

## **FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL NO NOVO MILÊNIO**

### **PARECER SOBRE A IMPORTÂNCIA DE CONSIDERAR TODOS OS DOMÍNIOS DA CIF PARA ORIENTAR AS BOAS PRÁTICAS NA ESPECIALIDADE.**

#### **CONTEXTUALIZANDO:**

Em seu primeiro relatório mundial sobre deficiência em 2011, a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmou que mais de 1 bilhão de pessoas em todo o mundo precisam ou podem se beneficiar de serviços de saúde para promover a sua qualidade de vida e bem-estar.<sup>1</sup>

As projeções atuais são que esses números estão aumentando com o envelhecimento da população global, aumento das taxas de sobrevivência infantil em todo o mundo, e o aumento da prevalência de pessoas de todas as idades sobrevivendo com doenças crônicas não transmissíveis, com a maioria das pessoas vivendo em situações de risco e vulnerabilidade social.<sup>2,3</sup>

Com base na crença de que o acesso aos cuidados de saúde é um direito, a conquista da Cobertura de Saúde Universal - realidade dentro da constituição brasileira desde 1988 - é uma das prioridades estratégicas atuais da OMS para o cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento (ODS) 3, que visa "garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos em todas as idades". p.2205<sup>4</sup>. Cabe ressaltar que o Brasil é um dos muitos países signatários dos ODS<sup>5</sup>.

O objetivo da Cobertura Universal de Saúde é que "todas as pessoas recebam serviços de saúde de qualidade que atenda às suas necessidades sem estar exposto a dificuldades financeiras no pagamento desses serviços."

Em fevereiro de 2017, a OMS acolheu a **Reabilitação 2030**: um apelo a ações para fortalecer o acesso à reabilitação através da sua inclusão nessa cobertura universal. O objetivo final é desenvolver um pacote de intervenções para reabilitação (PIR) recomendado para inclusão no sistema de saúde, reforçando o planejamento e os serviços de reabilitação a nível nacional, em todos os países, como descrito em mais detalhes em um artigo recente de Rauch et al, 2019.<sup>4,6</sup>

**Ora, podemos assim considerar que, se uma intervenção não melhorar a qualidade de vida, atividade ou participação, seja a curto ou longo prazo, para a pessoa com deficiência e/ou sua família, isso é justificável?**

Dessa maneira, tornou-se premente que fossem desenvolvidas novas formas de pensar e transformar o cuidado de pessoas com deficiência, não apenas focando em novas intervenções.

Os domínios da atividade humana foram propostos pela OMS em 2001 através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>7</sup>. A funcionalidade e a incapacidade são consideradas o resultado da interação entre uma condição de saúde e fatores pessoais e ambientais. O conceito de estado funcional e seu conceito irmão, o de deficiência, descrevem como os indivíduos interagem com seu ambiente e como a condição de saúde pode afetar diferentes atividades. O estado funcional, portanto, consiste em medidas e observações do nível de funcionalidade dos indivíduos,

sendo central para estimar as necessidades de intervenção, de serviços e o uso de recursos nos sistemas de saúde<sup>8</sup>

Portanto, a avaliação da funcionalidade é o ponto de partida de um processo de reabilitação orientado para o paciente e para seus objetivos. Dentro da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), os profissionais de saúde possuem pela primeira vez, um modelo mundialmente aceito que fornece uma linguagem universal para a descrição e classificação da funcionalidade humana<sup>9</sup>.

Os denominados Percursos de Cuidados Integrados (PIC) são tecnologias que formalizam o trabalho em equipa multidisciplinar e permitem aos profissionais examinar e abordar a forma como articulam os seus respetivos papéis, responsabilidades e atividades. Eles mapeiam a jornada de um paciente e visam ter: "as pessoas certas, fazendo as coisas certas, na ordem certa, na hora certa, no lugar certo, com o resultado certo"<sup>7</sup>. Certamente essa perspectiva se aplica a uma atuação interdisciplinar e intersetorial, quando envolve o cuidado integral a pessoa com deficiência.

Ora, a literatura reconhece que existe a necessidade do desenvolvimento de ferramentas apropriadas para a prática clínica, a partir desse modelo. Tais ferramentas baseadas na CIF, permitem associar tanto o modelo biopsicossocial como a classificação da CIF, e devem ser integradas em uma abordagem de resolução de problemas. As ferramentas desenvolvidas a partir da CIF, têm sido disponibilizadas para o uso nas diferentes etapas do Ciclo de Reabilitação das pessoas com deficiência<sup>10</sup>

Importante ressaltar que, essa Classificação enfatiza ainda que as pessoas podem sofrer limitações em sua participação e atividades, devido às barreiras ambientais em relação a uma condição de saúde.

**Portanto, é no mínimo inaceitável que uma recomendação de ajuste/modificação dos fatores contextuais (ambiental e pessoal) seja excluída de quaisquer diretrizes/guidelines, resoluções e ou normativas que envolvam funções/ mobilidade ou atividades relacionadas ao movimento.**

Em nosso mundo, casas, escolas, comunidades e áreas de lazer poderiam ser projetadas para serem muito mais acessíveis a todos, o que poderia reduzir significativamente os desafios físicos que as pessoas com deficiência enfrentam ao tentar melhorar a sua participação nas atividades diárias, no meio social, no mundo do trabalho e mesmo comunitário.

Dessa maneira, a compreensão de diversos autores, apresentadas na revisão sistemática de Damiano et al, 2021<sup>11</sup>, é de que, em todas as diretrizes disponíveis devam existir com um foco na atividade e participação para todas as especialidades<sup>12</sup>.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde - adotada em todo mundo - identifica participação como importante resultado da saúde. Participação é definida assim, como envolvimento direto em uma vida de participação, incluindo atividades de cuidados pessoais, mobilidade, relações sociais, educação, recreação e lazer, espiritualidade e vida comunitária<sup>13</sup>. Esses autores relatam que, crianças e jovens com deficiência se envolvem em atividades menos variadas do que crianças saudáveis<sup>13</sup>

No caso de crianças e jovens com deficiência, é importante notar a conexão entre as habilidades físicas e o engajamento social. A literatura aponta que, uma baixa performance de habilidades motoras tem sido associada a uma menor participação social. Estar participando ativamente de atividades físicas,

como esportes coletivos ou brincar com outros nos jogos, ou atividades esportivas, ajuda as crianças a formar relações de pares e experimentar um senso de autoestima e pertencimento a um grupo<sup>14</sup>. O modelo da CIF fornece um escopo de áreas de intervenção que podem aumentar a participação de crianças cujo bem-estar funcional esteja em risco. Intervenções que se concentram em múltiplos aspectos da participação da criança proporcionam a elas a oportunidade de continuar a se envolver em idade e desenvolvimento adequados, e, finalmente, pode servir para promover a saúde de uma maneira integral<sup>15,16</sup>.

Para além disso, desde 2006, a proposição da Estrutura Integrada para a Tomada de Decisão Clínica,<sup>17</sup> inovou o raciocínio clínico em fisioterapia neurofuncional por ser explicitamente centrado no paciente, combinando ambas as perspectivas de capacidade e incapacidade em saúde, com ênfase no papel da pessoa na sociedade. A estrutura foi baseada no conhecimento e no tempo em relação à plasticidade neural, sendo a aprendizagem motora um componente crítico da reabilitação assim como da análise de tarefas. Esta proposição tem sido utilizada nos últimos 15 anos para organizar currículos de programas acadêmicos selecionados de fisioterapia, para além disso tem sido usado especificamente para ensinar fisioterapia neurofuncional em programas de Fisioterapia e para cursos ministrados pela Academia Americana de Fisioterapia Neurológica.

Desde 2013, a Associação Americana de Fisioterapia (APTA) adotou uma nova visão para a profissão de fisioterapeuta, identificando o sistema de movimento humano como "objeto de estudo e núcleo de prática fisioterapêutica, educação e pesquisa em fisioterapia."<sup>18</sup> Na terceira edição do Guia do Fisioterapeuta – *guide to Physical Therapist Practice* - incorporaram a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Após essa incorporação no *guideline*, a APTA, através de força tarefa, reunião com acadêmicos, grupos de trabalho e reuniões específicas, avançou na definição e aplicação do raciocínio clínico, do sistema de movimento humana, e diagnóstico, dentre outros aspectos. Essas iniciativas têm focado na profissão de fisioterapeuta para definir abordagens específicas para o exame e gestão de problemas do sistema de movimento humano, como eles se relacionam com as limitações de atividade e restrições de participação para todos os indivíduos ao longo dos ciclos de vida. A importância de plano de cuidados para melhorar a capacidade do paciente para participar dos papéis da vida também entraram em foco nos documentos produzidos<sup>19</sup>.

Nota-se a partir da leitura desses documentos que, há uma necessidade crítica de uma tomada de decisão clínica unificadora na prática fisioterapêutica neurofuncional, para destacar nossa experiência como especialistas em movimento e melhorar a comunicação dentro e fora da profissão. Essa perspectiva, responde às mudanças nas evidências e na prática fisioterapêutica neurofuncional ocorridas nos últimos 15 anos em todo o mundo.

Esses documentos, tais como os produzidos por iniciativa da APTA, dentre outros, com proposições de abordagens para análise de tarefas e observação de movimento durante a realização de tarefas, são apresentados como um componente crítico de exame realizado pelo fisioterapeuta, que permite que déficits específicos no controle de movimentos sejam identificados. A base científica, apoiada nas melhores evidências, assim como o estudo do movimento, servem como base teórica conceitual. Uma integração entre a CIF e a ciência do movimento, permitem associar esses corpos distintos de conhecimento. O sistema de movimento humano é assim visto em uma perspectiva integral, a partir de uma revisão, avaliação e diagnóstico dos sistemas envolvidos nesse movimento.

À guisa de exemplo, se pensarmos em um paciente adulto, no momento do treino de marcha, como realizá-la sem pensar nas questões de equilíbrio e coordenação que envolvem propriocepção, gravicepção, visão, input vestibular, *endurance*, capacidade cardiorrespiratória, gerenciamento cognitivo para compreensão da atividade proposta, percepção temporo-espacial, orientação em direção a meta a ser alcançada, tomada de decisão, controle de atenção e recrutamento de força do paciente relacionados a distância, prováveis obstáculos, dentre outros aspectos?

Notamos assim nesse exemplo acima que, o comprometimento na marcha não é essencialmente uma disfunção apenas de um sistema corporal, como um sistema de órgãos ou o sistema musculoesquelético. Isso pode afetar a forma como um paciente interage com seus ambientes domésticos, sociais ou de trabalho e muitas vezes pode se apresentar como uma falta de capacidade para realizar alguma atividade. Portanto, entender como a deficiência afetará um indivíduo em particular - em uma perspectiva integral e ampliada - é importante porque ditará se e como a compensação será trabalhada <sup>20</sup>.

### **SOBRE A RESOLUÇÃO COFFITO 562/2022:**

#### **Histórico**

A necessidade de atualizar a Resolução que disciplina a especialidade de Fisioterapia Neurofuncional se deu pelo fato de a ABRAFIN não ter participado da construção da anterior e também porque a versão anterior estava desatualizada, não representando a abrangência e as responsabilidades da especialidade, o que dificulta a criação de políticas públicas e de metas de desenvolvimento.

Ao longo dos anos, a Fisioterapia Neurofuncional tem sido frequentemente confundida e reduzida às diversas técnicas e métodos utilizados na especialidade. Alguns destes, muitas vezes carecendo de evidência e inclusive de segurança. Diante disso, havia grande necessidade de um documento que mostrasse a especialidade para além dos métodos e técnicas, o que ajudaria sobremaneira nos casos de judicialização, cada vez mais frequentes. Além disso, o crescimento da especialidade requer uma parametrização e definição das atribuições, competências, abrangência e responsabilidades de forma a cada vez mais se ter a exata noção do que vêm a ser as boas práticas em Fisioterapia Neurofuncional, fornecendo ao sistema COFFITO-CREFITOs um subsídio para a fiscalização profissional.

### **SOBRE AS QUESTÕES A SEREM ELUCIDADAS:**

A publicação em D.O. da Resolução COFFITO 562/2022, entretanto, gerou diversas reações negativas entre alguns Terapeutas Ocupacionais, os quais alegaram que a normativa, supostamente, estaria tirando prerrogativas exclusivas da Terapia Ocupacional.

Abaixo estão elencados os principais pontos de divergência:

**Sobre o artigo 10, item I:**

*Art. 10. Nos domínios da atividade e participação, o Fisioterapeuta Neurofuncional, no âmbito de sua atuação:*

*I - planeja e prescreve as estratégias e abordagens fisioterapêuticas, que visam o controle do movimento e o aprendizado motor, buscando a melhor biomecânica e comportamento motor para execução do movimento, baseado na prática de tarefas para adaptação, readaptação, treinamento e orientação funcional dos clientes/pacientes/usuários para viabilizar, favorecer e facilitar as Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e Atividades de Vida Diária Esportiva;*

Há um entendimento entre alguns Terapeutas Ocupacionais (TOs) no Brasil, de que os fisioterapeutas deveriam atuar somente nos domínios de estrutura e função da CIF e que os TOs trabalhariam com o domínio de atividade e participação. Há, porém, dificuldade de objetivamente delimitar de que forma isso aconteceria na prática. A CIF foi criada pela OMS para ser utilizada de forma integral por todos os profissionais, sejam eles da área da saúde ou não.

Como poderia um fisioterapeuta eliminar a aplicação prática dos movimentos com que trabalha? Como trabalharia os movimentos sem direcioná-los a uma função específica? Considerando apenas as questões estéticas? Raciocinando unicamente com eixos e planos? Deveria treinar os movimentos da marcha, mas sem treinar a marcha propriamente dita?

Da mesma forma, como poderia um TO negar a importância da estrutura e função do treino da AVD? Como faria para utilizar e sistematizar uma atividade de forma a integrá-la no dia a dia em um paciente com um membro totalmente encurtado e/ou espástico? Não poderia ajustar sua postura? Não poderia nem ao menos alongar o membro de forma a colocá-lo na posição certa para a realização da atividade?

Como se vê, dissociar movimento e função no contexto da recuperação funcional pós lesão neurológica é impossível. Além disso, vai contra todos os avanços científicos conquistados tanto por fisioterapeutas como por terapeutas ocupacionais e outros pesquisadores, principalmente desde a década de 90, quando a neuroplasticidade foi mais profundamente estudada e compreendida.

Além disso, é importante ressaltar o conceito de AVD, um termo usado pela primeira vez por Sidney Katz em 1950<sup>22</sup> que descreve as habilidades fundamentais requeridas para que alguém tome conta de si mesmo de forma independente (comer, tomar banho e mobilidade)<sup>23</sup>.

Exemplos:

Subir e descer escadas/ Rolar na cama/ alcançar um objeto acima da cabeça/ pegar um objeto/ tomar banho/ alimentar-se/ transferir-se da cadeira de rodas para a cama, etc.

**DEFINIÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL SEGUNDO A WFOT:** *“Occupational therapy is a client-centered health profession concerned with **promoting health and well being through occupation**. The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement.*<sup>24</sup>



# ABRAFIN

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE  
FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL

CNPJ: 11.727.822/0001-95

Segundo o COFFITO, a definição de Terapia Ocupacional é: “Profissão nível superior voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, **através da sistematização e utilização da atividade humana** como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade.”<sup>25</sup>

Segundo a definição da WFOT, a Terapia Ocupacional está comprometida a promover saúde e bem-estar **através** da ocupação.

**A ATIVIDADE HUMANA É O OBJETO DE ESTUDO DA TERAPIA OCUPACIONAL, NÃO O SEU ATO PRIVATIVO.**

Da mesma forma, o movimento em todas as suas formas de expressão e potencialidades é o objeto de estudo da Fisioterapia.

**O MOVIMENTO HUMANO É O OBJETO DE ESTUDOS DA FISIOTERAPIA, NÃO O SEU ATO PRIVATIVO.**

Como seria se os fisioterapeutas tomassem para si, como ato privativo, o seu objeto de estudo, ou seja, o movimento humano? Nenhuma outra categoria profissional poderia trabalhar com o movimento?

Como seria se a fonoaudiologia tomasse para si, como ato privativo a comunicação humana? Ou que a psicologia definisse como ato privativo o comportamento humano e seus processos mentais?

Diversos profissionais, da saúde ou não, têm a realização de AVDs como objetivo (enfermeiros, ensinam pacientes com lesão medular a fazer cateterismo intermitente, fonoaudiólogos ensinam pacientes com disfagia a se alimentar, nutricionistas alteram a dieta dos pacientes, dentistas ensinam seus pacientes a escovar os dentes, instrutores de auto escola ensinam pessoas a dirigir, etc...).

**Somente o Terapeuta Ocupacional, porém, tem a atividade como instrumento de promoção de saúde.**

A atividade, portanto, não pode ser considerada um ato privativo do terapeuta ocupacional. As atividades humanas são extremamente complexas e variáveis dependendo do contexto e do ambiente, não podendo ser de responsabilidade exclusiva de uma única categoria profissional. O olhar das diversas categorias profissionais sobre a atividade humana adiciona qualidade à intervenção, já que a quantidade de aspectos físicos e mentais que podem interferir na realização da mesma é de tal forma abrangente que somente olhares diversificados podem compreender.

Há muitas formas de se trabalhar a atividade humana. Fisioterapeutas cuidam primordialmente dos aspectos físicos e biomecânicos que podem estar limitando ou impedindo a realização da atividade. Partindo disso, faz sentido que o treino de atividade seja utilizado para: 1) fortalecer o grupamento muscular envolvido na função; 2) ganhar a mobilidade necessária para a realização da função; 3) fortalecer as sinapses envolvidas naquela atividade; 4) ajustar a postura, impedindo movimentos desnecessários ou danosos durante a execução da atividade, etc...

A forma como o Terapeuta Ocupacional trabalha com a atividade é usando a própria função como meio de intervenção, cuidando de todos os detalhes, sistematizando, organizando o timing das ações envolvidas no processo e quando necessário, adaptando a atividade ou as ferramentas ligadas a ela.

Há, portanto, uma grande diferença entre a forma de trabalhar do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional no que diz respeito à atividade. Ambas indispensáveis ao bem estar dos pacientes. Não há invasão, sobreposição ou cerceamento de quem quer que seja.

**Sobre o item I do artigo 14:**

*Art. 14. É competência do Fisioterapeuta Neurofuncional, no que diz respeito à abrangência de sua intervenção terapêutica:*

*I - Utilizar recursos cinesioterapêuticos para adequação, manutenção ou ganho da força, flexibilidade, tônus, resistência e trofismo muscular, sensibilidade superficial e profunda, integração sensorial, percepção, cognição, coordenação motora, controle postural e equilíbrio corporal;*

Em outras palavras, a Resolução diz que o fisioterapeuta usa a cinesioterapia para adequar ou manter diversas propriedades inerentes ao movimento, inclusive a integração sensorial, que é a integração de diversos sistemas sensoriais que ocorre para possibilitar o movimento humano. O texto da Resolução não se refere a qualquer método ou técnica. Pelo contrário, a Resolução foi feita justamente para que os métodos e técnicas deixem de ser protagonistas quando se fala da especialidade.

**Exemplo de integração sensorial que ocorre durante o movimento humano:** Quando um fisioterapeuta utiliza pistas visuais para aumentar o tamanho do passo de um paciente parkinsoniano, ele está promovendo o recrutamento de vias do córtex visual que ajudam a acessar informações cognitivas relevantes ao movimento e podem atuar de forma coadjuvante com os movimentos da marcha. Isso é integrar uma informação sensorial para a melhor execução de um movimento. Da mesma forma o é considerar a forma e peso de um objeto para modular a força de preensão ou mesmo o uso de música para ditar o ritmo de uma atividade motora. Em fisioterapia vestibular, por exemplo, realiza-se supressão ou aumento do feedback sensorial, conforme a indicação. Essas são algumas das formas como o fisioterapeuta se utiliza da integração sensorial para a melhora do movimento.

Mesmo quando se está simplesmente treinando um movimento, ainda assim a integração sensorial está ocorrendo, já que o cerebelo precisa integrar as informações proprioceptivas e/ou vestibulares vindas da periferia comparando-as com a cópia eferente resultante do planejamento motor.

**O texto da Resolução não se refere a nenhum método ou técnica, pelo contrário, o objetivo primário desta normativa foi realmente se afastar de qualquer técnica e basear-se unicamente nos processos fisiológicos de diversas naturezas relacionados ao processo neuroplástico.**

**CONCLUSÃO:**

Isto posto, não se pode depreender, a partir do texto da Resolução, qualquer invasão ou cerceamento à prática de atos privativos da Terapia Ocupacional, uma vez que nem integração sensorial nem atividades da vida diária são seus atos privativos.

A normativa não estabelece nada de novo, apenas descreve de forma organizada, os processos envolvidos no exercício da especialidade de Fisioterapia Neurofuncional, estabelecendo as boas práticas pertinentes. Tais processos e práticas estão todos extensivamente descritos na literatura e vêm sendo, há mais de duas décadas, praticados pelos melhores serviços de Fisioterapia Neurofuncional do país.

#### REFERÊNCIAS:

1. World Health Organization. World Report on Disability. Available at: [www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en). Accessed February 2, 2021.
2. Kamenov K, Mills JA, Chatterji S, Cieza A. Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review. *Disabil Rehabil* 2019;41: 1227–37. [PubMed: 29303004]
3. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary health care and health for all—from consensus to complexity. *BMJ Glob Health* 2018;3(Suppl 3): e001188
4. Rauch A, Negrini S, Cieza A. Toward strengthening rehabilitation in health systems: methods used to develop a WHO package of rehabilitation interventions. *Arch Phys Med Rehabil* 2019;100: 2205–11. [PubMed: 31207218]
5. United Nation. (UN). The Sustainable Development Goals (SDGs), available on: <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
6. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl* 2007;109:8–14. [PubMed: 17370477]
7. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001
8. Newman-Griffis D, Fosler-Lussier E. Automated Coding of Under-Studied Medical Concept Domains: Linking Physical Activity Reports to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Front Digit Health*. 2021 Mar;3:620828. doi: 10.3389/fdgth.2021.620828. Epub 2021 Mar 10. PMID: ra33791684; PMCID: PMC8009547.
9. Correa CL, Liou T-H and Barrios M. ICF-based rehabilitation for neurological disease. (2022) *Front. Rehabil. Sci.* 3: 995070. doi: 10.3389/fresc.2022.995070
10. Rauch A, Cieza A, Stucki G. Como aplicar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para o manejo da reabilitação na prática clínica. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008 Set;44(3):329-42. PMID: 18762742.
11. Damiano DL, Longo E, Carolina de Campos A, Forssberg H, Rauch A. Systematic Review of Clinical Guidelines Related to Care of Individuals With Cerebral Palsy as Part of the World Health Organization Efforts to Develop a Global Package of Interventions for Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*. 2021 Set;102(9):1764-1774. DOI: 10.1016/j.apmr.2020.11.015. Epub 2021 13 Jan. PMID: 33453191; PMCID: PMC9619294.
12. Alexandra Rauch, Reuben Escorpizo, Daniel L. Riddle, Inge Eriks-Hoogland, Gerold Stucki, Alarcos Ciez; Using a Case Report of a Patient With Spinal Cord Injury to Illustrate the Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health During Multidisciplinary Patient Management. *Physical Therapy* Volume 90 Number 7: Available on: Downloaded from <https://academic.oup.com/ptj/article/90/7/1039/2737828> by guest on 24 February 2023.





# ABRAFIN

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE  
FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL

CNPJ: 11.727.822/0001-95

13. Bendixen et al.: Participation and quality of life in children with Duchenne muscular dystrophy using the International Classification of Functioning, Disability, and Health. Health and Quality of Life Outcomes 2012 10:43
14. Livesey D, Lum Mow M, Toshack T, Zheng Y: The relationship between motor performance and peer relations in 9- to 12-year-old children. Child Care Health Dev 2010, 37(4):581–588.
15. Forsyth R, Jarvis S: Participation in childhood. Child Care Health Dev 2002, 28:277–279
16. Varni JW: The PedsQL™. Measurement model for the pediatric quality of life inventory. Medical Care 1999, 37(2):126–139
17. Judith E. Deutsch, Kathleen M. Gill-Body, Margaret Schenkman. Updated Integrated Framework for Making Clinical Decisions Across the Lifespan and Health Condition. PTJ: Physical Therapy & Rehabilitation Journal | Physical Therapy, 2022;102:1–17 <https://doi.org/10.1093/ptj/pzab281> Advance access publication date January 5, 2022
18. House of Delegates APTA. Vision Statement for the Physical Therapy Profession. 2013. Accessed February 20, 2020. <http://www.apta.org/Vision/>.
19. American Physical Therapy Association (APTA). Guide to Physical Therapist Practice. 3rd ed. 2014. Accessed February 20, 2020. <https://guidelines.apta.org/>.
20. Scura D, Piazza VM. Disability Evaluation . In: StatPearls [Internet] : StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 34033360.
21. Mehrholz J, Pohl M, Platz T, Kugler J, Elsner B. Electromechanical and robot-assisted arm training for improving activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Sep 3;9(9):CD006876. doi: 10.1002/14651858.CD006876.pub5. PMID: 30175845; PMCID: PMC6513114.
22. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc. 1983 Dec;31(12):721-7.
23. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, et al. Activities of Daily Living. [Updated 2022 Nov 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.
24. World Federation of Occupational Therapy; disponível em: <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>; 2012.
25. BRASIL, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Definição de Terapia Ocupacional; disponível em: [ps://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=3382](ps://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382)

Dr<sup>a</sup> Miriam Ribeiro Calheiros de Sá  
Presidente da ABRAFIN

Dr<sup>a</sup> Solange Canavarro Ferreira  
Diretora Secretária da ABRAFIN