

# Cartilha do Fisioterapeuta Domiciliar

Volume I



# Introdução

A Atenção Domiciliar (AD), ao longo da história, tem demonstrado sua relevância e, com o envelhecimento da população brasileira, torna-se evidente que a Fisioterapia Domiciliar se relaciona exponencialmente e diretamente com a funcionalidade e qualidade de vida do paciente.

Desse modo, o Sistema COFFITO/CREFITOs elaborou uma cartilha voltada às boas práticas dentro do setor, direcionando o profissional a conhecer suas atribuições, funções e resoluções.



## Atenção Domiciliar Histórico

<b>1949</b>	1ª experiência de cuidado profissional para desospitalizações, no domicílio - SAMDU.
<b>1967</b>	Incorporação do SAMDU ao INPS.
<b>1968</b>	Em 1968, na cidade de São Paulo, o Hospital do Servidor Público Estadual implanta um serviço de estruturação no atendimento domiciliar, pensando em diminuir a permanência naquele hospital.
<b>1986</b>	Foi criada a Fundação de Home Care pela Volkswagen no Brasil.
<b>1994</b>	As operadoras de plano de saúde descobrem o potencial da assistência domiciliar como forma de gestão em saúde. (SARMENTO, 2005).
<b>1995</b>	Foi fundada a Associação das Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID.
<b>1995</b>	Constituiu-se o NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar) do Hospital de Clínicas de São Paulo.
<b>1996</b>	Constituiu-se o NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar) do Hospital de Clínicas de São Paulo
<b>1998</b>	Portaria Ministerial nº 2.416 – Define requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS.
<b>1998</b>	Ocorreu o I Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar – SIBRAD. Com a expansão dos serviços de atendimento domiciliar, passou a existir a necessidade de emissão de resoluções sobre a adequação dos profissionais para realização da função.
<b>2002</b>	O Conselho Federal de Enfermagem, o Conselho Federal de Farmácia e, em 2003, o Conselho Federal de Medicina aprovam resoluções referentes à assistência domiciliar.
<b>2003</b>	É criado o Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD, com a finalidade de contribuir com o fortalecimento da modalidade de Home Care no Brasil.
<b>1994-2005</b>	Surgimento de vários SADs no SUS, de forma isolada, sob gestão municipal e estadual.
<b>2014</b>	É criada a Associação Brasileira de Empresas de Fisioterapia Domiciliar -ABRASFID. O objetivo da associação é reunir as empresas prestadoras de serviço, operadoras de saúde e profissionais para debater ações em prol da assistência domiciliar.

## Regulamentações no Brasil

*São princípios do Sistema Único de Saúde que constam na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.*

Igualdade, universalidade e direito à informação.

---

<b>1998</b>	Portaria Ministerial nº 2.416 – Define requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS.
<b>2001</b>	Portaria GM/MS nº 1.531– portadores de distrofia muscular progressiva poderão utilizar ventilação mecânica não invasiva em domicílio.
<b>2002</b>	Lei nº 10.424 – regulamenta a Assistência Domiciliar no SUS.
<b>2002</b>	SAS/MS nº 249 - estabelece a assistência domiciliar como modalidade a ser desenvolvida pelo CR em Assistência à Saúde do Idoso.
<b>2003</b>	O Conselho Federal de Medicina aprovou a Resolução nº 1.668/2003 que dispôs sobre as técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades e a interface multidisciplinar neste tipo de assistência.
<b>2003</b>	A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publica a Consulta Pública nº 81, de 10 de outubro de 2003, relacionada à prática da assistência domiciliar no Brasil.
<b>2006</b>	A ANVISA publica a Resolução-RDC nº 11, que estipula as regras para o funcionamento de serviços de saúde que prestam atendimento domiciliar. A partir da publicação da RDC nº 11, os serviços de saúde com atendimento domiciliar começaram a ser fiscalizados e, conseqüentemente, mais bem estruturados, já que passaram a seguir normas de funcionamento.
<b>2006</b>	Portaria nº 2.529, institui a internação domiciliar no SUS - não foi regulamentada, sendo revogada em 2011.

<b>2011</b>	Portaria nº 2.029 - Instituição da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
<b>2011</b>	Portaria nº 2.527 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
<b>2011</b>	Instituído formalmente o Programa Melhor em Casa.
<b>2013</b>	Portaria nº 963 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
<b>2013</b>	Portaria nº 1.208 - Dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências.
<b>2016</b>	Resolução nº 474, de 20 de dezembro de 2016 - Normatiza a atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/Home Care.
<b>2016</b>	Portaria nº 825 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas
<b>2017</b>	Artigos específicos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 5 e nº 6, de 2017, que consolidam as normas sobre as ações e os serviços de atenção domiciliar à saúde do Sistema Único de Saúde e sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais, respectivamente.
<b>2019-2021</b>	Publicadas várias portarias de habilitação de novas equipes do PMeC, com crescimento do programa bem acima da média dos anos anteriores.

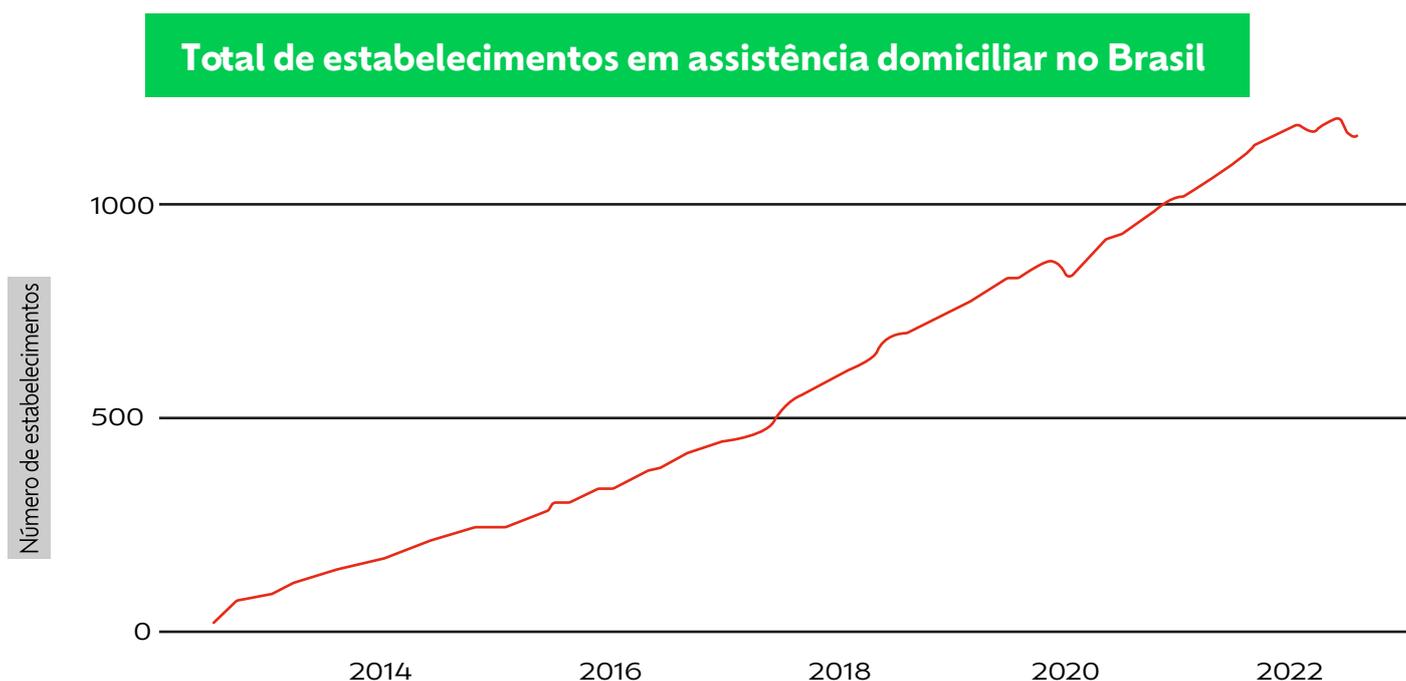
## Qual é o panorama da Atenção Domiciliar no Brasil?

Com base no histórico, pode-se afirmar que, inicialmente a população que tinha acesso à fisioterapia domiciliar era um público elitizado com condições de financiar o tratamento em domicílio. Com o passar dos anos, as operadoras de saúde passaram a enxergar os benefícios e a redução do tempo de recuperação quando o profissional fisioterapeuta estivesse inserido no processo de reabilitação.

A prestação de serviços domiciliares iniciou-se com as clínicas credenciadas aos convênios. Com a evolução do setor, houve a necessidade de contratar empresas especializadas para a assistência domiciliar, o que ocorreria naturalmente, uma vez que a gestão domiciliar se difere da gestão ambulatorial.

Já no setor público, a Fisioterapia na atenção domiciliar, é contemplada por portarias e diretrizes do Ministério da Saúde. Deste modo, o fisioterapeuta que se interessar pela atenção domiciliar no sistema público deve compreender que a promoção de saúde e prevenção de doenças são os pilares para a assistência, o que o coloca como profissional da atenção primária. Entretanto, também pode trabalhar junto à reabilitação dentro do Serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa, tornando-se membro importante neste processo de transição.

A expansão da Atenção Domiciliar tornou-se evidente no Brasil e no mundo, principalmente durante e após a Pandemia relacionada à COVID 19. Uma forte evidência sobre isso é que o censo encomendado pelo Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD), realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe), mostra que o número de estabelecimentos home care cresceu 22,8% em 2019 em comparação ao ano anterior e que continuou a crescer até 2022, conforme pode-se observar no gráfico abaixo.



Fonte: CNES, Datasus. Elaboração Fipe.

Do mesmo modo, após uma enquete entre os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) ligados ao Programa Melhor em Casa, observou-se que houve aumento importante na demanda dos serviços devido às condições pós-Covid-19. Portanto, é fundamental redesenhar o sistema de saúde de forma a potencializar as competências e intervenções de cada área dentro da RAS, para a plena recuperação da pessoa acometida.

Apesar de ainda não existirem dados oficiais mais recentes, nós já sabemos que esse crescimento foi intensificado pela pandemia de COVID 19. Conforme pode ser visto na tabela:

### **Abertura de vagas durante a pandemia (%) março a agosto de 2019 x março a agosto de 2020**

<b>Cargo</b>	<b>Crescimento (%)</b>
<b>Fisioterapeuta Respiratório</b>	924%
<b>Fisioterapeuta Hospitalar</b>	900%
<b>Médico Intensivista</b>	450%
<b>Enfermeiro de UTI</b>	319%
<b>Auxiliar de Enfermagem</b>	300%
<b>Técnico em Enfermagem</b>	232%
<b>Consultor Educacional</b>	207%
<b>Vendedor de e-commerce</b>	162%
<b>Atendente de e-commerce</b>	161%
<b>Operador de call center</b>	148%
<b>Gerente de e-commerce</b>	76%
<b>Supervisor de e-commerce</b>	67%

E, embora a Pandemia da COVID 19 tenha se tornando um divisor de águas em relação à importância da Fisioterapia Domiciliar, é importante ressaltar que muitas alterações cinético- funcionais também podem ser recuperadas em domicílio.

A Atenção Domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência.

Os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo Melhor em Casa.



## Então, por que o Fisioterapeuta deve investir em Atendimento Domiciliar?

Visto que o mercado de atendimento domiciliar está em pleno crescimento, o profissional tem de estar preparado e amparado para absorver a demanda.

A atenção domiciliar, além de ter uma característica mais humanizada, pode demandar a atenção dos três níveis de complexidade. Desse modo, o fisioterapeuta domiciliar se encontra como um dos principais profissionais de maior contato com o paciente nesse setor, uma vez que possui atribuições para baixa, média e alta complexidade.

A partir do momento em que trabalhe como um promotor de saúde, desfechos positivos, não somente a pacientes, mas também ao próprio fisioterapeuta, como valorização profissional, captação natural de pacientes e melhor remuneração/qualidade de vida tornam-se evidentes. Entretanto, se faz necessário entender e compreender suas atribuições e aprimoramentos.

# Transições e Cuidados

O termo “desospitalização” era desconhecido pela alta gestão da unidade hospitalar até surgir a necessidade de proporcionar destino digno aos usuários “residentes” no hospital e, por conseguinte, melhorar a gestão dos leitos hospitalares.

Desse modo, os Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) haviam sido substituídos por um novo modelo assistencial na esfera municipal, o que se revelou um enorme desafio para a garantia de continuidade do atendimento na transição do cuidado. Nesse caminho, o conceito tomou forma e robustez. A desospitalização passou a ser um conceito a ser dividido com os demais serviços, para a construção de uma conexão positiva e propositora de cultura a favor da saúde e da cidadania do sujeito. Deixou de ser o simples ato de transferir o cuidado do hospital para o domicílio e passou a se organizar de maneira integrada, multidisciplinar e coordenada em rede, do momento da admissão hospitalar até os cuidados de fim da vida.

Em 2019 o mundo se deparou com uma pandemia (Covid-19) que, por sua vez, aumentou consideravelmente a demanda das internações hospitalares, evidenciando ainda mais a importância da assistência domiciliar, que liberou leitos e proporcionou ao indivíduo a assistência integral em domicílio.

O fisioterapeuta é um dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, é o profissional do movimento, visa à recuperação funcional dos pacientes, assim como atua no retardo das complicações decorrentes do imobilismo e utilização de dispositivos invasivos.



# Níveis de Atenção Domiciliar

A AD está organizada em três modalidades (AD1, AD2 e AD3), de acordo com as necessidades de cuidado peculiares a cada caso, à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

(I). **Atenção Domiciliar 1 (AD1)**: indicada para usuários com estabilidade clínica e que disponham de cuidados satisfatórios pelos cuidadores, requerendo cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais.

(a). Equipe responsável: Atenção Básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

(II). **Recuperação Funcional**: indicada para usuários com estabilidade clínica e distúrbios cinético-funcionais cardiorrespiratórios e neuromioarticulares, que disponham de cuidados satisfatórios pelos cuidadores, requerendo cuidados multiprofissionais da equipe de reabilitação, oriundos da Atenção Básica ou da Atenção Domiciliar ou de procura espontânea. O propósito visa evitar a internação ou a reinternação hospitalar.

(III). **Atenção Domiciliar 2 (AD2)**: indicada para evitar a hospitalização ou reinternação hospitalar, para usuários que apresentem as seguintes condições clínicas:

(a) Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados

e sequenciais, como tratamentos parenterais e/ou reabilitação;

(b) Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

OBS: Usuários “a e b” na AD2 podem ser triados e elegíveis para reabilitação ambulatorial.

(c) Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

(d) Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

(IV). **Atenção Domiciliar 3 (AD3)**: indicada para o Programa de Internação Domiciliar (PID), para usuários internados em enfermaria hospitalar, em condições clínicas listadas na modalidade AD2, que necessitam de cuidado multiprofissional equivalente à Linha de Frente Hospitalar, ou seja, em uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade.

# Internação Domiciliar

É considerada Internação Domiciliar o atendimento continuado, em domicílio, realizado quando o paciente apresenta estado de saúde que necessita de cuidados complexos e específicos, tais como os que são ofertados em ambiente hospitalar, e que só podem ser administrados por profissionais de saúde com formação e atribuições previstas em regulamentação específica emitida por Conselho de Classe.

## Quais os Deveres e Funções:

- Avaliar o domicílio e fazer sugestões de mudanças caso necessário;
- Avaliar as necessidades do paciente para que sejam implementadas com segurança;

## Avaliação Funcional:

<b>Musculoesquelética</b>	<b>Neurofuncional</b>
<b>Cardiovascular</b>	<b>Respiratório</b>
<b>Paliativo</b>	<b>Geriatría</b>
<b>Pediatria</b>	<b>Dermatofuncional</b>

**Musculoesquelética:** Pacientes que sofreram traumas por diversas causas; aqueles com fraturas decorrentes de quedas e pós-operatório de intervenções osteomusculares.

**Neurofuncional:** Indivíduos acometidos por patologias neurológicas, sejam elas decorrentes de traumas, doenças congênitas, doenças neuromusculares ou situações cardiovasculares.

**Cardiovascular:** Pacientes acometidos por patologias cardiovasculares, sejam elas decorrentes de doenças congênitas, insuficiência cardíaca, doenças arteriais coronarianas e por pós-operatório de cirurgias cardiovasculares.

**Respiratória:** Indivíduos acometidos por patologias pulmonares, decorrentes de doenças congênitas, doenças obstrutivas, doenças restritivas e de pós-operatório de cirurgias pulmonares.

**Cuidados paliativos:** Diferenciam-se fundamentalmente do cuidado curativo por focarem no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentam doenças graves, ameaçadoras da vida -

ameaçadoras da vida - conceito que também se aplica a familiares, cuidadores e equipe de saúde e seu entorno, que adoecem e sofrem junto.

**Geriatría:** Patologias relacionadas ao envelhecimento e por disfunções decorrentes de fatores de risco como quedas, por exemplo. A geriatría tem um caráter multidimensional, avaliação que foca o aspecto clínico, psicossocial e funcionalidade.

**Pediatria:** Patologias relacionadas ao desenvolvimento psicomotor, por disfunções e síndromes hereditárias, ou por situações decorrentes de fatores de risco.

**Dermatofuncional:** Pacientes acometidos por lesões por pressão, decorrentes de síndrome do imobilismo; por recuperação cicatricial de incisuras pós-cirúrgicas, etc.





# COFFITO

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

---