



CADERNO DE BOAS PRÁTICAS

Fisioterapia na Atenção Domiciliar



COFFITO

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Elaboração, distribuição e informações:

COFFITO

Supervisão geral:

Fernando Mauro Muniz
Louise Aline Romão Gondim
Tarcísio Nema de Aquino

Elaboração Geral pelo Grupo de Trabalho em Fisioterapia em Atenção Domiciliar:

Fernando Mauro Muniz
Gabriel Murilo de Sousa Arruda
Louise Aline Romão Gondim
Marisa Patarello de Oliveira Mendonça
Tarcísio Nema de Aquino
Wagner Gomes Bezerra

Citação:

Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional [COFFITO]. Grupo de Trabalho em Fisioterapia na Atenção Domiciliar. Caderno de Boas Práticas em Fisioterapia na Atenção Domiciliar. Brasília: COFFITO, 2024

2024 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO

Sobre o Grupo de Trabalho em Fisioterapia na Atenção Domiciliar

Integrante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), o Grupo de Trabalho em Fisioterapia na Atenção Domiciliar (GTFAD) tem como função primordial a promoção do uso de evidências para informar a tomada de decisão e a formulação de condutas fisioterapêuticas em ambiente domiciliar por meio da elaboração de fluxos e repositórios de informações baseados em evidência sobre a fisioterapia no âmbito domiciliar (público e privado).



COFFITO
CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

ÍNDICE

1	Introdução	4
2	Atenção Domiciliar	6
	2.1 Atenção Domiciliar – Residência e Domicílio	9
	2.2 Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar	10
	2.3 Atenção Domiciliar na Saúde Pública	13
3	Intersectorialidade	16
	3.1 Tipos de sistemas de saúde no Brasil	16
	3.2 Intersectorialidade na Fisioterapia em ambiente domiciliar: Conceito e Importância	18
	3.3 Colaboração Interprofissional no Ambiente Privado Suplementar	19
	3.4 Integração da Fisioterapia em ambiente domiciliar no Sistema Único de Saúde	21
	3.5 Pontos importantes na intersectorialidade	21
4	Fisioterapia em Ambiente Domiciliar	23
5	Atribuições do Fisioterapeuta em Ambiente Domiciliar	29
	5.1 Plano de Cuidados em domicílio	30
	5.2 Atuação no domicílio junto a familiares/cuidadores	37
	5.3 Desfecho, Alta e/ou transição do cuidado	38
6	Gestão em Fisioterapia em ambiente domiciliar	40
	6.1 Indicadores em Fisioterapia em ambiente domiciliar utilizando a CBDF	43
7	Considerações finais	46

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) será o principal ponto de atenção à saúde nos próximos anos. E a causa desta afirmação se deve ao envelhecimento da população e à consequente elevação da incidência das doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que a demanda desses cuidados será muito maior aos leitos hospitalares disponíveis.

No entanto, para que este cuidado seja efetivo em seu caráter assistencial e sustentável, não somente em relação à economia, mas também aos recursos humanos, é necessário evoluir o entendimento da complexidade do perfil do paciente, do ambiente em que ele vive em uma visão histórica e multidimensional.

Neste contexto, compreende-se que a AD em saúde é uma prática mundial, executada desde a antiguidade e praticada por profissionais com o intuito de tratamento, conforto, cuidados em geral, de caráter profissionalizante, ou não. No último século, essa prática foi ampliada e estruturada em vários países, inclusive no Brasil, principalmente a partir da década de 1990.¹

Tal ampliação, tanto no setor público quanto suplementar, deve-se não somente a fatores relacionados à otimização do uso dos leitos hospitalares, mas também ao seu potencial humanizado e com a capacidade de individualizar o cuidado, uma vez que, em domicílio, a equipe de saúde pode observar os fatores que interferem diretamente, tanto positiva quanto negativamente, na condição de saúde do indivíduo.

Isso permite uma visão mais acurada, para muito além da doença, mostrando todo um contexto físico e familiar de potencial na reabilitação e/ou finitude. Tal percepção possibilita à equipe de saúde intervenções mais efetivas, inclusive na busca de soluções em outros setores quando necessário, para propiciar maior qualidade de vida e, conseqüentemente, um cuidado ampliado e mais adequado.¹

Ademais, outro fator importante com relação à AD é a sua plasticidade, ou seja, a capacidade de se moldar aos mais diversos contextos epidemiológicos com respostas efetivas aos seus desafios. Conseqüentemente, a caracteriza como modalidade disponível à singularidade multidimensional.²

Embora esteja em constante evolução e adaptação, a AD enfrenta desafios em relação à posição qualificada nas especificidades da área da Fisioterapia. Por conseguinte, para que se entenda toda essa evolução, é necessário o conhecimento, desde sua origem até os desafios que enfrenta, passando por toda a evolução, ao considerar a transição do perfil epidemiológico, essencialmente com o envelhecimento da população.

Desse modo, torna-se importante deter conhecimento específico à condição clínico funcional do indivíduo não somente ao utilizar métodos baseados em evidência para avaliação e interpretação dos resultados, mas também na elaboração de indicadores. Esse conjunto é importante para determinar a classificação funcional do indivíduo e do atendimento domiciliar, permitindo, por sua vez, que o mesmo possa ser assistido com qualidade e, ao mesmo tempo, proporcionar ao fisioterapeuta a segurança de referenciá-lo às outras áreas da saúde, sejam elas ambulatoriais ou especializadas.

Neste contexto, este caderno traz conceitos sobre a AD com um propósito, inicialmente, multiprofissional, porém com o direcionamento para a Fisioterapia na área Domiciliar (FD), considerando as atribuições específicas a esta categoria profissional, bem como a recomendação de recursos para avaliação funcional neste ambiente de assistência.

Logo, ao final da leitura deste material, o fisioterapeuta estará apto a compreender seu papel na AD; conhecer ferramentas para a gestão de indicadores assistenciais; e a importância que esta modalidade de atuação se encontra na área da saúde.

2. ATENÇÃO DOMICILIAR

Como já visto, a Atenção Domiciliar (AD) em saúde é uma prática mundial, praticada desde a antiguidade. No último século, essa prática foi ampliada e estruturada em vários países, inclusive no Brasil, principalmente a partir da década de 1990.¹ Atualmente, de caráter profissionalizante ou não, tem como intuito o tratamento, conforto e cuidados em geral nos mais diversos contextos assistenciais.

Entretanto, visualizando o contexto histórico, a industrialização, inovação da tecnologia, mesmo que progressiva, além do crescimento do consumo de alimentos processados, fez com que, após os anos de 1980, o perfil das internações hospitalares sofresse uma mudança radical.

Ou seja, inovações diagnósticas, preventivas e curativas ao longo das décadas, alteraram o perfil das internações infectocontagiosas para internações comumente caracterizadas por doenças crônicas não transmissíveis; além da elevação de incidência de causas externas, como traumas e acidentes, por exemplo; bem como internações no contexto materno-neonatal; e internação pediátrica, principalmente por afecções respiratórias, parasitárias e deficiências congênitas.

Porém, em direção contrária aos benefícios das inovações terapêuticas, que alteraram o perfil das internações hospitalares e mudanças no perfil epidemiológico devido ao envelhecimento populacional,³ por consequência do aumento das doenças crônicas, uma nova preocupação surgiu: a consequente perda funcional dos pacientes decorrente de internação prolongada. A utilização de sedação e ventilação mecânica (VM), de modo prolongado, proporcionou o surgimento de síndromes como a Fraqueza Adquirida em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), conhecida por FAUTI, além de disfunções e/ou condições clínicas como fraqueza muscular respiratória, sarcopenia, dinapenia, alterações cognitivas, e alterações sensório-motoras.^{4,5}

Desse modo, ao se perceber que tal déficit funcional oriundo do ambiente hospitalar poderia prejudicar não somente a qualidade de vida do paciente, mas também sobrecarregar a atenção especializada com a alta demanda e permanência hospitalar, a Atenção Domiciliar (AD) passou a protagonizar um cenário desafiador ao “desospitalizar” o paciente estável, mas com demandas específicas, que, por sua vez, passaria a receber todos os cuidados recebidos no ambiente hospitalar, em ambiente domiciliar.

Neste contexto, os leitos domiciliares que passaram a complementar os leitos hospitalares também passaram a integrar, desse modo, a Atenção Especializada. Assim, o perfil do profissional em AD passou por um aperfeiçoamento decorrente dessa transição específica de cuidados, também pela diferença do ambiente controlado hospitalar para o ambiente não-controlado domiciliar ou controlado domiciliar em ILPIs (Instituições de Longa Permanência para Idosos).

Em consequência, o profissional apresentou a necessidade de possuir atribuições específicas, a apresentar uma série de competências que – embora nem sempre sejam exclusivas desta área de atuação – se apresentam como necessárias e, no contexto atual em saúde, não podem ser apreendidas em um único curso de graduação da área, nem em uma especialidade. ⁶

Assim, essa realidade demanda conhecimentos e habilidades que derivam de espaços tão diversos quanto a Atenção Primária à Saúde (APS), a psicologia, a reabilitação ou aos âmbitos intensivista, paliativista e hospitalar; requerendo, portanto, formação específica e direcionada para o campo e para a área.¹

Tal formação exige ações de prevenção e promoção baseadas nas evidências científicas, bem como ações de tratamento, controle ou cura, reabilitação e cuidados paliativos em todos os setores de atuação, como no setor público ou suplementar.¹

Quanto às especificidades da AD no contexto da fisioterapia domiciliar, os avanços observados são dimensionados na evolução técnico-científica, na maior abrangência nos três âmbitos de atenção (primária, secundária e terciária), nas normativas legislativas - profissional (COFFITO) e governamental (Órgãos regulamentadores, públicos e privados) - e, sobretudo, nos desfechos frente à saúde funcional da população e, por indução, frente economia sustentável dos sistemas de saúde, como importante e necessário efeito da relação custo-efetividade. Fato que poderá ser melhor evidenciado em futuras observações epidemiológicas, com a progressão dos processos de atenção fisioterapêutica no ensino, na gestão e na assistência, a partir de indicadores epidemiológicos gerais e específicos.

Torna-se importante ressaltar que, durante a pandemia de SARS-CoV-19, os serviços de AD (público e suplementar) tiveram um papel fundamental, agilizando as altas hospitalares e realizando o acompanhamento desses pacientes em domicílio, otimizando com isso a utilização dos leitos hospitalares.⁷

Logo, ao observar a necessidade da demanda da AD em um momento pandêmico, conclui-se que não é necessário potencializar esta modalidade de atenção somente nesses momentos, mas utilizá-la como recurso e ferramenta dentro de um cuidado de saúde sustentável e efetivo em todos os sistemas, sejam públicos ou privados.

2.1 Atenção Domiciliar – Residência e Domicílio

Antes do contexto em relação à atenção domiciliar na Saúde suplementar e pública, torna-se importante compreender os conceitos de residência e domicílio, uma vez que por ser um país continental, o Brasil apresenta diversas culturas que se refletem no território, nos modos de vida e, conseqüentemente, no modo em que se fixam.

Pode-se entender que residência ou domicílio é o local onde a pessoa mora com intuito ou necessidade permanente. Diferente das moradas provisórias, como os casos de hotéis ou até mesmo abrigos, a residência exige o intuito de permanência.² Neste contexto, todo local de residência permanente, seja uma oca, uma casa, apartamento, barracas em assentamentos, instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e abrigos correspondem a seara da assistência domiciliar.

Embora estabelecer-se em hotéis seja considerado transitório, é considerada também assistência domiciliar nestes locais.

No entanto, para pacientes de média a alta complexidades, exige-se a presença de cuidador e ambiente adequado em relação à infraestrutura para o mínimo suporte de vida. A parceria entre fisioterapeutas e serviço social se faz imprescindível neste contexto.

Assim, o paciente pode ser assistido em seu domicílio, seja qual for dentro da saúde suplementar e pública.

2.2 Atenção Domiciliar na Saúde Suplementar

Na década de 1990, as empresas privadas começam a profissionalizar os cuidados com modelo de gestão e segurança estimuladas pelas operadoras de planos de saúde, que enxergam a possibilidade de otimização de leitos e a garantia da assistência em domicílio, com isso garantindo uma relação de custo benefício onde o paciente não fique exposto a reinfecções e compartilhando dos cuidados com a família, proporcionando humanização e qualidade de vida.⁸

Os processos de melhoria contínua e amadurecimento proporcionaram progressos da modalidade de AD, reforçando benefícios à prática como: segurança assistencial, racionalização de recursos, redução de custos, experiência e satisfação dos usuários. Assim, com tais benefícios e, mesmo não contando com a regulamentação da Agência Nacional de Saúde (ANS), a AD de maneira contínua, foi autorizada pelas operadoras de planos de saúde com sua prática crescente, diversificada e respeitada no sistema nacional de saúde.

Dito isso, desde o início dos anos 1990, houve um crescimento significativo dos serviços de atendimento domiciliar credenciados, apesar de a atenção domiciliar não ser regulamentada pela ANS e não estar incluída no rol de coberturas obrigatórias oferecidas pelas operadoras de planos de saúde. No entanto, a assistência domiciliar foi autorizada para os beneficiários, seguindo critérios de elegibilidade estabelecidos pelo Score Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD) e pela Tabela de Avaliação da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (Tabela ABEMID).

E, neste contexto histórico, a criação da Associação Brasileira de Empresas de Fisioterapia Domiciliar (ABRASFID), em 2014, passou a consolidar a importância das

boas práticas das equipes multiprofissionais, da valorização da Fisioterapia e da saúde suplementar, desde a operadora até o usuário, proporcionando mais segurança com o cuidado.⁹

Concomitantemente, em 2016, publicou-se a primeira resolução (474) do COFFITO (Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional) sobre a Fisioterapia Domiciliar e a especificidade da Atenção Domiciliar, que representou um grande avanço na atuação do profissional.¹⁰

Em 2021, o COFFITO, por meio da Portaria 579, instituiu o Grupo de Trabalho sobre Atenção Domiciliar que, por sua vez, dentre os projetos atuais, contribuiu com a atualização da resolução nº 474, de 20, de dezembro de 2016 para a resolução nº 565, de 09 de dezembro de 2022;¹¹ e com os volumes I e II da Cartilha do Fisioterapeuta Domiciliar.^{12,13}

Em relação à regulamentação, o funcionamento dos serviços de AD, em todo o território nacional, segue desde 2006 com a RDC n. 11 da ANVISA, que especifica e conceitua as modalidades que compõem seu escopo geral: internação, assistência, visita e atendimento pré-hospitalar.¹⁴ Na tabela 01, encontram-se as principais normas vigentes que norteiam a saúde suplementar no âmbito da AD.

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE SUPLEMENTAR

Lei	Órgão	Definição
Resolução nº 1.668/2003	CFM	Dispõe sobre normas e técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência
Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006	ANVISA	Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar
Parecer nº 04/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016	ANS	Destaca-se que, na saúde suplementar, a atenção ou assistência domiciliar (<i>Home Care</i>) pode ser oferecida pelas operadoras como alternativa à internação hospitalar. A operadora não pode suspender uma internação domiciliar pelo simples pedido de <i>Home Care</i> .
RDC nº 502, de 27 de maio de 2021	ANVISA	Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial.
Parecer Técnico CREFITO 2 nº 08, de 31 de maio de 2021	CREFITO 2	Atuação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional nas Instituições de Longa Permanência de Idosos no estado do Rio de Janeiro.
Resolução nº 565, de 9 de dezembro de 2022	COFFITO	Normatiza a atuação do fisioterapeuta e da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar.

Elaborado pelos autores (2024)

2.3 Atenção Domiciliar na Saúde Pública

Mundialmente, a AD precede o surgimento dos hospitais, sendo que foi no período após as duas grandes guerras mundiais, contudo, que o movimento do cuidado terapêutico domiciliar avançou. Desde as casas de caridade, no século XVI, passando pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920 e pelo Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho, em 1949; até a década de 1960, que os serviços de atenção domiciliar (SAD) se tornaram sistematizados, no Brasil.¹⁵

Com o surgimento do SUS, em 1988, e a aposta na Atenção Primária à Saúde (APS) como grande porta de entrada do sistema, houve um expressivo aumento de cobertura assistencial por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), depois denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Tal cobertura não se deu apenas pelo atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), incluiu também a possibilidade de fazer visitas domiciliares àqueles acamados ou restritos ao lar, em seu território de abrangência.¹⁵

Oportunamente a ESF, denominada também como Programa de Saúde da Família Dentro de Casa, torna-se fundamental para reedificar a AD como elemento primordial na atenção à saúde, com fundamentos baseados no âmbito domiciliar e comunitário, melhorando a qualidade de vida dos usuários e a organização e reorganização dos sistemas de saúde.¹⁶

Nesse período, os serviços específicos de AD começam a ser incrementados seguindo a lógica de otimização do uso do leito hospitalar. Alguns municípios brasileiros, mais bem organizados na oferta de serviços públicos de saúde, formaram equipes multidisciplinares voltadas aos cuidados domiciliares, ao passo que no setor privado houve a expansão de empresas prestadoras dessa modalidade de cuidados em saúde.^{15,16}

Assim, na década de 1990, cresceram propostas de AD no país, com a criação de programas e serviços em diferentes instituições e regiões, a maior parte delas ligadas a hospitais e voltadas à desospitalização.

Nos anos 2000, no Brasil, diversos municípios começaram a se organizar, assim como empresas privadas, para prover cuidado domiciliar a uma população crescente de idosos e outras pessoas com doenças crônicas agudizadas estabilizadas, para a qual o hospital já não representava o local mais indicado para o cuidado. Assim, ao fim da década de 2000, existiam várias experiências de AD públicas em curso, com diversos projetos tecnoassistenciais e que aconteciam por iniciativa das gestões municipais e de estabelecimentos hospitalares nos três níveis de governo.¹⁷

Por conseguinte, em 2011, foi criada a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), no Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, que ficaria responsável pela coordenação técnica, administrativa e política relacionada à AD junto aos gestores municipais e estaduais. Porém, com a expansão dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (agora CGADOM) foi transferida para o Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU), visando fortalecer a presença do SAD como porta de saída qualificada e resolutiva para esses equipamentos da RAS.

Inicialmente, o perfil dos pacientes atendidos por esses serviços relacionava-se à condição de estarem restritos ao leito e/ou domicílio, portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, idosos com dificuldades especiais, incapacidade funcional provisória ou permanente e portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos, dependentes de atendimento de uma equipe multiprofissional de média complexidade.¹⁸

Com a implementação das portarias ministeriais, o avanço e o reconhecimento das potencialidades desses serviços ampliaram o escopo dos SAD, com a inclusão de usuários com quadros agudos e crônicos agudizados, e dependências de maior complexidade de cuidados, haja vista a densidade tecnológica, requerendo-se o aporte de equipamentos específicos para o atendimento, como para a ventilação mecânica e outros procedimentos mais invasivos, como alimentação parenteral, por exemplo.¹⁹

Vale ressaltar que a APS também atua na AD, promovendo a saúde ao assistir pessoas em boas condições clínicas e funcionais. Desse modo, fica evidente a importância da Fisioterapia em AD, uma vez que se caracteriza por ser uma profissão de primeiro contato e que é estritamente responsável por resgatar ou manter a funcionalidade do usuário em um aspecto multidimensional. Entretanto, é importante frisar que a AD, dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), também é realizada pela APS, com o intuito de promoção de saúde e prevenção de morbidades.

Por fim, além da assistência qualificada, muitos gestores de programas públicos são fisioterapeutas, o que pode proporcionar um processo de assistência na transição do cuidado com um olhar mais funcional, garantindo uma melhor qualidade de vida ao usuário e, conseqüentemente, aos processos da AD dentro da RAS.

3. INTERSETORIALIDADE

A fisioterapia em ambiente domiciliar desempenha um papel crucial na promoção da saúde e na reabilitação de pacientes em seu ambiente familiar. No entanto, para garantir uma abordagem abrangente e eficaz, é fundamental reconhecer a importância da intersectorialidade, ou seja, da colaboração entre diferentes profissionais da área da saúde, uma vez que o termo reabilitação é caracterizado pela multidisciplinaridade e multiprofissionalidade.¹¹

Este capítulo explora a interação entre a fisioterapia em ambiente domiciliar e outros profissionais de saúde, tanto no âmbito suplementar e privado quanto no Sistema Único de Saúde (SUS), destacando a importância da cooperação interprofissional para melhorar a qualidade de vida do paciente.²⁰

3.1 Tipos de sistemas de saúde no Brasil

A Constituição Federal dispõe que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Desse modo, a saúde complementar diz respeito à atuação da iniciativa privada na área da saúde pública, ou seja, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, nos termos do art. 199, §1º, da CF/1988. O Estado utiliza da iniciativa privada para aumentar e complementar a sua atuação em benefício público, denominando-se assim a saúde complementar.²¹

Assim, a saúde suplementar é caracterizada pelo conjunto de ações e serviços desenvolvidos por operadoras de planos e seguros privados de assistência médica à saúde e que não têm vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS).²² Por meio da lei 9.961/2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para regulamentar, criar e implementar normas, controlar e fiscalizar as atividades do segmento.²³

Por conseguinte, o sistema de saúde brasileiro tem cobertura universal do sistema público e livre atuação da iniciativa privada. Os planos de saúde fornecem assistência à saúde de forma suplementar, de modo que o cidadão não perca o direito de ser atendido pelo SUS ao contar com a cobertura do plano privado, permitindo que os sistemas interagem, o que pode se denominar de saúde complementar.²³

Em 1990, o SUS, que representa a saúde pública, foi regulamentado através da Lei nº 8.080,²⁴ a qual define o modelo operacional, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. No art. 3º, reafirma-se o conceito amplo de saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990a).

O SUS possui princípios correspondidos pela universalização, equidade e integralidade. Assim, todos têm direito à saúde em todo o ponto RAS, que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.²⁵

A AD, no setor público, é regulamentada tanto no setor da Atenção Primária quanto na Atenção Especializada. O paciente, durante sua linha de cuidado, pode ser assistido por fisioterapeutas que integram SAD. Esses serviços têm normativas específicas na transição do cuidado. A APS é representada por fisioterapeutas que atuam na promoção de saúde e que integram equipes como as e-Multi,²⁶ enquanto pacientes que precisam de atenção mais complexa, são assistidos pelo Programa Melhor em Casa.²⁷

Com tais definições, a AD pode ser contemplada em todos esses setores (suplementar, público e complementar). Logo, torna-se importante a compreensão do fisioterapeuta domiciliar sobre o setor em que atua e como pode articular suas referências e contrarreferências na linha de cuidado de seu paciente.¹¹

3.2 Intersetorialidade na Fisioterapia em ambiente domiciliar: Conceito e Importância

A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno.²⁰

No contexto da Fisioterapia em ambiente domiciliar, a intersetorialidade permite uma abordagem multidisciplinar, considerando as necessidades específicas do paciente em seu ambiente domiciliar e promovendo uma maior eficácia no tratamento e na reabilitação.

Como a Fisioterapia pode atuar em áreas de saúde distintas, como visto neste capítulo, percebe-se a importância de elaborar estratégias e acordos multiprofissionais para o cuidado da pessoa.¹¹ Por se tratar de áreas distintas, considera-se que as relações entre as equipes multiprofissionais podem ser diferentes comparando o setor público do privado, porém, sempre com os mesmos objetivos.

E as relações entre a equipe multiprofissional não se limitam a categorias profissionais. O fisioterapeuta que atua em domicílio pode e deve formalizar acordos com outros fisioterapeutas, que possam complementar o cuidado do paciente a depender de determinada especialidade, bem como promover a transição do cuidado, ao avaliar ganho funcional que permita que o paciente possa continuar sua assistência com outros profissionais, em outros setores.¹¹

Neste íterim, pode-se compreender a relação da fisioterapia em ambiente domiciliar com os setores, neste aspecto, de acordo com a relação interprofissional nestes ambientes.

3.3 Colaboração Interprofissional no Ambiente Privado Suplementar

Entende-se por saúde suplementar as ações e serviços privados prestados por meio de planos de saúde. Trata-se da prestação de serviço exclusivamente na esfera privada.²¹ Em ambientes suplementares, a Fisioterapia em ambiente domiciliar, muitas vezes, faz parte de equipes multidisciplinares, que podem incluir médicos, enfermeiros,

terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, entre outros profissionais de saúde.

Existem instituições suplementares em que grande parte desses profissionais encontram-se atuando no mesmo ambiente, o que facilita o percurso do cuidado do paciente neste setor. As referências podem se complementar de um profissional a outro de acordo com a necessidade, reduzindo o tempo de consultas e assistência destes pacientes.

Muitas vezes, o fisioterapeuta pode não contar com outro profissional na instituição complementar em que trabalha. Isso torna importante a capacidade de gestão em relação ao processo de trabalho, como parcerias com outras instituições e com o sistema público.

Já no setor privado, ou seja, o fisioterapeuta que atua de modo autônomo, a relação interprofissional, a intersetorialidade tornam-se mais complexa, uma vez que o profissional deve apresentar conhecimentos específicos em gestão pessoal e profissional ao estabelecer vínculos de referência multiprofissional. Isto se torna importante, pois a visão de assistência ao paciente deve ser sempre multidimensional. Nenhuma profissão atua isoladamente. Neste setor, o fisioterapeuta pode estabelecer contatos de referência e contrarreferências com profissionais de convênios, autônomos e inclusive do setor público, complementando o cuidado.

3.4 Integração da Fisioterapia em ambiente domiciliar no Sistema Único de Saúde

No SUS, a fisioterapia domiciliar integra a grande maioria das políticas públicas em relação à AD, mesmo com grandes desafios em relação à logística, território e custos. É evidente, porém, as oportunidades para a integração da fisioterapia domiciliar em equipes de atenção primária e em programas de atenção domiciliar.^{26, 27}

A intersectorialidade no SUS requer uma abordagem baseada na RAS, envolvendo não apenas profissionais de saúde, mas também assistentes sociais, cuidadores e outros membros da comunidade. Essa colaboração é fundamental para superar as barreiras de acesso e garantir a continuidade do cuidado.

Do mesmo modo que a saúde suplementar pode ser complementada pelo SUS, muitas vezes há parcerias entre o setor público e suplementar para a manutenção do tratamento e condução terapêutica. O fisioterapeuta que trabalha no setor público, em AD, tanto na APS, quanto na especializada, deve deter conhecimento sobre a RAS e da dinâmica que o ambiente não controlado do domicílio proporciona, para identificar demandas específicas para a referência multiprofissional.

3.5 Pontos importantes na intersectorialidade

Para a efetividade e comunicação assertiva entre os profissionais envolvidos no cuidado do paciente, é importante destacar alguns pontos:

Prontuário domiciliar: O COFFITO, por meio da resolução 565, de 9 de dezembro de 2022, determina que todas as ações concernentes à AD de Fisioterapia devem ser registradas em prontuário a ser mantido no domicílio do paciente, sob os seus cuidados ou da família.¹¹ O prontuário informa toda a condição clínica e funcional do paciente, bem como intervenções e intercorrências.

Telessaúde: Tanto o COFFITO quanto o Ministério da Saúde orientam e regulamentam a utilização da telessaúde em ambiente domiciliar.^{11,26,27} Tal ferramenta torna-se essencial não somente à assistência e monitoramento, mas também à relação multiprofissional como segundas opiniões e matriciamento. Importante ressaltar que a utilização da telessaúde também deve ser registrada em prontuário domiciliar e respeitar os critérios como a privacidade do paciente, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).²⁸

Transição do cuidado: O conhecimento e participação efetiva dos processos de alta qualificada (desospitalização/"desupalização") assim como a referência do paciente para outros profissionais e/ou setores são essenciais. Recomenda-se, por meio das legislações vigentes, encaminhar o paciente após a alta domiciliar, assim como encaminhar para continuidade do cuidado sempre que necessário, para outras modalidades de assistência fisioterapêutica e para outros pontos de atenção à saúde.^{11,27}

4. FISIOTERAPIA EM AMBIENTE DOMICILIAR

A fisioterapia teve sua origem mundialmente no final do século XIX, voltada para o tratamento de pessoas com alterações físico-funcionais em fases tardias dos agravos à saúde. No Brasil, a profissão se desenvolveu na primeira metade do século XX, em um contexto de altos índices de acidentes de trabalho e na necessidade de atenção ao contingente de indivíduos com sequelas da poliomielite, enfatizando a atuação reabilitadora que se desenvolvia mundialmente.^{29,30}

Em 1969, a profissão foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938, sob a influência de uma concepção em que a “pós-doença” fosse pré-requisito para a intervenção da fisioterapia.^{31,32} Nos anos seguintes, até o final do século XX, enquanto o país passava por um redirecionamento do sistema de saúde com base na universalidade e no fortalecimento da APS, a fisioterapia teve como preocupação central a asserção que garantisse a ocupação do seu espaço no cenário da saúde brasileira, fortalecendo um campo específico de trabalho e permanecendo até os dias atuais com as mesmas regulamentações legais daquela época.³²

Considera-se que a fisioterapia, enquanto profissão, apresentou desfechos positivos em inúmeros momentos e contextos históricos. Recentemente um novo marco no protagonismo da profissão com grande evidência da atuação e resultados foi a pandemia da Covid-19, na qual a atuação do fisioterapeuta obteve grande destaque.

A fisioterapia era voltada apenas para recuperação (reabilitação em um contexto multiprofissional), mas essa tendência vem sofrendo mudanças com as necessidades em saúde, em especial na atuação na prevenção de doenças, deficiências e incapacidades, assim como no tratamento de doenças, podendo atenuar diversas patologias, diminuindo o tempo de internação hospitalar e tratamento.^{33,34}

A atuação da fisioterapia, neste âmbito, caracteriza um olhar sistemático para a AD, desde a APS até a Atenção Especializada. No entanto, mesmo que as atribuições do fisioterapeuta, em todos os níveis de atenção, estejam bem definidas, no âmbito da AD existe uma intersecção de atribuições relacionadas à promoção da saúde, passando pela reabilitação em domicílio, assistência a pacientes com maior complexidade, ou seja, com grande déficit funcional e maior utilização de densidade tecnológica.

A atuação também é diversificada, e conta com especializações reconhecidas pelo COFFITO: Acupuntura; Aquática; Cardiovascular; Dermatofuncional; Esportiva; Gerontologia; Trabalho; Neurofuncional; Oncologia; Reumatologia; Respiratória; Traumato-Ortopédica; Osteopatia; Quiropraxia; Saúde da Mulher; e em Terapia Intensiva.³⁵

Embora as especializações estejam bem definidas, alguns cenários de cuidados (ou áreas de atuação) pelo fisioterapeuta podem ser caracterizados por terapia intensiva – cardiorrespiratório, cuidados paliativos/oncologia, saúde da criança, saúde do idoso, atenção domiciliar, e saúde coletiva.³⁶

Vale ressaltar que a área de atuação em Terapia Intensiva também é considerada especialidade. Isso se deve à importância do tratamento cardiorrespiratório em situações críticas para a manutenção funcional para a vida. Neste contexto, a Atenção Domiciliar possui as mesmas características, ou seja, na transição do cuidado, na desospitalização de pacientes com perdas funcionais importantes, sejam respiratórias ou osteomusculares, a fisioterapia em ambiente domiciliar desempenha um grande e importante papel na recuperação vital desse perfil de paciente. No entanto, assim que o paciente apresentar recuperação funcional que lhe permita acessar outros profissionais, o fisioterapeuta que atua em ambiente domiciliar pode e deve encaminhá-lo a outros especialistas ou a outra área de atuação, exercendo a intersetorialidade.

Assim, na AD, a fisioterapia integra as equipes multiprofissionais no caráter clínico e assistencial, além de compor as equipes de reabilitação em serviços no âmbito do SUS.

Por conseguinte, o fisioterapeuta que atua em domicílio precisa compreender a grande demanda cinético-funcional, imposta pelos diversos níveis de complexidades na AD, que se direciona a ele nesta modalidade, caracterizando a necessidade de capacitações específicas que passam a integrar uma característica desse tipo de assistência.

As atribuições do fisioterapeuta nesta área resumem-se na gestão de processos profissionais, epidemiológicos e assistenciais. Ao avaliar o desempenho desses indicadores, o profissional sedimenta uma atribuição específica, identificando a necessidade de se aprimorar nos seguintes eixos:

Capacitação: Por se tratar de um ambiente com características multidimensionais, o profissional fisioterapeuta que atua na AD precisa apresentar conhecimentos específicos desde a prevenção de doenças, promoção à saúde, intercorrências, urgências e emergências, recursos terapêuticos, dispositivos tecnológicos, gestão de processos, comunicação e relação multiprofissional.

Ambiente: A área da saúde é um ambiente repleto de oportunidades de tomadas de decisão, simples e complexas. Quando o cuidado é transferido para o domicílio, essas possibilidades se multiplicam, e a autonomia do paciente e da família se intensifica, propiciando o surgimento de situações difíceis de conduzir quando se desconhece ou se tem dificuldade em utilizar o conhecimento bioético. Desse modo, o ambiente torna-se não-controlado, uma vez que há relação direta com a estrutura do domicílio; com familiares e/ou cuidadores, suas crenças e cultura; desafios com o letramento em saúde;³⁷ e atuação geralmente individualizada de profissionais de saúde inseridos no plano terapêutico. Aqui cabe atenção especial ao contexto diferenciado das ILPI.

Ainda, coloca-se um desafio para muitos profissionais, que é o de atuar e considerar espaços diferentes do cuidado, pois os ambientes institucionais e o domicílio constituem locais contrapostos por aspectos históricos e culturais. De um lado os ambientes institucionais (ambientes públicos que geralmente representam o modelo centrado em tecnologias duras e nas condições biológicas) e do outro, o domicílio (ambiente privado, com baixa densidade tecnológica, que representa a vida como ela é, onde a questão central é a biografia das pessoas). Nesse sentido, atuar no domicílio envolve maior compreensão e respeito aos determinantes sociais e valores pessoais da família e cuidadores, de forma mais abrangente do que em geral ocorre nos ambientes institucionais.³⁸

Segurança: Ter modelos padronizados, com protocolos definidos para processos como alta assertiva, comumente conhecida por “desospitalização”; transição do cuidado; utilização de densidade tecnológica; ergonomia e adaptação estrutural do domicílio; e orientação e apoio aos familiares e/ou cuidadores são muito importantes não somente para a segurança da assistência, mas também para a propriedade profissional do fisioterapeuta domiciliar. De modo prático, planejar a alta de um paciente necessita de domínio de todas as condições de desospitalização que permeiam ambiente seguro ao paciente, incluindo o treinamento dos familiares e/ou cuidadores em situações de urgência e/ou emergência.

Intersetorialidade: O campo de saberes das profissões de saúde abrange responsabilidades comuns e confluentes a várias profissões ou especialidades, competências e responsabilidades específicas de cada categoria profissional ou especialidade em temas transversais que sustentem a prática. O profissional necessita ter o domínio da linha de cuidado que o paciente está inserido para referenciar nas

diversas situações durante o acompanhamento, em situações diversas onde o paciente possa necessitar acompanhamento de outros profissionais da saúde, realizar exame ou mesmo estar em situação de intercorrência, saber qual a orientação e ou acionamento adequado o paciente deve receber em cada momento ou necessidade.

Segundo o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa correspondia a 11% da população brasileira. O Censo de 2022, por sua vez, evidencia esse processo acelerado em curso no país, indicando que aproximadamente 15,8% da população são pessoas idosas.³⁹ Neste mesmo contexto, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) apresenta que o número de pessoas idosas com necessidade de cuidados prolongados triplicará nas Américas nas próximas três décadas, passando dos 8 milhões atuais para 27 a 30 milhões até 2050.⁴⁰

Por sua vez, as alterações nos padrões de morbidade e mortalidade, essencialmente pelo conseqüente aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estão associadas com mudanças no acesso e na utilização de serviços voltadas para o atendimento de necessidades que incluem desde ações e cuidados preventivos até o uso de unidades de tratamento intensivo. Assim, no que diz respeito à demanda, o envelhecimento da população, mudanças epidemiológicas e mudanças na estrutura ocupacional representam obstáculos estruturais para a universalização da saúde de acordo com os princípios constitucionais do SUS.⁴¹

No mesmo contexto, a densidade tecnológica, em sua evolução, permitiu que houvesse otimização do prognóstico de pessoas portadoras de doenças neurológicas, permitindo longevidade, porém com possível dependência de dispositivos em domicílio.

Com isso, observa-se ampliação, tanto no setor público quanto suplementar, não somente a fatores relacionados à otimização do uso dos leitos hospitalares, mas também ao seu potencial humanizado e com a capacidade de individualizar o cuidado, uma vez que, em domicílio, a equipe de saúde pode observar os fatores que interferem diretamente, tanto positiva quanto negativamente, na condição de saúde do indivíduo, uma vez que, Isso permite uma visão mais acurada, para muito além da doença, mostrando todo um contexto físico e familiar de potencial na reabilitação e/ou finitude.

Tal percepção possibilita à equipe de saúde, essencialmente a fisioterapia que atua em ambiente domiciliar, intervenções mais efetivas, inclusive na busca de soluções em outros setores quando necessário, para propiciar maior qualidade de vida e, conseqüentemente, um cuidado ampliado e mais adequado.

Ademais, outro fator importante com relação à AD é a sua plasticidade, ou seja, a capacidade de se moldar aos mais diversos contextos epidemiológicos com respostas efetivas aos seus desafios. Conseqüentemente, a caracteriza como modalidade disponível à singularidade multidimensional. Desse modo, o fisioterapeuta domiciliar deve se encontrar preparado para as possíveis transições epidemiológicas e demográficas.

Destaca-se também a importância da AD em pacientes que se encontram em cuidados paliativos, uma vez que a orientação e acolhimento que a equipe presta ao paciente e cuidador são importantes ao desfecho do cuidado prestado.

Assim, o fisioterapeuta que atua na AD deve ser capacitado em práticas baseadas em evidência e conhecer os sistemas de saúde; estar preparado para a dinâmica do ambiente domiciliar; e gerir sua atuação, com protocolos de multiprofissionalidade, intersetorialidade e operacionais padrões bem definidos, considerando transição de cuidado e situações de urgência e emergência.

5. ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA EM AMBIENTE DOMICILIAR

Para realizar o seu trabalho, o fisioterapeuta da AD precisa participar do dia a dia da família e utilizar diversos métodos terapêuticos, para os quais são necessárias criatividade para adaptações na execução das atividades e nas informações transmitidas aos pacientes. Além da técnica, o profissional deve mostrar sensibilidade às necessidades e às circunstâncias de vida das famílias envolvidas.⁴³

São atribuições do fisioterapeuta na atenção domiciliar:¹¹

Realizar consulta, diagnóstico e prescrição fisioterapêutica, prognóstico e alta fisioterapêutica, com base no estabelecimento de um plano terapêutico detalhado, norteado em indicadores com dados quantitativos e qualitativos periódicos, como também utilização e interpretação de escalas, questionários e testes funcionais;

- I. Dimensionar a equipe de Fisioterapia;
- II. Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de Fisioterapia;
- III. Prescrever e executar os métodos e técnicas de Fisioterapia para os quais esteja habilitado e, quando necessário, solicitar avaliação e acompanhamento de outro fisioterapeuta especialista;
- IV. Exercer, sempre que possível, a interdisciplinaridade, trocando informações com os demais profissionais de saúde envolvidos, visando integralidade da gestão do cuidado centrado no paciente;

- V. Avaliar, organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à assistência fisioterapêutica competente, resolutiva e segura;
- VI. Encaminhar o paciente após a alta domiciliar, sempre que necessário, para outras modalidades de assistência fisioterapêutica;
- VII. Orientar o cuidador quanto aos cuidados básicos para melhora do quadro funcional do paciente.

O fisioterapeuta que atua na AD também deve atuar na gestão das equipes multidisciplinares e do SAD; e promover capacitações com ações educativas para o paciente (se possível), familiar e cuidadores, visando o preparo para o cuidado no domicílio; a promoção à saúde, a reabilitação funcional; e a oferta de cuidados paliativos, porque também é necessário compreender os casos quando não há possibilidade de cura.^{44, 45}

Sendo assim, o fisioterapeuta assume várias atribuições na AD, tornando-se imprescindível considerar as legislações específicas da categoria profissional, bem como sua importância na humanização do cuidado e assistência especializada em domicílio.

5.1 Plano de Cuidados em domicílio

A atuação do fisioterapeuta AD deve ser planejada desde o processo de transição de cuidado do ambiente de origem: hospitalar, UPA, UBS ou outros, para o domicílio, em todos os casos agudos, crônicos e crônicos agudizados, em todas as faixas etárias – neonatal; pediátrico; adultos e os idosos, incluindo aqueles com possibilidade de ganho funcional e também em cuidados paliativos.⁴⁵

Contudo, há o desafio cultural, territorial e de letramento em saúde para a assistência, como visto no eixo 'ambiente'. Assim, o fisioterapeuta deve estar integrado à equipe multidisciplinar, pois na maioria dos casos existe comprometimento biopsicossocial.⁴⁶ O fisioterapeuta como membro da equipe tem importante papel nesse processo de cuidar, pode atuar na rede de atenção à saúde, promovendo articulação e facilitando acessos neste eixo da intersectorialidade.

Dessa forma, o fisioterapeuta avalia o paciente, prescreve o tratamento e reavalia continuamente. É necessária avaliação criteriosa da condição clínica, diagnóstica e exames complementares já realizados. A individualização da avaliação permite um tratamento mais personalizado e com foco direto no objetivo proposto. A avaliação deve ser clara e estar descrita.

As condutas realizadas serão baseadas na condição funcional do paciente e deve ser levada em consideração a necessidade de fisioterapia cardiopulmonar para afecções de doenças do sistema respiratório ou consequências que acometeram esse sistema, uma vez que esta recuperação se torna essencial para o ganho funcional, assim como a fisioterapia cardiopulmonar desempenha em terapia intensiva. Também devem ser levados em conta a recuperação motora e/ou neurofuncional com foco nos distúrbios musculoesqueléticos.

Existem métodos e ferramentas de avaliação nestas áreas que são de baixo custo, disponíveis na literatura e de grande efetividade para estas modalidades de atuação fisioterapêutica, como podem ser observados na tabela 02.

Sistemas, condições clínico-funcionais e métodos de avaliação.

Sistema	Condições clínico-funcionais	Avaliação
Osteomuscular, Neurofuncional	Deformidades; Força Muscular Periférica; Força Muscular Respiratória; Amplitude de Movimento; Restrições (marcha, transferência e posicionamento); Lesões, tônus, reflexos; Qualidade de vida	Força de Preensão Palmar; Dinamometria; Manovacuometria; Goniometria; Escala Visual Analógica para Dor; Testes de reflexo; Questionários de qualidade de vida
Cardiopulmonar e Metabólico	Deformidades; Força Muscular Periférica; Força Muscular Respiratória; Amplitude de Movimento; Desempenho Funcional; Capacidade Funcional; Função Pulmonar; Qualidade de Vida.	Força de Preensão Palmar; Dinamometria; Manovacuometria; Goniometria; Escala Visual Analógica para Dor; Medida Internacional de Funcionalidade (MIF); Testes de cadência livre; Espirometria (Pico de Fluxo Expiratório e Pico de Fluxo de Tosse); Questionários de qualidade de vida.

Elaborado pelos autores (2024)

Essas ferramentas podem ser utilizadas por mais de uma área da fisioterapia, pois avalia-se desempenho e capacidade funcional. Vale ressaltar que os métodos de avaliação sugeridos na tabela 02 correspondem à avaliação relacionadas ao desempenho e capacidade funcional vinculadas à mobilidade e locomoção, uma vez que os objetivos são a recuperação de grande perda funcional e qualidade de vida da pessoa. Desse modo, as especialidades poderão e deverão ser acionadas conforme a condição e evolução do paciente. No entanto, a ergonomia torna-se essencial para a avaliação do ambiente, com foco não somente na pessoa atendida, mas também no familiar e/ou cuidador.

Além do conhecimento de prática baseada em evidências (PBE), o que envolve não somente prescrição terapêutica, mas também métodos de avaliação validados, o fisioterapeuta AD deve estar apto a interpretar não somente as variáveis coletadas por meio dos métodos de avaliação sugeridos na tabela 02, mas também resultados e laudos de exames, sejam laboratoriais e de imagens, como gasometria arterial e ressonância magnética, por exemplo.

Ademais, é necessária a avaliação dos dispositivos inseridos na rotina do paciente. As condutas e condições podem variar de acordo com esses dispositivos necessários. Se o paciente faz uso de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, a avaliação dos parâmetros e validação das propostas de alterações e/ou manutenção necessárias ao longo do tratamento são determinadas, inicialmente, na admissão. O mesmo se refere a outras condutas, como oxigenoterapia, gastrostomia, utilização de sonda nasoenteral, cuidados em traqueostomia, entre vários outros que possam ser utilizados.⁴⁷

Antes de iniciar a execução dos cuidados e abordagem inicial é necessária uma avaliação pregressa, levando em consideração a história da moléstia (anamnese completa) e experiências anteriores de cuidados com boa avaliação clínica. Não menos importante, a avaliação do domicílio, ou seja, análise dos ajustes realizados e necessários para apoio das aplicações terapêuticas no estímulo externo, ergonomia e facilidades adaptativas, em uma visão multidimensional.

Na história pregressa identifica-se todo o contexto histórico envolvido no cuidado interpessoal, relações biopsicossociais e a forma de cuidar ao longo da jornada do paciente que resultou no quadro clínico atual.⁴⁸ Aqui se torna essencial toda a trajetória hospitalar para um cuidado assertivo. Dessa forma é necessário identificar:

Anamnese

- Queixa principal e aceitação atual da doença pelo paciente/familiar;
- Hábitos de vida;
- Atividades sociais e físicas, atuais e anteriores;
- Morbidades;
- Complicações anteriores/antecedentes;
- Histórias familiares;
- Experiências anteriores no cuidado de entes queridos;
- Medicações.

Devem ser consideradas outras avaliações necessárias específicas de cada caso em uma visão multidimensional (ver tabela 02).

Após essas avaliações iniciais é necessário conhecer os dados vitais do paciente para estabelecimento de variáveis limítrofes e desejáveis pelo quadro clínico. Em seguida, a análise biomecânica precisa ser realizada. A partir daí, é necessário interpretar as condições clínicas e psicológicas para gerar confiança no primeiro contato. A avaliação final é essencial, principalmente para quantificar a evolução, ganho funcional e qualidade de vida do paciente.

O fisioterapeuta está diretamente ligado ao processo de reabilitação e ao autocuidado apoiado das causas que geraram a perda da funcionalidade, então é importante conhecer as necessidades dos pacientes e das famílias que também têm responsabilidades no planejamento das ações.⁴³

Nesse momento, a condição clínica e história do paciente foram levantadas, porém ainda é necessário estabelecer os principais objetivos a curto, médio e longo prazo da fisioterapia. Se os objetivos não são alinhados com os planos de cuidados dos demais componentes da equipe multiprofissional e paciente/familiar, a chance de desconexão e insatisfação é grande. Por isso, a discussão e elaboração do plano de cuidados ou projeto terapêutico singular, baseado na avaliação inicial é determinante no processo de atendimento da fisioterapia e de todos os profissionais envolvidos.⁴⁹

O objetivo a curto prazo passa a ser nosso ponto de referência e avaliação da atuação nos primeiros atendimentos. É fundamental a clareza desse objetivo para continuidade da confiança e condição de apoio bilateral nas demais etapas do cuidado. Em seguida o planejamento da próxima etapa do plano de cuidado: o objetivo a médio e longo prazos. Deixar claro essas propostas é fundamental na avaliação dos resultados obtidos.

Porém, se o objetivo não for alcançado dentro da meta estabelecida a repactuação é fundamental para desenvolvimento do plano de cuidado. Percebe-se, então, que o fisioterapeuta domiciliar necessita de referências multi e interprofissionais.

Assim, a atuação do fisioterapeuta exige habilidades, competências e atitudes para avaliar as demandas de cada paciente e elaborar um plano de cuidados articulado com os demais atores da equipe multidisciplinar e familiares e/ou cuidadores responsáveis.⁴⁷

Segundo Borges Junior,⁴⁴ algumas características que o fisioterapeuta domiciliar precisa apresentar são:

- Ser qualificado na avaliação do paciente;
- Ter habilidade na avaliação de segurança;
- Ter capacidade de pensamento crítico;
- Ser bom professor;
- Respeitar as pessoas de outras culturas e origens socioeconômicas;
- Ter boas habilidades de comunicação;
- Ser intrinsecamente motivado;
- Ter boas habilidades organizacionais.

A AD, além de ser um setor amplo na saúde suplementar, é uma política pública que se fortalece cada vez mais no cenário da saúde, trazendo novas tecnologias, novas organizações e novos modelos de cuidados, exigindo de todos profissionais de saúde a busca de atualizações sobre novas formas de pensar e executar o cuidado. O profissional fisioterapeuta como componente da equipe multiprofissional de saúde

tem um importante papel nesse processo em toda jornada do paciente, com ações para além da prerrogativa profissional, mas também habilidades de gestão, planejamento e gerenciamento adequado da situação, para que o cuidado domiciliar seja seguro e efetivo, trazendo melhorias para o sistema de saúde e melhor qualidade de vida dos pacientes e familiares.

5.2 Atuação no domicílio junto a familiares/cuidadores

Quando o paciente está sob os cuidados da equipe de AD, familiares/cuidadores têm papel importante, quanto às responsabilidades da continuidade da atenção, para garantia do cuidado integral e seguro ao paciente. O que é comum a todos, é que os familiares e/ou cuidadores participam ativamente no cuidado. Sendo assim, avaliar as potencialidades e realizar adequado planejamento, com preparo familiar para a prestação dos cuidados, conforme as orientações do fisioterapeuta. Para a boa relação entre o profissional e família/cuidador, é necessária a comunicação clara e objetiva, reforçar a importância do cuidado, esclarecer dúvidas, ouvir e valorizar o outro, negociar estratégias (levando em conta: compreensão, valores/crenças e conflitos familiares). Ademais, é muito importante considerar o tipo de família, experiências anteriores nos cuidados e trajetória da doença e a rede de apoio que cada família possui.^{43,50}

Em vários contextos sociais, a família não consegue se organizar sozinha para oferecer a assistência necessária aos familiares dependentes de cuidados, assim, é importante que o fisioterapeuta após realizar o diagnóstico proponha um plano de cuidados viável para essa família, com menor sofrimento possível. Outro aspecto importante é a avaliação do cuidador, a fim de identificar o quanto ele consegue executar as tarefas orientadas.^{43,47,50}

Grande parte dos pacientes assistidos na AD tem perda de funcionalidade transitória ou definitiva e muitos deles não apresentam possibilidade de ganho funcional. Quando essa informação não é clara, os familiares ficam com o sentimento de que a falta de sessões de fisioterapia é causa da não evolução do caso. Por isso, essa clareza de informação se faz necessária para trabalhar as expectativas dos familiares quanto à evolução do caso, e que as tradicionais sessões de fisioterapia, poderão ser substituídas com atividades e exercícios incorporados nas atividades de vida diária na lógica do autocuidado apoiado.⁴³

Nas condições de avaliações positivas dos resultados e/ou ausência de resposta pela cronicidade do caso, outros pontos devem ser avaliados. O desfecho final passa a ser alta terapêutica e/ou transição do cuidado. A identificação desse momento é fundamental para a próxima fase do cuidado.⁴⁹

5.3 Desfecho, Alta e/ou transição do cuidado

Durante a elaboração do plano terapêutico chegaremos em duas etapas fundamentais: a reabilitação/readaptação satisfatória do indivíduo ao objetivo mais favorável esperado ou a permanência de condições com sequelas definitivas ou prolongadas acima da esperada para o desfecho final. Nas duas situações, o paciente deve ser submetido a transição do cuidado para continuidade da promoção em saúde.⁴⁹

Em caso de sucesso na reabilitação ou readaptação do indivíduo é necessário encaminhamento para a rede de promoção de saúde para contínuas avaliações gerais (intersectorialidade). Como estabelecimento de outras rotinas de atividades, ressocialização, readaptação às rotinas profissionais, manutenção das avaliações periódicas e identificação do prazer em buscar a saúde. Essa alta encaminhada é indispensável para alcançar desfechos favoráveis.^{49,51}

Entretanto, se a manutenção de sequelas e outras complicações são permanentes ou prolongadas, é necessário a transição dos cuidados para rede de apoio desse paciente (unidade ambulatorial) com o encaminhamento completo de informações. Dessa forma, deve estar inserido o treinamento dos familiares/cuidadores buscando autonomia para os familiares/cuidadores e/ou pacientes.^{47,49,51}

Vale ressaltar, que a atenção domiciliar difere totalmente do tratamento hospitalar. A frequência de duas até quatro vezes ao dia com disponibilidade rápida e total do fisioterapeuta em caso de qualquer alteração do quadro é impraticável no domicílio, por isso, o preparo de familiares/cuidadores é fundamental. Caso contrário, tem-se baixos períodos de estímulos durante o tratamento.

Destaca-se que a orientação e capacitação são incorporadas desde a admissão, o ideal é que esse processo se inicie na internação e transcorra na alta com a transição do cuidado. Esse processo incompleto pode complicar a evolução, impedir a aceitação e não contribuir para os principais desfechos positivos esperados.⁵¹

Importante que o fisioterapeuta que atua em ambiente domiciliar detenha conhecimento em identificar situações de urgência, pois em agudização da condição crônica ou novas complicações o paciente deve ser reavaliado e reencaminhado para verificação da necessidade de novos planos terapêuticos. Diante disso, o fisioterapeuta busca exclusivamente os objetivos para cada condição e determina os desfechos do plano elaborado.

A alta definitiva precede o compartilhamento entre as equipes responsáveis posteriormente e o usuário. No momento de transição, a troca de informações deve ser realizada pessoalmente, essa alta responsável aumenta a segurança do paciente e cuidador/familiar.

6. GESTÃO EM FISIOTERAPIA EM AMBIENTE DOMICILIAR

A gestão de efetividade da atuação do fisioterapeuta AD depende de alguns critérios que podem ser caracterizados por gestão profissional e assistencial. Desse modo, para serem avaliados, precisa-se de coleta e interpretação de informações, ou seja, de variáveis que podem criar indicadores.

Independente do setor de saúde, gerir a qualidade da assistência por meio de indicadores é uma prática comum, mesmo que se encontre incipiente, essencialmente com o fisioterapeuta autônomo. Podemos identificar esses processos da seguinte forma:

Saúde Suplementar: Indicadores de gestão são mais comuns neste setor, uma vez que a produtividade acompanha o retorno financeiro de quem presta assistência. Empresas, convênios exigem esses indicadores para comprovação da assistência e, principalmente, para creditações de qualidade.⁵²

Saúde Pública: No âmbito da AD, indicadores de gestão e assistenciais são bem estabelecidos pelo Programa Melhor em Casa.²⁷ A Portaria nº 3005, de 2 de janeiro de 2024 recomenda definir protocolos e indicadores assistenciais devido à importância na transição de cuidado, intersetorialidade e qualidade de vida do paciente.

Profissional autônomo: Como sabido, este profissional enfrenta o grande desafio de estabelecer vínculos multiprofissionais, essencialmente para a retaguarda assistencial. E para isso, a gestão de indicadores assistenciais garante propriedade, segurança e assertividade na conduta profissional no âmbito da AD.

Para que se possa criar indicadores assistenciais, o fisioterapeuta deve adotar uma rotina de avaliação e reavaliação, a depender da modalidade de assistência em ambiente

domiciliar. E, com isso, produzir indicadores assistenciais, que, por conseguinte, tornam-se também indicadores profissionais, de gestão.

Conceitualmente, indicador é uma medida, geralmente quantitativa, que permite a mensuração de processos em determinado sistema, bem como a indicação de possíveis mudanças nas suas características. A análise de determinado conjunto de indicadores possibilita conhecer aspectos de determinada situação não observáveis diretamente. No campo da saúde indicadores permitem apontar dados objetivos da situação sanitária de uma região, por exemplo.⁵³

Avaliação e mensuração das práticas de assistência domiciliar à saúde são fundamentais à gestão, servindo como diagnóstico e norte para orientação e reorientação de ações, além de contribuir para o dimensionamento dos trabalhos e desempenho dos profissionais.

No entanto, para a coleta de informações e criação de indicadores a serem monitorados na AD, os profissionais devem ser capacitados, tanto para a saúde suplementar, quanto à saúde pública. O fisioterapeuta autônomo deve apresentar uma característica de busca por capacitação e gestão para que sua atuação seja quantitativa e, conseqüentemente, efetiva.⁵⁴

Todas as equipes que prestam atendimento domiciliar podem criar indicadores de saúde para avaliar e monitorar sua demanda e os resultados de suas ações. Quando analisados, esses indicadores contribuem na apresentação da realidade, no processo de trabalho da equipe, entre outros, sendo muito importantes para direcionar ações e ofertas. A avaliação da assistência domiciliar, desponta como tendência crescente para o auxílio da gestão no planejamento. Uma forma de avaliação que se destaca é a satisfação do usuário, como tarefa fundamental que pode produzir reflexão sobre o serviço prestado.⁵⁵

Os indicadores assistenciais poderão ser obtidos por meio de avaliação com os instrumentos de desempenho e capacidade funcional, escalas e classificações diagnósticas, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF),⁵⁶ na Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF),⁵⁷ na Medida de Independência Funcional (MIF)⁵⁸ e demais escalas destinadas à avaliação da capacidade funcional disponíveis na literatura científica.^{11,27}

Em relação aos indicadores de gestão, operacionalmente, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) normatiza critérios para a formulação de indicadores, como listados a seguir:¹⁴

- Taxa de mortalidade para a modalidade de internação domiciliar;
- Taxa de internação após atenção domiciliar;
- Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar;
- Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar;
- Taxa de alta da modalidade internação domiciliar.

No entanto, as variáveis para a criação e interpretação dos indicadores serão determinadas de acordo com a necessidade e demanda, embora visem sempre a quantificação da qualidade da assistência prestada.

6.1 Indicadores em Fisioterapia em ambiente domiciliar utilizando a CBDF

Neste item, lista-se alguns tipos de indicadores que podem nortear a atuação do fisioterapeuta domiciliar.

Indicadores Epidemiológicos

Atualmente é possível quantificar dados epidemiológicos relacionados a assistência fisioterapêutica por meio da CBDF,⁵⁹ uma vez que a mesma traz em seu escopo a designação de termos codificados caracterizadores dos diagnósticos fisioterapêuticos, com foco na funcionalidade humana, pela quantificação e qualificação. As descrições diagnósticas na CBDF potencializam seu poder epidemiológico através de um instrumento tecnológico designado “Sistema CBDF” (cbdf.coffito.gov.br), de fácil usabilidade, que permite aos profissionais utilizarem a classificação diagnóstica padronizada em um sistema online.⁶¹

Dos níveis de alteração funcional do sistema orgânico avaliado (se sem = 0, se leve = 1, se moderada = 2, se grave = 3 ou se completa alteração = 4; ou se com = 4 ou sem alteração = 0);

Nas condições de saúde funcional em que há (CBDF D – Deficiência Cinético-funcional) ou não há (CBDF S – Saúde Cinético-funcional) alteração de função e ou estrutura do corpo, ambas relacionadas, em especificidades, aos seguintes sistemas orgânicos: Sistema Nervoso Central (SNC), Sistema Nervoso Periférico (SNP), Sistema Musculoesquelético, Sistema Respiratório, Sistema Cardiovascular, Sistema Tegumentar, Sistema Urinário, Sistema Genital, Sistema Digestório e Sistema Metabólico.

A CBDF Permite também buscar informações sobre as condições de saúde

funcional, relacionadas às limitações de mobilidade no desempenho de tarefas do indivíduo em suas atividades (CBDF M – Mobilidade) e às restrições à participação social realizadas em seu cotidiano (CBDF P – Participação), quantificadas nos mesmos moldes da CBDF D e da CBDF S – de “zero (0) a quatro (4)” ou “zero (0) ou quatro (4)”.

Os propósitos da CBDF são: (1º) identificar e classificar a condição de saúde cinético-funcional do indivíduo; (2º) definir a meta terapêutica e a respectiva prescrição fisioterapêutica; e (3º) monitorar dados epidemiológicos na evolução clínico-funcional do indivíduo.⁶¹

No contexto da Atenção Fisioterapêutica Domiciliar, a CBDF permite classificar e distinguir os diagnósticos fisioterapêuticos nos âmbitos de cuidado nos três níveis de atenção – primária, secundária e terciária – especificando os atos fisioterapêuticos para cada nível. Estes devem ser guiados com fins de promoção (CBDF S), prevenção (CBDF S) e recuperação (CBDF D) das condições de saúde funcional, alinhando orientações terapêuticas aos contextos pessoais, sociais e ambientais, a partir das interpretações da CBDF M e da CBDF P, que visam sanar ou reduzir as limitações de mobilidade e/ou restrições à participação social, respectivamente.

Os atos fisioterapêuticos estão descritos no Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos – RBPF, como exames funcionais e intervenções fisioterapêuticas, entre outros.⁶⁰

Indicadores Assistenciais

Atenção primária: atos fisioterapêuticos baseados nos diagnósticos fisioterapêuticos classificados na CBDF S: * Taxa de admissão e readmissão; * Taxa de desempenho funcional (CBDF M e CBDF P).

Atenção secundária: prescrições de procedimentos fisioterapêuticos baseados

na CBDF S, quando os atos forem preventivos; e na CBDF D, quando os atos tenham por meta a recuperação funcional. Exceto quando uma ou mais variáveis funcionais forem classificadas nos níveis graves e completos de alteração, para os sistemas nervoso periférico, nervoso central, músculo esquelético, respiratório, cardiovascular e metabólico. * Taxa de admissão e readmissão; * Taxa de desempenho funcional (CBDF M e CBDF P).

Atenção terciária: prescrições de procedimentos fisioterapêuticos baseados na CBDF D, quando uma ou mais variáveis funcionais forem classificadas nos níveis graves e completos de alteração, para os sistemas nervoso periférico, nervoso central, músculo esquelético, respiratório, cardiovascular e metabólico. * Taxa de admissão e readmissão; * Taxa de desempenho funcional (CBDF M e CBDF P).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho trouxe, ao profissional fisioterapeuta que presta assistência na atenção domiciliar (AD), elementos importantes que contribuem para uma melhor compreensão da área de atuação assim como processos para aperfeiçoar a gestão pessoal, profissional e assistencial em relação às suas atribuições.

Conhecer os setores que compreendem esta grande área – público e privado – proporciona uma melhor interação entre profissionais fisioterapeutas e profissionais de outras profissões.

E este contexto sedimenta o conhecimento dos eixos que diferenciam a atuação em ambiente domiciliar de qualquer outra área da fisioterapia: Capacitação; Ambiente; Segurança; e Intersetorialidade.

Trabalhar nesta área requer habilidades e práticas baseadas em evidência. E este caderno leva o profissional a refletir em qual nível de assistência ele se encontra, uma vez que o ambiente domiciliar, por não ser controlado, apresenta características próprias e essencialmente demandante de aperfeiçoamento em segurança. Além disso, leva também o fisioterapeuta a entender que é preciso se capacitar, essencialmente em métodos de avaliação.

Espera-se, por fim, que este conteúdo desperte a intenção de capacitação profissional, levando uma prática mais assertiva e, conseqüentemente, qualidade de vida ao paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Dias MB et al. Princípios e pressupostos da atenção domiciliar. In: Savassi, LCM et al. Tratado de Atenção Domiciliar. Seção I, Capítulo 2. 1ª edição. Editora Manole. Santana do Parnaíba, SP. 2023.
- 2 Pereira PBA. Relatório final: lições aprendidas e recomendações acerca das experiências de excelência no cuidado à pessoa idosa no contexto domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS; 2017.
- 3 MENDES, Eugênio Vilaça. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf> Acesso em: 22 abr. 2024.
- 4 Dias LB et al. Funcionalidade e complicações em pacientes gravemente enfermos reinternados no hospital. Arq. Ciênc. Saúde. 2017 abr-jun; 24(2) 60-64.
- 5 de Aquino TN et al. Evaluation of respiratory and peripheral muscle training in individuals undergoing myocardial revascularization. J Card Surg. 2021 Sep;36(9):3166-3173.
- 6 Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259).
- 7 Ministério da Saúde. Planilha com os indicadores do primeiro semestre de 2023 da CGADOM. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/publicacoes/primeiro-semester-2023/view>. Acesso em: 15 de março de 2023.
- 8 RIBEIRO, C.A. Atenção Domiciliar: Princípios, Práticas e Perspectivas. 1ª. Ed. São Paulo. 2019. Editora Eureka.
- 9 Associação Brasileira de Fisioterapia Domiciliar (ABRASFID): <https://abrasfid.com.br/https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf>. Acesso em: 15 de março de 2023.

- 10 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 474, de 20 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?s=+474>. Acesso em: 15 de março de 2023.
- 11 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 565, de 9 de dezembro de 2022. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=23006>. Acesso em: 15 de março de 2023.
- 12 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Cartilha do Fisioterapeuta Domiciliar – Volume I. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/12/cartilha-finalizada-vol-1-1.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 13 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Cartilha do Fisioterapeuta Domiciliar – Volume II. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/12/cartilha-finalizada-vol-2.pdf>. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 14 Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 15 de março de 2023.
- 15 Tavolari CEL, Fernandes F, Medina P. O desenvolvimento do “home health care” no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*. 2000;3(9):15-8.
- 16 Souza MF. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro. Campinas: Saberes; 2014.
- 17 Dias MB, Silva KL, Silva YC. Serviço de atenção domiciliar: a inserção do cuidado domiciliar no sistema de saúde. In: Lacerda MR, coordenadora. *Atenção domiciliar em saúde: perspectivas teóricas e práticas*. Porto Alegre: Moriá; 2021.
- 18 Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 15 de março de 2023.
- 19 Ministério da Saúde. Portaria nº 3005, de 2 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>. Acesso em: 22 de abril de 2024.

- 20 FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.
- 21 BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 02 fev. 2021.
- 22 Brasil [Casa Civil]. Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 23 Brasil [Casa Civil]. Lei nº 9691, de 28 de janeiro de 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 24 Brasil [Casa Civil]. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 25 Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 23 de abril de 2024.
- 26 Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 18 de abril de 2024.
- 27 Ministério da Saúde. Portaria nº 3005, de 2 de janeiro de 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>. Acesso em: 18 de abril de 2024.
- 28 Brasil [Secretaria-Geral]. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13709compilado.htm. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 29 Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. São Paulo: Manole; 1999.
- 30 Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(3):941-54.

- 31 Brasil [Casa Civil]. Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/del0938.htm. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 32 Freitas MS. A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil: as diretrizes curriculares ressignificando a prática profissional [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
- 33 Silva RF, Santos SWS, Santos AS, Filho JLS. A origem e evolução da fisioterapia: da antiguidade ao reconhecimento profissional. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. 2021;7(7).
- 34 Cavalcante CCL, Rodrigues ARS, Dadalto TV, Silva EB. Evolução científica da fisioterapia em 40 anos de profissão. *Fisioter Mov*. 2011;24(3):513-22.
- 35 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Especialidades reconhecidas pelo COFFITO. Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2350. Acesso em: 22 de abril de 2024.
- 36 Colodetti NLM, Pardim RSS, Vieira RS, Morais SG. Fisioterapia na assistência domiciliar. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce, Faculdade de Ciências da Saúde; 2009.
- 37 Weiss BD, Mays MZ, Martz W et al. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*. November 2005;3(6) 514-522.
- 38 Borges Júnior LH. Análise do custo efetividade de um serviço de atenção domiciliar [Tese]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2018. 88 p.
- 39 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Características da População e dos Domicílios, censo Demográfico, 2022 [Internet]. [Brasília]: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; 2022. [2022?] [cited 2024 abr 28]. Available from: <https://anda.ibge.gov.br/sobre/numeros-docenso.html#:~:text=Para%20o%20Censo%20Demogr%C3%A1fico%202022,censit%C3%A1rios%20em%20todo%20territ%C3%B3rio%20brasileiro>. Portuguese.

- 40 Organização Mundial de Saúde – OMS. Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015. [Internet]: [2015?] [citado 2024 abr 28]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Portuguese.
- 41 Barajas-Nava LA, Garduño-Espinosa J, Mireles Dorantes JM, Medina-Campos R, García-Peña MC. Models of comprehensive care for older persons with chronic diseases: a systematic review with a focus on effectiveness. *BMJ Open* [Internet]. 2022 Aug [cited 28 Apr 2024]; 5;12(8): e059606. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/8/e059606> DOI: 10.1136/bmjopen-2021-059606. English.
- 42 Custódio ICS, Nenoki SCN, Dantas RL, Junior AJC, Silva PLAS. Atendimento domiciliar: a vivência do fisioterapeuta. *Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos – Universo/ Goiânia*. 2017;2(4).
- 43 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 170 p.
- 44 Borges Junior LH, et al. Princípios e pressupostos da atenção domiciliar. In: Savassi, LCM et al. *Tratado de Atenção Domiciliar*. Seção V, Capítulo 7. 1ª edição. Editora Manole. Santana do Parnaíba, SP. 2023.
- 45 Aquino TN, Sampaio ES. Pós-hospitalização: reabilitação cardiorrespiratória. In: Savassi, LCM et al. *Tratado de Atenção Domiciliar*. Seção 14, Capítulo 3. 1ª edição. Editora Manole. Santana do Parnaíba, SP. 2023.
- 46 Carvalho MSN, Menezes LA, Cruz Filho AD, Maciel CMP. Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: perspectiva e desafios. Rio de Janeiro: Eldorado; 2019.
- 47 Oliveira VP, Junior LHB. O papel do fisioterapeuta na desospitalização do paciente pediátrico. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Schivinski CIS, Ribeiro SNS (Org.). *PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal: cardiorrespiratória e terapia intensiva: Ciclo 7*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p.3-34.

- 48 Yamaguchi AM, Higa-Taniguchi KT, Andrade L, Bricola SAPC, Filho WJ, Martins MA. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole; 2010.
- 49 Borges JLH, Oliveira VP, Neto RCP. Desospitalização da unidade de terapia intensiva ao domicílio: o protagonismo do fisioterapeuta em todo o processo. Programa de atualização em fisioterapia: terapia intensiva adulto: ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2021.
- 50 Borges Júnior LH. Análise do custo efetividade de um serviço de atenção domiciliar [Tese]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2018. 88 p.
- 51 Brasil. Ministério da saúde. Caderno de atenção domiciliar, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 52 Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Qualificação de Operadoras 2022. Disponível em: https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/Programa_de_Qualificacao_de_Operadoras_2022_r3.pdf. Acesso em: 18 de abril de 2024.
- 53 Nescon, UFMG. Monitoramento e Avaliação de Serviço de Atenção Domiciliar. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/AD20_monitoramento-avaliacao.pdf. Acesso em: 23 de abril de 2024.
- 54 Nunes MRPT et al. Planejamento, monitoramento e avaliação da atenção domiciliar. In: Savassi, LCM et al. Tratado de Atenção Domiciliar. Seção I, Capítulo 4. 1ª edição. Editora Manole. Santana do Parnaíba, SP. 2023.
- 55 Chayamiti EMPC et al. Satisfação do usuário. In: Savassi, LCM et al. Tratado de Atenção Domiciliar. Seção I, Capítulo 5. 1ª edição. Editora Manole. Santana do Parnaíba, SP. 2023.
- 56 CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003. Brasil. Ministério da Saúde.

- 57 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 555, de 28 de março de 2022. Institui a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF). Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=21882chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2022/10/16.09.22-ANEXO-2-LISTA-FINAL-CBDF-003.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2024.
- 58 RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiatr.* v. 11. n. 2. p. 72-76. 2004.
- 59 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF). Disponível em: <https://cbdf.coffito.gov.br/>. Acesso em: 23 de abril de 2024.
- 60 Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 561, de 28 de março de 2022. Fixa e estabelece o Referencial Brasileiro de Procedimentos Fisioterapêuticos e dá outras providências. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=22800chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2023/01/30.01.23-ANEXO-1-RBPF-2023_25-01-23-revisado.pdf. Acesso em: 23 de abril de 2024.
- 61 Bruno Prata Martinez, Roberto Mattar Cepeda, Fernando Mauro Muniz Ferreira, Francimar Ferrari Ramos, Flavia Massa Cipriani, Sibeles de Andrade Melo Knaut, Elaine Caldeira de Oliveira Guirro, Cristine Homsy Jorge. Brazilian classification of physical therapy diagnosis, *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2024, 101066, ISSN 1413-3555, <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2024.101066>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413355524004775>)