações possibilitado por meio das fichas que já se encontravam arquivadas e referente aos atendimentos de anos passados, sendo sujeitas à uma análise minuciosa para tal estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os dados obtidos com a pesquisa, pôde se enxergar um panorama geral do grupo de pacientes atendidos no serviço de fisioterapia em pediatria da PDC.

Das 304 fichas encontradas na busca inicial, houve uma análise na íntegra e selecionadas apenas 283 fichas de anamnese fisioterapêutica. 21 fichas foram excluídas por não preencherem o critério de inclusão data da anamnese.

As 283 fichas que preencheram todos os critérios em análise, foram criteriosamente examinadas e levadas em consideração para esta pesquisa. Os fatores de inclusão desse processo foram levados em conta e anexados em tabela.

A **Tabela 1**, a seguir, apresenta 5 itens: cada ano observado ao longo da pesquisa, o número de crianças/pacientes atendidos e a quantidade de fichas que não tiveram os fatores: **Diagnóstico Clínico**, **Queixa Principal** e **Fisiodiagnóstico** preenchidos.

| Ano  | Pacientes | Diagnósticos Clínicos em falta | Queixa Principal em falta | Fisiodiagnósticos em falta |
|------|-----------|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 2016 | 18        | 1                              | 0                         | 3                          |
| 2017 | 73        | 6                              | 3                         | 10                         |
| 2018 | 113       | 6                              | 1                         | 2                          |
| 2019 | 79        | 1                              | 0                         | 3                          |

**Tabela 1-** Análise descritiva dos dados em contagem levados em consideração

| Paciente | Queixa Principal  | Fisiodiagnóstico                                            |
|----------|-------------------|-------------------------------------------------------------|
| X1       | “Muito atrasado”  | “Encurtamento de sóleo, gastrocnêmio medial e lateral D e E |
| X2       | “Minha filha fica | “Encurtamento de                                            |

|     |                                                               |                                                    |
|-----|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|     | “muito internada”                                             | “musculatura acessória.”                           |
| X3  | “O pescoço dela é muito curto e o choro que incomoda.”        | “Hipotonia axial, abdominal e apendicular.”        |
| X4  | “Médica solicitou acompanhamento fisioterapêutico.”           | “Hipotonia global e flacidez abdominal.”           |
| X5  | “Reumato encaminhou a fisioterapia devido a hipermobilidade.” | “Hemiparesia do lado superior e inferior direito.” |
| X6  | “Que faça tudo e que ajude ela bastante.”                     | “Disfunção postural.”                              |
| X7  | “Movimento das pernas.”                                       | “Disfunção sinérgica.”                             |
| X8  | “Coordenação motora e as pernas.”                             | “Hipotonia global.”                                |
| X9  | “Que ele melhore.”                                            | “Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.”       |
| X10 | “Melhorar a perninha dela.”                                   | “Diplegia, déficit leve do equilíbrio dinâmico.”   |

**Tabela 2-** Exemplos de dados preenchidos de maneira incorreta

Os dados apresentados na **Tabela 2**, demonstram que ainda existem incoerências no setor quanto a aplicabilidade de alguns quesitos e seus respectivos dados. Foram selecionados 10 exemplos para relatar os déficits que se fazem presentes quanto se trata de Diagnóstico Clínico e Fisiodiagnóstico.

O propósito desse estudo foi alcançado, uma vez que, se observou cada queixa principal relatada pelos responsáveis, além das patologias em questão, somadas a utilização Fisiodiagnóstico dado a cada paciente. De encontro à CIF deve-se ressaltar que alguns dados ainda precisam ser analisados com mais cautela e revisão para esta aplicabilidade e contextualização. A maioria dos dados avaliados, corresponderam à expectativa do que vai de encontro quando se fala de CIF. Não obstante, existiram aqueles que se apresentaram de forma errônea, servindo para o aprendizado dos próximos atendimentos.

Um passo fundamental para o futuro do fisioterapeuta é o desenvolvimento de

estratégias diagnósticas consistentes com sua prática clínica<sup>13</sup>. Os profissionais devem ser capazes de reconhecer as diferenças entre os dois. O nível funcional e capacidade esperados do paciente realizá-lo<sup>14</sup>. Uma premissa importante é que o tratamento deve ser baseado em características funcionais definidas por um fisioterapeuta porque o diagnóstico médico não passa informações suficientes sobre as consequências da doença e seu impacto em todos os aspectos da funcionalidade<sup>13</sup>. O uso da CIF pelos profissionais envolvidos no processo de reabilitação, a qualidade e a personalidade dos dados do paciente podem ser melhoradas, além do que, duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes desempenhos funcionais e habilidades. A função equivalente não tem necessariamente o mesmo estado de saúde<sup>15</sup>.

Os profissionais envolvidos na reabilitação tentam relacionar os problemas e as necessidades levantadas pelo indivíduo com as disfunções, limitações de atividade e restrições na participação ou, ainda, com fatores pessoais e ambientais. Para entender melhor esse tipo de interação existente nos processos de funcionalidade e de incapacidade humana é necessário introduzir o conceito de fator moderador. Segundo Baron & Kenny, uma variável moderadora é aquela que interfere e modifica a relação entre outras variáveis, podendo afetar a direção e a força da relação entre elas<sup>16</sup>.

Vale ainda salientar os casos em que os pacientes não possuem ainda um diagnóstico fechado, mas que ainda assim é necessário o preenchimento deste quesito explicitando uma questão “em análise”, por exemplo. Assim como a queixa principal, indagando o paciente ou o responsável como nesse caso, até obter uma informação de valor que agregue ao atendimento e o plano de tratamento do mesmo.

## CONCLUSÃO

Através do presente estudo, pode-se

considerar que o trabalho feito na ala pediátrica de fisioterapia na PDC tem se mostrado de grande eficácia, visto que os pacientes em questão no estudo, em sua maioria recebem alta em no máximo 4 períodos de atendimento e em sua grande parte quando se trata da aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, quando boa parte das fichas analisadas apresentaram os dados de forma completa e preenchidos, corroborando para um bom atendimento e boa elaboração do Fisiodiagnóstico. Entretanto, é necessário que haja a escolha de ferramentas de avaliação adequadas, ou seja, uma ficha de anamnese fisioterapêutica completa, por exemplo, que contém conceitos que podem estar relacionados à CIF, pode ajudar a explicar e comparar os resultados de diferentes estudos e ajudar a vincular as intervenções e ferramentas de tratamento usadas. É preciso uma atenção redobrada ao longo do preenchimento das fichas para que isso não acarrete mais problemas futuramente.

A correlação entre o questionário de anamnese e a CIF favorece o uso e aplicação dessas duas ferramentas na prática clínica, bem como a comparação de intervenções, avaliações e resultados de pesquisas. Seguindo as regras pré-estabelecidas na literatura, a correlação correta pode ser facilmente alcançada. Por fim, medidas de confiabilidade entre avaliadores são necessárias para garantir a veracidade da correlação entre o instrumento de coleta de dados e a CIF. Por essa questão, a necessidade de que todos os itens estejam preenchidos e sejam revisados sempre. Não deixando assim que as informações se percam ao longo do tempo, podendo até levar a um tratamento ineficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> BEE, H. A Criança em Desenvolvimento. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

<sup>2</sup> LOPES, F. M.; BRITO, E. S. Humanização da

assistência da fisioterapia: estudo com pacientes no período pós-internação em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, v. 21, n. 3, Bahia. Ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a08v21n3.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2020.

<sup>3</sup> FROTA, M. A.; GURGEL, A. A.; PINHEIRO, M. C. M. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Cogitare em Enfermagem*, v. 12, n. 01. Fortaleza. Jan.-Mar. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a12.htm>>. Acesso em: 10 set. 2020.

<sup>4</sup> RIBEIRO, C. A.; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39, n. 04. São Paulo. Dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000400004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400004&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2020.

<sup>5</sup> FAQUINELLO, P.; HIGARASBI, I. H.; MARCON, S. S. O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 16, n. 04. Florianópolis. Out-Dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2020.

<sup>6</sup> SALGUEIRO, J. B.; RAMOS, M. Z.; FALK, M. L. R. Avaliação das ações humanizadoras desenvolvidas na pediatria do hospital das clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA*, v. 27, n. 02. Rio Grande do Sul. 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewFile/2022/1099>>. Acesso em: 14 set. 2020.

<sup>7</sup> SANTOS, Elinaldo da Conceição dos; RAMOS, Aline da Silva; SOUSA, Elziliam Aranha de. Atendimento pediátrico humanizado, reação da criança e satisfação dos pais no serviço público e privado de fisioterapia respiratória. *Estação Científica (UNIFAP)*, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 69-84, out. 2011. ISSN 2179-1902. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/242>>. Acesso em: 03 out. 2020.

<sup>8</sup> Sampaio, R. F; Mancini, M. C; Goncalves, G. G. P; Bittencourt, N. F. N; Miranda, A. D; Fonseca, S. T. - Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta - Application of the international classification of functioning, disability and health (ICF) in physiotherapists clinical practice - *Braz. j. phys. ther. (Impr.)*;9(2): 129-136, maio-ago. 2005.

<sup>9</sup> FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, Junho 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.

<sup>10</sup> BATTISTELLA, Linamara Rizzo; DE BRITO, Christina May Moran. Classificação Internacional de Incapacidade funcional e saúde (CIF). *Acta Fisiátrica, Revistas USP*, ano 98-101, v. 9, n. 2, p. 98-101, 18 jan. 2002. DOI 10.5935 / 0104-7795.20020003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/102369/100693>. Acesso em: 08 nov. 2020.

<sup>11</sup> RIBERTO, Marcelo. Conjuntos básicos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev. Bras. enferm.*, Brasília, v. 64, n. 5, pág. 938-946, outubro de 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000500021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>.

<sup>12</sup> ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. Tradução de Amélia Leitão. CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004.

<sup>13</sup> SAHRMANN, SA. Diagnosis by the physical therapist-a prerequisite for treatment. *A special communication. Phys Ther.* 1988; 68(11): 1703-6. doi: 10.1093/ptj/68.11.1703. PMID: 3054944.

<sup>14</sup> RAMAN S, Levi SJ. Concepts of disablement in documents guiding physical therapy practice. *Disabil Rehabil* 2002; 24(15): 790-7.

<sup>15</sup> Organização Mundial de Saúde (OMS) /Organização Panamericana de Saúde (OPAS). CIF classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Universidade de São Paulo; 2003.

<sup>16</sup> BARON RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1173-1182.

