Perfil clínico e funcional de crianças e adolescentes acompanhados em serviços ambulatoriais de reabilitação pediátrica: estudo multicêntrico transversal

HU Revista
Artigo Original

Clinical and functional profile of children and adolescents followed up in pediatric rehabilitation outpatient services: a multicenter cross-sectional study

Rafaela Ramos Anacleto da Silva[1]
Maria Eduarda de Araújo Almeida Muniz[1]
Aline Braga de Castro[2]
Beatriz Bicalho Saraiva[1]
Ana Luiza Silva Rena[2]
Maria Clara de Andrade Benfica[1]
Ana Luiza Soares[2]
Kamila Pachêco Martins[2]
Erica Cesário DeFilipo[2]
Paula Silva de Carvalho Chagas[1]

[1]Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Reabilitação e Desempenho Físico-Funcional, Faculdade de Fisioterapia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

[2]Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Reabilitação e Desempenho Físico-Funcional, Faculdade de Fisioterapia, Campus Governador Valadares, Universidade Federal de Juiz de Fora, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

✉ **Paula Chagas**

Endereço: R. José Lourenço Kelmer s/n, Campus Universitário, São Pedro, Juiz de Fora, MG.
CEP:36036-900
paula.chagas@ufjf.br

Submetido: 29/05/2026
Aceito: 24/09/2026

RESUMO

Introdução: A deficiência na infância apresenta repercussões funcionais, sociais e contextuais que impactam a participação e a funcionalidade de crianças e adolescentes. No Brasil, serviços universitários de fisioterapia pediátrica integram a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na reabilitação de usuários com diferentes condições de saúde. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo descrever o perfil dos usuários acompanhados no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) e na Clínica Escola de Fisioterapia da UFJF, campus Governador Valadares, considerando aspectos sociodemográficos, diagnósticos e classificações funcionais. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal. Foram incluídos usuários de 0 a 18 anos acompanhados entre 2022 e 2024. Os dados foram obtidos por meio de prontuários eletrônicos e físicos, contemplando variáveis sociodemográficas, diagnósticos e classificações funcionais. Para pacientes com paralisia cerebral, utilizaram-se os sistemas GMFCS e MACS. A análise foi realizada por estatística descritiva. **Resultados:** Foram avaliados 286 usuários, com predominância do sexo masculino e, entre os registros com informação disponível, o ensino médio completo foi a escolaridade mais frequente dos responsáveis. As condições neurológicas e do neurodesenvolvimento foram as mais frequentes, com destaque para a paralisia cerebral. Entre as crianças com paralisia cerebral, predominaram a espasticidade e o comprometimento bilateral, observando-se heterogeneidade nas classificações funcionais pelo GMFCS e MACS e elevada proporção de classificações não registradas. **Conclusão:** Conclui-se que predominaram condições neurológicas, especialmente paralisia cerebral, com heterogeneidade funcional e maior frequência de formas espásticas e bilaterais. A população apresentou variabilidade funcional, reforçando a importância do planejamento individualizado da reabilitação e da organização dos serviços.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Criança; Adolescente; Reabilitação Pediátrica; Fisioterapia; Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Childhood disability has functional, social, and contextual consequences that affect the participation and functioning of children and adolescents. In Brazil, university-based pediatric physical therapy services are part of the Public Health System (SUS) and provide rehabilitation care to users with different health conditions. **Objective:** This study aimed to describe the profile of users followed at the University Hospital of the Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) and at the Physiotherapy School Clinic of UFJF, Governador Valadares campus, considering sociodemographic aspects, diagnoses, and functional classifications. **Material and Methods:** This is a cross-sectional observational study. Users aged 0 to 18 years followed between 2022 and 2024 were included. Data were obtained from electronic and physical medical records, including sociodemographic variables, diagnoses, and functional classifications. For patients with cerebral palsy, the Gross Motor Function Classification System (GMFCS) and the Manual Ability Classification System (MACS) were used. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** A total of 286 users were evaluated, with a predominance of males. Among records with available information, completed secondary education was the most frequent educational level among caregivers. Neurological and neurodevelopmental conditions were the most frequent, with cerebral palsy as the main diagnosis. Among children with cerebral palsy, spasticity and bilateral involvement predominated, with heterogeneity in GMFCS and MACS functional classifications and a high proportion of unrecorded classifications. **Conclusion:** It is concluded that neurological conditions predominated, especially cerebral palsy, with functional heterogeneity and a higher frequency of spastic and bilateral forms. The population showed functional variability, reinforcing the importance of individualized rehabilitation planning and service organization.

Keywords: Cerebral Palsy; Child; Adolescent; Pediatric Rehabilitation; Physical Therapy; Health Services.

CC BY

INTRODUÇÃO

A deficiência na infância constitui um fenômeno complexo, cujas repercussões extrapolam o domínio biológico e alcançam dimensões funcionais, sociais e contextuais. Crianças e adolescentes com deficiência podem apresentar limitações no desempenho das atividades da vida diária, restrições na participação escolar e comunitária e maior dependência de cuidadores, configurando impactos que transcendem o diagnóstico clínico isolado.[1,44] No cenário global, as deficiências do desenvolvimento apresentam elevada prevalência entre crianças e adolescentes.[5] Além disso, crianças com deficiência estão mais expostas a desigualdades e barreiras ambientais, atitudinais e institucionais que podem limitar sua participação e o acesso aos serviços de saúde e reabilitação.[6] Nesse contexto, a descrição do perfil clínico-funcional dessa população é relevante para reconhecer a diversidade das demandas atendidas, identificar necessidades de cuidado específico e subsidiar o planejamento dos serviços de reabilitação.

A compreensão contemporânea da deficiência e de suas repercussões fundamenta-se no modelo biopsicossocial, que considera não apenas a condição de saúde, mas também seus impactos na funcionalidade e na participação. Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), proposta pela Organização Mundial da Saúde, organiza as informações relacionadas às funções e estruturas do corpo, às atividades, à participação e aos fatores ambientais.[1,32] Essa abordagem permite descrever de maneira mais abrangente as repercussões das condições de saúde na vida cotidiana de crianças e adolescentes.

No Brasil, a atenção à pessoa com deficiência é organizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.[41] Essa rede articula diferentes pontos de atenção e inclui serviços especializados de habilitação e reabilitação. No contexto pediátrico, o acesso à fisioterapia pode ser influenciado pela distância entre o serviço e a residência dos usuários, pela oferta insuficiente de atendimento e pelas filas de espera.[16,32]

Os serviços universitários de fisioterapia também podem atuar na assistência em reabilitação, articulando o atendimento à população com as atividades de ensino. Entre esses serviços, encontram-se o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), em Juiz de Fora, e a Clínica Escola de Fisioterapia da UFJF, no campus Governador Valadares. Embora vinculados à mesma instituição, esses serviços estão inseridos em diferentes contextos regionais e apresentam equipes e protocolos de atendimento próprios. Além disso, apresentam formas distintas de acesso, enquanto o HU-UFJF realiza atendimento aos usuários encaminhados pela rede de saúde, a Clínica Escola de Governador Valadares atende pacientes por livre demanda. Ambos acompanham crianças e adolescentes com diferentes condições relacionadas ao desenvolvimento e à funcionalidade.[18,19,45]

Embora a abordagem biopsicossocial seja reconhecida como um aspecto importante para a compreensão das necessidades de crianças e adolescentes em reabilitação, estudos brasileiros que abordam a fisioterapia em crianças e adolescentes com paralisia cerebral ou outras condições de saúde têm descrito diferentes aspectos clínicos e funcionais dessas populações.[18,19,42] A caracterização desses diferentes aspectos pode contribuir para uma compreensão mais abrangente das demandas das populações atendidas em serviços de reabilitação pediátrica.

Estudos anteriores descreveram separadamente o perfil dos usuários atendidos em cada um desses contextos assistenciais.[18,19,45] Entretanto, ainda não foi identificada uma caracterização integrada das crianças e dos adolescentes acompanhados nos serviços ambulatoriais de reabilitação pediátrica multicêntricos da UFJF, considerando conjuntamente aspectos sociodemográficos, clínicos e funcionais. A descrição conjunta desse perfil pode contribuir para o reconhecimento das demandas atendidas e subsidiar o planejamento da assistência nos diferentes contextos de reabilitação pediátrica.

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo descrever o perfil sociodemográfico, clínico e funcional das crianças e dos adolescentes acompanhados nos serviços ambulatoriais de reabilitação pediátrica do HU-UFJF, em Juiz de Fora, e da Clínica Escola de Fisioterapia da UFJF, em Governador Valadares.

MATERIAL E MÉTODOS

Delineamento e Ética

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal. Os dados da pesquisa foram coletados em dois centros universitários. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFJF (CAAE nº 09581119.1.0000.5133). Os participantes selecionados que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações foram obtidas por meio do Sistema AGHU (Aplicativos de Gestão para Hospitais Universitários) e da consulta a prontuários físicos, com o objetivo de caracterizar o perfil de cada usuário e definir os participantes do estudo.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser usuário acompanhado pelo serviço de Fisioterapia Pediátrica do HU-UFJF - Unidade Dom Bosco, em Juiz de Fora, durante o ano de 2024, ou pela Clínica Escola de Fisioterapia da UFJF-GV, em Governador Valadares, entre 2022 e 2024; ter comparecido a pelo menos um

atendimento durante o respectivo período de estudo; e apresentar idade entre 0 e 18 anos. Dessa forma, foram selecionados os usuários que se encontravam em acompanhamento fisioterapêutico nos respectivos períodos.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que realizaram apenas a primeira avaliação fisioterapêutica, sem necessidade de continuidade do tratamento, e prontuários que não apresentavam informações suficientes para caracterizar o usuário e atender aos critérios de inclusão. A ausência de informações referentes a variáveis específicas não constituiu, isoladamente, critério de exclusão, sendo esses dados registrados como "não informado" nas respectivas análises.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no HU-UFJF e na Clínica Escola de Fisioterapia da UFJF-GV, utilizando-se os registros disponíveis no sistema AGHU ou em prontuários físicos. A coleta ocorreu entre 2022 e 2024 em Governador Valadares, e no ano de 2024, em Juiz de Fora.

Instrumentos

Foi realizada coleta dos dados do sistema AGHU, o qual é um sistema de gestão hospitalar e prontuário eletrônico disponível para uso gratuito no SUS. O uso do sistema promove a automatização dos processos assistenciais e administrativos, possibilitando à gestão hospitalar acesso a informações em tempo real e favorecendo maior celeridade no atendimento aos pacientes.

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) é utilizado para classificar a função motora grossa de crianças e adolescentes com Paralisia Cerebral (PC), considerando a capacidade de locomoção e o uso de dispositivos de apoio. O sistema é composto por cinco níveis (I a V), em que níveis mais baixos indicam maior independência (nível I) e níveis mais altos refletem maior limitação motora (nível V). O GMFCS é amplamente reconhecido por sua validade, confiabilidade e por ser o padrão-ouro na classificação de função motora grossa na paralisia cerebral.[21,22,23,24]

O Sistema de Classificação da Função Manual (MACS) classifica a forma como crianças com PC utilizam as mãos para manipular objetos nas atividades diárias. O sistema avalia a capacidade da criança de iniciar e realizar tarefas manuais típicas da infância, como alimentar-se, vestir-se, brincar e desenhar, classificando o desempenho em cinco níveis (I a V) para a faixa etária de 4 a 18 anos. Níveis mais baixos indicam maior independência e destreza manual, enquanto níveis mais elevados refletem maior limitação e necessidade de apoio para a realização das atividades.[25,26] O MACS apresenta evidências consistentes de validade e confiabilidade, amplamente demonstradas em estudos internacionais, além de ter sido traduzido e adaptado para diversos idiomas, o que reforça sua aplicabilidade clínica e relevância em diferentes contextos culturais.[25,28]

Análise dos Dados

As variáveis foram obtidas a partir do sistema AGHU (HU-UFJF) e dos prontuários físicos, sendo posteriormente organizadas em diferentes categorias:

1. Variáveis relacionadas aos fatores contextuais: idade da criança, escolaridade do pai, escolaridade da mãe; assiduidade aos atendimentos fisioterapêuticos no serviço de saúde correspondente. A escolaridade dos pais foi coletada individualmente e, para fins de análise, foi considerada a maior escolaridade entre os dois responsáveis. Essa abordagem teve como objetivo representar o maior nível de escolaridade disponível no contexto familiar, considerando seu potencial impacto sobre as condições socioeconômicas e o acesso a informações e recursos relacionados à saúde.
2. Variáveis relacionadas à condição de saúde: diagnóstico, além do tônus muscular e da topografia, particularmente para os pacientes com diagnóstico de PC.
3. Variáveis relacionadas à estrutura e função do corpo: capacidade de compreender ordens simples e presença de condições de saúde associadas/comorbidades. A variável "compreensão de ordens simples" foi considerada uma variável clínica, coletada a partir dos registros clínicos obtidos durante a anamnese e avaliação fisioterapêutica de rotina, realizada pelo fisioterapeuta responsável pelo atendimento. A compreensão de ordens simples foi considerada preservada quando havia registro no prontuário de que a criança demonstrava capacidade de compreender e executar comandos simples durante a avaliação como, por exemplo, responder ao próprio nome, reconhecer ou responder a informações relacionadas aos responsáveis ou executar alguma tarefa simples. Quando essa informação não estava disponível no prontuário, a variável foi registrada como "não informado".
4. Variáveis relacionadas ao domínio de atividade, particularmente para os pacientes com diagnóstico de PC: Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) e Sistema de Classificação da

Função Manual (MACS).

No presente estudo, a CIF[1] foi utilizada como referencial conceitual e organizacional para a descrição dos aspectos relacionados à funcionalidade. Os dados sociodemográficos e clínicos foram descritos separadamente e a CIF não foi utilizada como instrumento de avaliação individual ou para a atribuição de qualificadores aos participantes.

Os dados foram analisados em relação à frequência, média e desvio padrão, sendo tabulados no Excel e exportados para o software Statistical Package for Social Sciences (v.30, 2024). Todas as variáveis não numéricas foram categorizadas por números sequenciais a fim de serem incluídas no software para a análise dos dados em questão.

RESULTADOS

Características relacionadas aos fatores contextuais

Foram avaliados 286 pacientes em acompanhamento fisioterapêutico nos serviços ambulatoriais de reabilitação pediátrica da UFJF, sendo 156 (55,2%) acompanhados no campus sede, em Juiz de Fora, e 128 (44,8%) no campus Governador Valadares. Em ambos os serviços, observou-se predominância do sexo masculino, representando 85 (53,8%) dos usuários atendidos em Juiz de Fora e 72 (56,2%) em Governador Valadares.

A mediana de idade dos participantes foi de 49,50 meses, com intervalo interquartil (IQR) variando de 20,00 a 110,75 meses no campus sede, e de 28,00 meses (IQR = 11,00 - 79,75) no campus Governador Valadares. Quanto à distribuição da faixa etária, observou-se predominância de participantes entre 0 e 2 anos, correspondendo a 134 participantes (46,9%). Essa faixa etária compreendeu 63 participantes (39,9%) no HU-UFJF e 71 (55,5%) na Clínica Escola de Governador Valadares. As faixas etárias de 3–5 anos e 6–9 anos apresentaram, cada uma, 46 participantes (16,1%), enquanto a faixa de 10–14 anos compreendeu 47 participantes (16,4%). A faixa de 15–18 anos foi composta por 10 participantes (3,5%). Em relação à disponibilidade das informações, 3 registros (1,0%) foram classificados como sem dados referentes à faixa etária.

Em relação à escolaridade dos responsáveis, entre os registros com informação disponível, o ensino médio completo foi a categoria mais frequente. Considerando o maior nível de escolaridade, o ensino médio completo foi identificado em 45 (28,5%) participantes no campus sede e em 45 (35,2%) no campus avançado (Tabela 1).

Tabela 1: Nível de escolaridade dos cuidadores das crianças/adolescentes atendidas nas cidades de Juiz de Fora (JF) e Governador Valadares (GV).

Nível de escolaridade	JF - N (%)	GV - N (%)	Total n (%)
Fundamental Incompleto	9 (5,7%)	4 (3,1%)	13 (4,5%)
Fundamental Completo	11 (7,0%)	3 (2,3%)	14 (4,9%)
Médio Incompleto	5 (3,2%)	8 (6,3%)	13 (4,5%)
Médio Completo	45 (28,5%)	45 (35,2%)	90 (31,5%)
Superior Incompleto	1 (0,6%)	7 (5,5%)	8 (2,8%)
Superior Completo	11 (7,0%)	35 (27,3%)	46 (16,1%)
Não informado	76 (48,1%)	26 (20,3%)	102 (35,7%)

Legenda: N - número amostral; % - porcentagem.

Indicadores de acompanhamento fisioterapêutico nos serviços

Os indicadores de acompanhamento fisioterapêutico foram analisados a partir dos prontuários que continham informações disponíveis sobre atendimentos agendados, faltas e assiduidade nos períodos avaliados. Observou-se variação na disponibilidade desses registros entre os serviços e anos analisados.

Em Juiz de Fora, os dados disponíveis referem-se ao ano de 2024, no qual os participantes apresentaram média de 35 atendimentos agendados (1–85), média de 13 faltas (0–58) e assiduidade média de 55,2% (0,0%–100,0%) (Tabela 2).

Em Governador Valadares, os registros disponíveis incluíram os anos de 2022, 2023 e 2024. Em 2022, observou-se assiduidade média de 85,7% (6,7%–100,0%), com média de 14 atendimentos agendados (4–16) e 2 faltas (0–14). Em 2023, a assiduidade média foi de 73,3% (14,3%–100,0%), com média de 17 atendimentos agendados (1–78) e 4 faltas (0–41). Já em 2024, os participantes apresentaram assiduidade média de 70,0% (11,1%–100,0%), com média de 15 atendimentos agendados (1–56) e 6 faltas (0–32) (Tabela 2).

Tabela 2: Valores médios, mínimo e máximo de atendimentos por paciente, faltas e assiduidade para os serviços ambulatoriais de Juiz de Fora e Governador Valadares.

	Juiz de Fora	Governador Valadares		
Atendimentos	2024 (n=158)	2022 (n=19)	2023 (n=69)	2024 (n=61)
Agendados	35 (1 - 85)	14 (4 - 16)	17 (1 - 78)	15 (1 - 56)
Faltas	13 (0 - 58)	2 (0 - 14)	4 (0 - 41)	6 (0 - 32)
Assiduidade	55,20% (0,0%-100,0%)	85,7% (6,7%-100,0%)	73,3% (14,3%-100,0%)	70% (11,1%-100,0%)

Legenda: N - número amostral; % - porcentagem.

Características relacionadas à condição de saúde

Em ambos os serviços, observou-se predomínio de condições neurológicas e relacionadas ao neurodesenvolvimento, com destaque para a paralisia cerebral (PC) como o diagnóstico mais frequente nas duas unidades avaliadas. No campus sede, a PC foi identificada em 50 (31,6%) participantes, seguida pelas doenças raras, observadas em 34 (21,5%) casos. Em Governador Valadares, a PC também representou o diagnóstico mais prevalente, correspondendo a 31 (24,2%) casos, seguida pelas condições ortopédicas. Registros sem informação diagnóstica foram identificados em 7 (4,4%) prontuários no campus sede e em 26 (20,3%) em Governador Valadares (Figura 1).

Características relacionadas à estrutura e função do corpo

Quanto ao tônus muscular, a espasticidade foi o tipo de tônus predominante em ambos os serviços, correspondendo a 30 (60,0%) participantes no campus sede e 25 (80,6%) em Governador Valadares. Registros sem informação referente ao tônus muscular foram identificados em 18 (36,0%) prontuários no campus sede e em 5 (16,1%) no campus Governador Valadares. Já em relação à topografia, observou-se predominância do comprometimento bilateral nos dois serviços avaliados, identificado em 22 (44,0%) participantes no campus sede e em 17 (54,8%) em Governador Valadares. Registros sem informação referente à topografia foram observados em 19 (38,0%) prontuários no campus sede e em 11 (35,5%) em Governador Valadares (Figura 2).

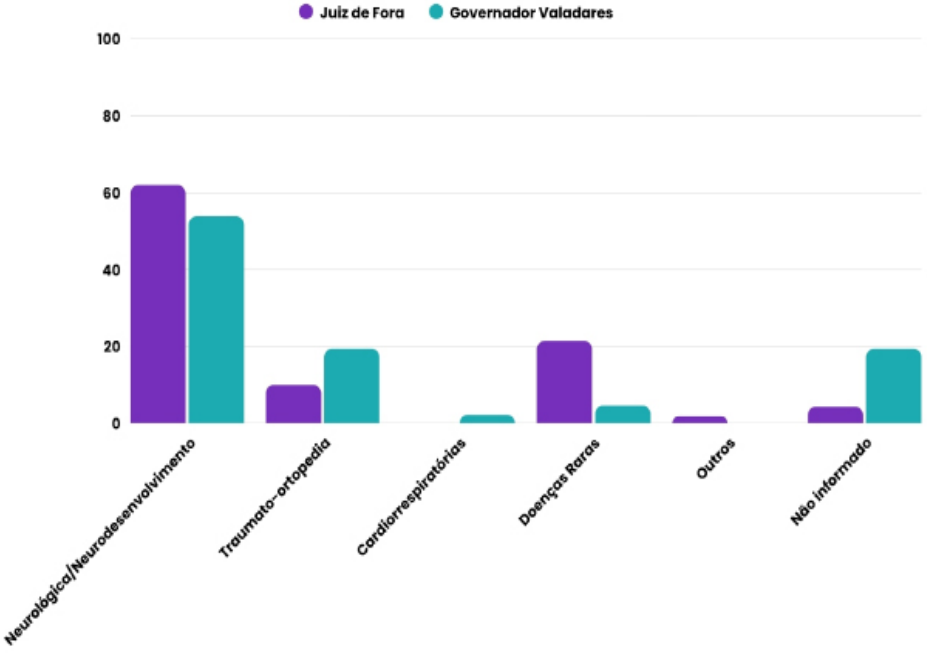


Figura 1: Distribuição das condições de saúde dos participantes atendidos pelos serviços ambulatoriais de fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora (n = 286).

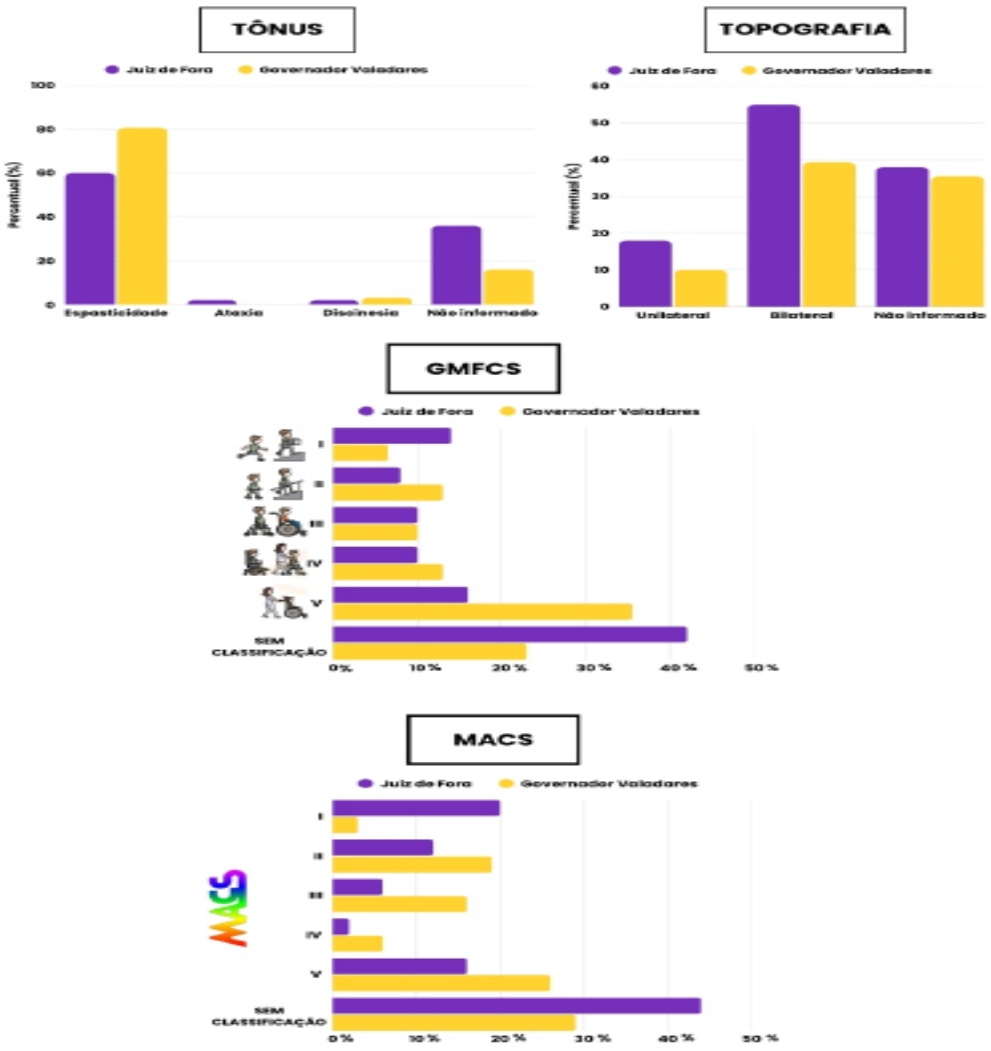


Figura 2: Características de Estrutura e Função do Corpo e Atividade das crianças com paralisia. cerebral.

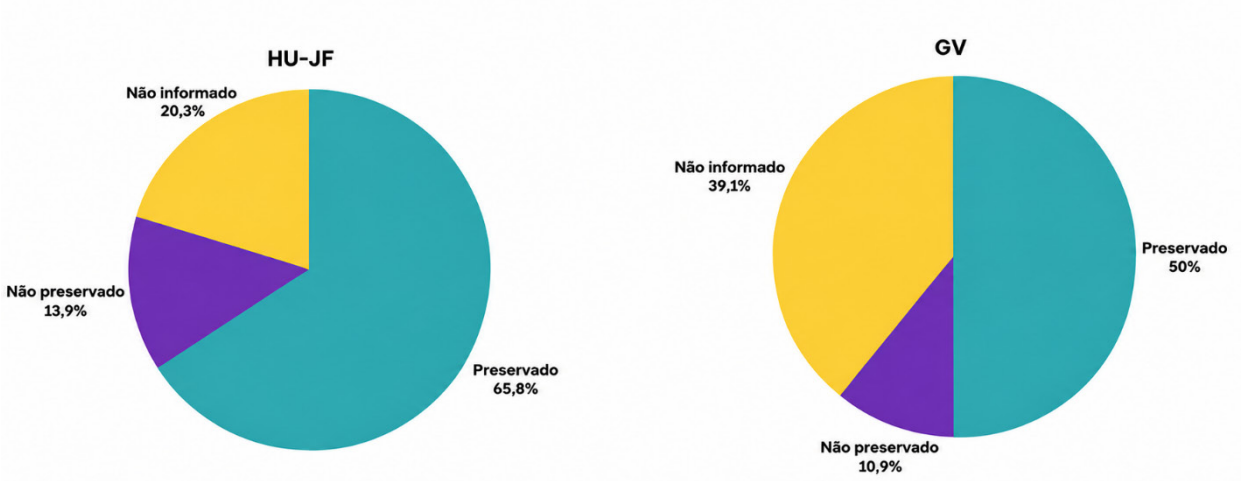


Figura 3: Nível de compreensão de ordens simples.

Em relação às funções mentais, mais diretamente relacionadas à capacidade de compreender ordens simples, observou-se predominância da classificação "preservada" em ambos os serviços, correspondendo a 104 (65,8%) participantes no campus sede e 64 (50,0%) no campus Governador Valadares. Registros classificados como "não informados" foram identificados em 32 (20,3%) prontuários no campus sede e em 50 (39,1%) no campus Governador Valadares (Figura 3).

Características relacionadas ao domínio de atividade das crianças com pc

Entre os participantes com diagnóstico de PC, correspondentes a 81 (28,3%) usuários da amostra total, observou-se distribuição heterogênea dos níveis de função motora grossa entre os serviços avaliados. Em relação ao GMFCS, o nível V foi o mais frequente em ambos os serviços, correspondendo a 19 (23,5%) dos participantes dos dois campus. Registros sem informação referentes à classificação pelo GMFCS foram identificados em 28 (34,6%) prontuários somando os dois serviços (Figura 2).

Em relação à habilidade manual, avaliada por meio do MACS, verificou-se maior frequência de participantes classificados no nível I no campus sede, correspondendo a 10 (20,0%) usuários. Em Governador Valadares observou-se predominância do nível V, identificado em 8 (25,8%) participantes. Registros sem classificação pelo MACS foram identificados em 31 (38,3%) dos prontuários dos dois serviços (Figura 2).

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar as características contextuais, relacionadas à condição de saúde e aos domínios de estrutura e função do corpo e da atividade de crianças e adolescentes acompanhados em dois serviços universitários de reabilitação pediátrica vinculados à Universidade Federal de Juiz de Fora. Os resultados evidenciaram o predomínio de condições neurológicas e que afetam o neurodesenvolvimento, especialmente a paralisia cerebral, além de importante heterogeneidade funcional entre os usuários acompanhados nos dois contextos avaliados.

Embora o estudo não tenha sido delineado para comparações inferenciais entre os serviços, observou-se variação no perfil de funcionalidade e na disponibilidade de registros entre os contextos analisados. Essas diferenças podem refletir múltiplos fatores relacionados à organização dos serviços, aos fluxos de encaminhamento, à abrangência regional, à distância percorrida pelas famílias para acesso ao atendimento e às características das redes locais de atenção à saúde. Como essas variáveis não foram investigadas diretamente no presente estudo, não é possível estabelecer relações causais, sendo essas interpretações apenas hipóteses que poderão ser exploradas em estudos futuros.

Um dos principais resultados foi a predominância de condições neurológicas e que afetam o neurodesenvolvimento entre os usuários atendidos, com destaque para a paralisia cerebral. Considerando o conjunto de diagnósticos, os resultados evidenciam que a demanda assistencial dos serviços multicêntricos concentra-se predominantemente na reabilitação neurofuncional. Esse perfil está em consonância com a literatura da reabilitação pediátrica, que descreve a paralisia cerebral como uma das principais causas de incapacidade física na infância e uma das condições mais frequentemente acompanhadas em serviços especializados.[29,30] Entretanto, além de caracterizar a população atendida, esse resultado pode apresentar implicações para os próprios serviços universitários. Como esses cenários também constituem campos de formação profissional, a predominância de condições neurológicas pode influenciar as oportunidades de aprendizagem e de experiência clínica dos estudantes, favorecendo maior contato com a reabilitação neurofuncional. Embora a formação discente não tenha sido avaliada neste estudo, esse perfil assistencial reforça a importância de considerar estratégias de ensino que ampliem a exposição dos estudantes a outras áreas da fisioterapia pediátrica, como as condições musculoesqueléticas e cardiorrespiratórias, contribuindo para uma formação mais abrangente.[17]

Em relação ao perfil de funcionalidade das crianças com PC, observou-se distribuição heterogênea nos níveis de função motora grossa e habilidade manual, além de predominância de espasticidade com topografia bilateral. Esses achados estão em consonância com a literatura, que descreve maior frequência de formas bilaterais e de níveis funcionais mais elevados do GMFCS e MACS em populações pediátricas acompanhadas em serviços de reabilitação, principalmente em países de baixa e média renda como o Brasil.[32,33] Frequentemente, essas condições estão associadas a maior comprometimento da funcionalidade, presença de múltiplas comorbidades e necessidade ampliada de suporte multiprofissional, tecnologias assistivas e acompanhamento contínuo.[32,34,35,36,37] Esse perfil reforça a importância de abordagens interdisciplinares e de estratégias terapêuticas individualizadas, especialmente voltadas à promoção da funcionalidade, participação e autonomia dessas crianças em diferentes contextos do cotidiano. Esse cenário também inclui crianças com doenças raras, cuja demanda por reabilitação tem crescido em decorrência dos avanços no diagnóstico e na sobrevida. Assim, serviços universitários precisam estar preparados para responder às necessidades funcionais frequentemente complexas dessa população.

Outro resultado que merece destaque refere-se aos dados de assiduidade observados nos dois serviços. Embora as diferenças entre os períodos analisados e a natureza descritiva do estudo impeçam comparações diretas entre os serviços, esses dados merecem atenção por representarem um indicador importante para o planejamento assistencial. A adesão ao acompanhamento terapêutico é considerada um fenômeno multidimensional, influenciado por fatores sociais e econômicos, aspectos relacionados aos serviços de saúde, à terapia e às condições clínicas dos pacientes.[40] Assim, características familiares, barreiras de acesso e aspectos organizacionais dos serviços podem influenciar a continuidade terapêutica e a assiduidade aos atendimentos. Estudos futuros que investiguem especificamente os determinantes da assiduidade poderão fornecer informações importantes para o desenvolvimento de estratégias voltadas à redução do absenteísmo e ao fortalecimento da continuidade do cuidado.

No que se refere à escolaridade dos responsáveis, observou-se predominância do ensino médio completo entre mães e pais nos dois serviços avaliados. A literatura aponta que fatores socioeconômicos e educacionais podem influenciar aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde, compreensão das orientações terapêuticas e continuidade do cuidado em reabilitação pediátrica.[38,39] Embora essas variáveis não tenham sido analisadas em associação aos demais resultados do presente estudo, sua caracterização contribui para o reconhecimento do contexto das famílias atendidas e pode subsidiar estratégias de cuidado centradas na família e planejamento dos serviços.

A elevada frequência de informações ausentes constituiu uma das principais limitações deste estudo. A incompletude dos registros foi observada em variáveis importantes, como as relacionadas à escolaridade dos responsáveis, classificações funcionais e indicadores terapêuticos, limitando interpretações mais aprofundadas sobre o perfil funcional e contextual da população. Além de representar uma limitação metodológica para estudos baseados em prontuários, esse resultado evidencia oportunidades de aprimoramento dos processos de registro clínico nos serviços universitários. Registros padronizados e completos são fundamentais para o acompanhamento longitudinal dos usuários, comunicação entre profissionais, planejamento terapêutico, avaliação da qualidade assistencial e desenvolvimento de pesquisas. Assim, a qualificação da documentação clínica representa uma estratégia importante tanto para a assistência quanto para o ensino e a produção científica. Adicionalmente, destaca-se como limitação deste estudo a possibilidade de influência do contexto pós-pandêmico, especificamente relacionada aos dados do ano de 2022, sobre a assiduidade e dinâmica dos atendimentos. No entanto, a inclusão deste ano permitiu contemplar um período de transição entre o contexto pandêmico e a retomada dos serviços, possibilitando uma caracterização mais abrangente da população atendida e das demandas dos serviços de reabilitação pediátrica.

Em conjunto, os resultados reforçam a importância da utilização sistemática de instrumentos padronizados de classificação funcional, como o GMFCS e o MACS, e da organização de registros clínicos que contemplem não apenas o diagnóstico, mas também aspectos da funcionalidade e dos fatores contextuais. A caracterização do perfil dos usuários pode subsidiar o planejamento terapêutico individualizado, apoiar a organização dos serviços universitários de reabilitação pediátrica e contribuir para o desenvolvimento de estratégias de formação profissional alinhadas às demandas assistenciais observadas.

CONCLUSÃO

Este estudo propôs-se a caracterizar o perfil clínico, funcional e contextual de crianças e adolescentes acompanhados em dois serviços universitários de reabilitação pediátrica da UFJF (campus sede em Juiz de Fora e campus avançado em Governador Valadares). Identificou-se predomínio de condições neurológicas e do neurodesenvolvimento, sobretudo paralisia cerebral, com heterogeneidade funcional entre os usuários.

A elevada frequência de registros incompletos nos prontuários limitou análises mais aprofundadas sobre o perfil socioeconômico, funcional e de acompanhamento terapêutico, constituindo uma importante limitação do estudo e evidenciando uma oportunidade de aprimoramento dos processos de registro clínico nos serviços.

Esses resultados reforçam a necessidade de padronização dos processos de registro clínico e do uso sistemático de instrumentos de classificação funcional (GMFCS, MACS) nos serviços avaliados, como estratégia para qualificar o monitoramento longitudinal, subsidiar o planejamento terapêutico individualizado e orientar a organização assistencial.

FINANCIAMENTO

Bolsa de Iniciação Científica e bolsa do Programa de Treinamento Profissional Acadêmico financiadas pela UFJF.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF [Internet]. WHO; 2001 2011 [citado em 2026 out. 5]. 299 p. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9241545429-eng.pdf.

2. World Health Organization, World Bank. World report on

disability [Internet]. WHO; 2011 [citado em 2026 out. 5]. 325 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182.

3. 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.

4. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 2020; 396(10258):1204–22. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

5. Olusanya BO, Davis AC, Wertlieb D, Boo NY, Nair MKC, Halpern R, et al. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Glob Health. 2018; 6(10):e1100–21. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30309-7.

6. UNICEF. Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities [Internet]. [citado em 2026 mai. 22]. Disponível em: https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021.

7. World Health Organization. Global Report on Health Equity for Persons with Disabilities [Internet]. WHO; 20222011 [citado em 2026 out. 5]. 312 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600?.

8. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science (1979). 1977; 196(4286):129–36. DOI: 10.1126/science.847460.

9. World Health Organization. International classification of functioning, disability, and health : children & youth version : ICF-CY [Internet]. WHO; 2007 2011 [citado em 2026 out. 5]. 322 p. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/43737.

10. Rosenbaum P, Gorter JW. The 'F□words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child Care Health Dev. 2012; 38(4):457–63. DOI:10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x.

11. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 2026 mai. 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

12. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2026 mai. 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html.

13. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002 2011 [citado em 2026 out. 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf.

14. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 2011 [citado em 2026 out. 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_criancas_0a3anos_neuropsicomotor.pdf.

15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado em 2026 out. 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

16. Silva VA da, Busnello ARR, Cavassin RC, Loureiro APC, Moser AD de L, Carvalho DR. Acesso à fisioterapia de crianças e adolescentes com deficiência física em instituições públicas. Cien Saude Colet. 2020; 25(7):2859–70. DOI: 10.1590/1413-81232020257.12682018.

17. Souza DF de, Sá AMM, Peixoto IVP, Pereira EM da S, Sá PF de, Corrêa R de O, et al. A evolução do ensino em saúde no Brasil e a unidade de referência em reabilitação como cenário de prática acadêmica em terapia ocupacional: uma revisão narrativa. Res Soc Dev. 2022; 11(10):e271111032677. DOI: 10.33448/rsd-v11i10.32677.

18. Amaral JS, Oliveira RJR. Perfil dos usuários e adesão ao serviço de fisioterapia pediátrica de um hospital público da rede Ebserh: um estudo transversal [trabalho de conclusão de curso]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2024.

19. Marinho LL, Ferreira SRC, Contenças TS, Carnaúba FRN, Brugiolo ASS. Perfil epidemiológico de crianças e adolescentes atendidos na clínica escola de fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus Avançado de Governador Valadares. In: Ciência, cuidado e saúde: contextualizando saberes. Vol. 3. Goiânia: Editora Científica Digital; 2024. p. 98-121. DOI: 10.37885/240717179.

20. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Cien Saude Colet. 2010; 15(suppl 1):1627–36. DOI: 10.1590/S1413-81232010000700074.

21. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 1997; 39(4):214–23. DOI: 10.1111/j.1469-8749.1997.tb07414.x.

22. Palisano RJ, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston MH. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. Dev Med Child Neurol. 2008; 50(10):744–50. DOI: 10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x.

23. Hiratuka E, Matsukura TS, Pfeifer LI. Adaptação transcultural para o Brasil do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Braz J Phys Ther. 2010; 14(6):537–44. DOI: 10.1590/S1413-35552010000600013.

24. Jahnsen R, Aamodt G, Rosenbaum P. Gross Motor Function Classification System used in adults with cerebral palsy: agreement of self-reported versus professional rating. Dev Med Child Neurol. 2006; 48(09):734-8. DOI: 10.1017/S0012162206001575.

25. Eliasson AC, Krumlinde-Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM, et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. Dev Med Child Neurol. 2006; 48(07):549-54. DOI: 10.1017/S0012162206001162.

26. Carnahan KD, Arner M, Hägglund G. Association between gross motor function (GMFCS) and manual ability (MACS) in children with cerebral palsy. A population-based study of 359 children. BMC Musculoskelet Disord. 2007; 8:50. DOI: 10.1186/1471-2474-8-50.

27. Morris C, Kurinczuk JJ, Fitzpatrick R, Rosenbaum PL. Reliability of the Manual Ability Classification System for children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2006; 48(12):950-3. DOI: 10.1017/S001216220600209X.

28. Paul S, Nahar A, Bhagawati M, Kunwar AJ. A review on recent advances of cerebral palsy. Oxid Med Cell Longev. 2022; 2022:2622310. DOI: 10.1155/2022/2622310.

29. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy. JAMA Pediatr. 2017; 171(9):897-907. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.1689.

30. Universidade Federal de Juiz de Fora. HU-UFJF é referência no diagnóstico e tratamento de doenças raras [Internet]. Juiz de Fora: UFJF; 2025 [citado em 2026 mai. 23]. Disponível em: https://www2.ufjf.br/noticias/2025/02/27/hu-ufjf-e-referencia-no-diagnostico-e-tratamento-de-doencas-raras.

31. Leite HR, da Silva LC, Magalhães EDD, Jahan I, Badawi N, Khandaker G, et al. Epidemiology of cerebral palsy in Brazil through the lens of the International Classification of Functioning, Disability and Health framework. Dev Med Child Neurol. 2026; 68(7):990-1004. DOI: 10.1111/dmcn.70222.

32. Chagas PSC, Lemos AG, Ayupe KMA, Toledo AM, Camargos ACR, Longo E, et al. Functioning profile and related impairments of children and adolescents with cerebral palsy - PartiCipa Brazil preliminary results. BMC Pediatr. 2024; 24(1):719. DOI: 10.1186/s12887-024-05210-2.

33. Novak I, Jackman M, Finch-Edmondson M, Fahey M. Cerebral palsy. Lancet. 2025; 406(10499):174–88. DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00686-5.

34. Khandaker G, Muhit M, Karim T, Smithers Sheedy H, Novak I, Jones C, et al. Epidemiology of cerebral palsy in Bangladesh: a population□based surveillance study. Dev Med Child Neurol. 2019; 61(5):601–9. DOI: 10.1111/dmcn.14013.

35. McIntyre S, Goldsmith S, Webb A, Ehlinger V, Hollung SJ, McConnell K, et al. Global prevalence of cerebral palsy: A systematic analysis. Dev Med Child Neurol. 2022; 64(12):1494–506. DOI: 10.1111/dmcn.15346.

36. Jahan I, Muhit M, Hardianto D, Laryea F, Chhetri AB, Smithers□Sheedy H, et al. Epidemiology of cerebral palsy in low□ and middle□income countries: preliminary findings from an international multi□centre cerebral palsy register. Dev Med Child Neurol. 2021; 63(11):1327–36. DOI: 10.1111/dmcn.14926.

37. Declerck MHP, Jahan I, Lissone NPA, Walhain F, Chin A Fat R, Fleurkens M, et al. Hospital□based surveillance of children with cerebral palsy in Suriname: The Suriname cerebral palsy register. Dev Med Child Neurol. 2024; 66(11):1485–95. DOI: 10.1111/dmcn.15897.

38. Hekne L, Montgomery C, Johansen K. Early access to physiotherapy for infants with cerebral palsy: A retrospective chart review. PLoS One. 2021; 16(6):e0253846. DOI: 10.1371/journal.pone.0253846.

39. World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2003 2011 [citado em 2026 out. 5]. 198 p. Disponível em: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/121c6b73-8651-442f-9560-e3b1d9c8a75c/content.

40. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [Internet]. Brasília DF. 2023 [citado em 2026 ago. 7]; Seção 1:99. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366.

41. Furtado MAS, Ayupe KMA, Christovão IS, Sousa Junior RR, Rosenbaum P, Camargos ACR, Leite HR. Physical therapy in children with cerebral palsy in Brazil: a scoping review. Dev Med Child Neurol. 2022; 64(5):550-60. DOI: 10.1111/dmcn.15067.

42. Dan B, Rosenbaum P, Carr L, Gough M, Coughlan J, Nweke N. Updated description of cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2026; 68(4):465-76. DOI: 10.1111/dmcn.70149.

43. Martins GS, Alencar RC, Holanda K, Valduga R. Abordagem fisioterapêutica e perfil dos pacientes assistidos na unidade cirúrgica do pronto-socorro de um hospital terciário do Distrito Federal. Fisioter em Mov. 2022;35:e35136. DOI: 10.1590/fm.2022.35136.0.