

# PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

## SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Prefeitura Municipal de Itapema

**Setembro/2022**

**Elaborado por: Angelise Mozerle e Christiany Ribeiro**

### **Resumo**

A Atenção Domiciliar constitui a modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento, palição de doenças e à reabilitação de indivíduos prestadas em domicílio. É indicada para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair de casa para chegar até um serviço de saúde. Tem por objetivo proporcionar ao usuário cuidado mais humanizado, próximo da rotina a família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco possíveis agravos.

### **Bases Legais**

O Serviço de Atenção Domiciliar é regido pela Portaria MS nº 825, de 25 de abril de 2016. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

Resolução COFFITO nº. 08, de 20 de fevereiro de 1978, alterada pelas Resoluções nº15, 8, 28, 184, 331, 353 e 359, aprova normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta.

A carga horária semanal de 30 horas do Fisioterapeuta é regulamentada pela Lei nº 8856 de 1º de março de 1994 da Presidência da República. Os parâmetros de Assistência Fisioterapêutica Domiciliar são fixados e estabelecidos pela Resolução nº 444 de 26 de abril de 2014 do COFFITO. A inclusão do Fisioterapeuta na Estratégia de Saúde da Família, conforme Lei nº 14.231, de 28 de outubro de 2021.

Cabe ao município garantir a infraestrutura adequada, materiais e equipamentos para o pleno funcionamento do serviço, conforme Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017; Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 e Lei Orgânica do Município de Itapema Artigo 61.

## Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) é um modelo de atenção à saúde, oferecida na residência do usuário e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). A AD é prestada através das visitas domiciliares (VD), que se caracterizam como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação.

Este tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) com abordagens diferenciadas, sendo dividida em três níveis de atenção: **AD1, AD2 e AD3**. De acordo com o nível de atenção que o usuário se encontra, esse cuidado em domicílio é realizado por diferentes equipes.

Caracteriza-se por **AD1** aqueles usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as Atividades de Vida Diária (AVD) não podendo se deslocar até uma Unidade de Saúde (UBS). O acompanhamento é realizado pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), permitindo maior espaçamento entre as visitas, sem necessidade de atendimento frequente, sem necessidade de procedimentos e técnicas de maior complexidade. O cuidado de saúde pode ser demandado pela família do usuário, que recebeu alta hospitalar e tem indicação de concluir/continuar o plano de cuidados em casa, sob os cuidados da equipe de atenção básica do seu território.

Qualifica-se como **AD2** os usuários com problemas de saúde, associado a dificuldade/impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitando de uma maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo até a estabilização do quadro. Demanda atendimento/visita, ao menos 1 (uma) vez na semana. Esta modalidade caracteriza-se por ser habitualmente temporária, o usuário, apresentando melhora ou estabilização do quadro, poderá ser encaminhado para os cuidados em AD1.

Define-se por **AD3** os usuários com problemas de saúde, associado a dificuldade/impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitando de uma maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, demanda atendimento/visita, ao menos 1 (uma) vez na semana. A principal característica dos usuários inclusos dentro do AD3, é a necessidade de equipamentos para suporte de vida, além de procedimentos especiais.

Os usuários que estão inseridos no AD2 e AD3 possuem casos de maior complexidade, portanto são acompanhados pela Equipe Multidisciplinar de Atenção

Domiciliar, o Melhor em Casa.

## **Público Alvo**

Este protocolo é direcionado aos profissionais fisioterapeutas da Secretaria Municipal de Saúde que executam o serviço de Fisioterapia Domiciliar na APS, aos usuários e familiares/cuidadores que necessitam deste serviço; à comunidade em geral e aos demais profissionais ligados ao Sistema Único de Saúde do município de Itapema/SC.

## **Objetivo Geral**

Propiciar a regulação e a padronização das visitas e do acompanhamento da Fisioterapia Domiciliar do município de Itapema/SC.

## **Objetivos Específicos**

- Promover saúde aos usuários restritos ao domicílio no município de Itapema/SC, através da instrumentalização destes e de seus familiares/cuidadores quanto à manutenção da funcionalidade e continuidade dos cuidados orientados pelo fisioterapeuta;
- Ofertar o acompanhamento de Fisioterapia Domiciliar na APS de forma equânime, justa, eficaz e resolutiva;
- Auxiliar os profissionais fisioterapeutas atuantes na APS na tomada de decisões e no gerenciamento das visitas domiciliares e acompanhamento dos usuários admitidos;
- Otimizar os serviços com maior qualidade e resolutividade, por meio da organização, padronização, monitoramento, orientação, capacitação e desenvolvimento de ações na sua operacionalização;
- Organizar o processo de trabalho através de estratégias educacionais e de tecnologia de gestão clínica.

## **Critérios de inclusão:**

Os critérios de inclusão do usuário no serviço subdividem-se em diagnóstico cinesiofuncional, administrativos e assistenciais, que em conjunto definem se o usuário é elegível para acompanhamento no âmbito domiciliar.

### **Critérios Cinesiofuncionais**

- Usuários que se restringem ao domicílio, sem possibilidades físicas e/ou clínicas de deslocamento para o setor de Fisioterapia do Centro de Referência Especializada. Como parâmetro será utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF) para Transferências (leito, cadeira e cadeira de rodas) e/ou Locomoção, sendo necessário, para admissão do acompanhamento de Fisioterapia Domiciliar, escore menor ou igual a 3, ou seja, necessita de assistência moderada (escore 3), assistência máxima (escore 2) ou assistência total (escore 1) para a execução dessas tarefas;
- Ser caracterizado como um paciente de nível de Atenção Domiciliar **AD1**, com quadro clínico estável;
- Apresentar objetivos terapêuticos tangíveis com o acompanhamento domiciliar de Fisioterapia na APS.

### **Critérios Administrativos:**

- Residir no município de Itapema/SC;
- Possuir o Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- **Não estar sob critérios de atendimento fisioterapêutico de Plano de Saúde** (se possuir cobertura de Plano de Saúde ter negativa do Plano anexada em prontuário);
- **Não estar em acompanhamento de cunho privativo com Fisioterapia;**
- Ter consentimento formal do paciente ou responsável para realização do tratamento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido padronizado pelo Serviço;
- Não estar sob acompanhamento do Melhor em Casa;
- Não estar realizando tratamento em ambiente ambulatorial de Fisioterapia, seja na esfera municipal, estadual e federal;
- Estar sendo acompanhado pela equipe da Unidade Básica de Saúde do território.

### **Critérios Assistenciais:**

- Os familiares deverão eleger um responsável pela execução dos cuidados, orientações e prescrições realizadas pelo fisioterapeuta;
- O cuidador designado como responsável principal deverá estar presente no momento da visita, não necessita ser familiar, mas deve ser maior de idade e devidamente capacitado para a atividade;
- Apresentar condições seguras de acesso e permanência em domicílio;
- Contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados, com condições mínimas de higiene pessoal e ambiental, saneamento e segurança para os

profissionais;

- Comprometimento do usuário e do responsável para o cumprimento das orientações dadas (adesão terapêutica). Cabe a eles colaborarem com o tratamento proposto pelo fisioterapeuta para que seja resolutivo, sendo esses os **principais agentes responsáveis** pela realização dos exercícios domiciliares prescritos.

#### **Crítérios de exclusão:**

- Serão desligados aqueles usuários que **não seguirem as orientações propostas** ou aqueles em que os **responsáveis/cuidadores não se envolverem na continuidade do tratamento**;
- Serão desligados aqueles usuários cujos responsáveis/cuidadores não permanecerem durante a visita para instrumentalização;
- Quando houver a necessidade de afastamento das visitas de Fisioterapia Domiciliar por pelo menos 2 visitas consecutivas, os usuários serão desligados e reintegrados ao Serviço somente após reencaminhamento pela UBS e reavaliação fisioterapêutica;
- Em caso de 3 (três) cancelamentos sem justificativa por parte do usuário ou seu responsável, durante o período de acompanhamento pelo Serviço;
- Institucionalização: Usuários institucionalizados não serão acompanhados pela Fisioterapia Domiciliar na APS;
- Ser admitido pelo Melhor em Casa: usuário passa a ser acompanhado pelo serviço de Fisioterapia Domiciliar do Melhor em Casa;
- Mudança de endereço para outro município.

#### **Encaminhamentos:**

O usuário deverá ser encaminhado para Fisioterapia Domiciliar pela equipe (Enfermeiro ou Médico) da Atenção Primária/ESFs de referência, após **avaliação presencial da equipe no domicílio do usuário**.

Caberá **somente aos fisioterapeutas** aplicarem os critérios para inclusão ou exclusão do usuário no acompanhamento de Fisioterapia Domiciliar na APS, bem como avaliar e definir o plano terapêutico.

**Encaminhamentos para Fisioterapia Domiciliar, sem a visita presencial da equipe, terão as guias devolvidas às UBS de referência.**

### Responsabilidades do Fisioterapeuta:

- Realizar a avaliação fisioterapêutica e definir a elegibilidade do usuário para o acompanhamento, de acordo as necessidades do usuário;
- Planejar plano terapêutico com base nas demandas do usuário de seus cuidadores. As propostas terapêuticas devem ser objetivas e simples, facilitando a assimilação e o seguimento das orientações;
- Realizar orientações com o objetivo de maximizar e/ou preservar a funcionalidade do usuário, bem como atingir o maior grau de independência possível;
- Realizar orientações com o objetivo de minimizar as complicações respiratórias e motoras decorrentes da restrição de mobilidade e/ou acamamento prolongado;
- Estimular o autocuidado e autonomia;
- Estimular a participação ativa de familiares/cuidadores;
- Realizar orientações para possíveis adaptações comportamentais e do ambiente;
- Atuar de maneira **generalista**, através da prescrição de exercícios domiciliares e agendamento de retorno para acompanhamento. **A data de retorno será definida pelo fisioterapeuta responsável, conforme necessidade constatada através da avaliação presencial;**
- Encaminhar situações de maior complexidade para serviços especializados;
- Encaminhar o usuário com condições clínicas de deslocamento para Centro de Referência Especializada de Fisioterapia disponibilizados pelo município, quando houver necessidade da continuidade do tratamento;
- Conceder alta para o usuário ao concluir os objetivos propostos no plano terapêutico;
- Exercer a interdisciplinariedade.

### Frequência de Acompanhamento

- A frequência das visitas será de 1x na semana;
- Os usuários admitidos terão acompanhamento sequencial com o fisioterapeuta responsável até estabilização do quadro, com possibilidade de encaminhamento ao serviço especializado.

### Critério de Alta

- Reabilitação total ou parcial que possibilite o autocuidado;

- Reabilitação parcial em que o cuidador esteja instrumentalizado a apoiar o cuidado do usuário;
- Reabilitação parcial que possibilite o encaminhamento ao setor de Fisioterapia do Centro de Referência Especializada;
- Parada de progressão terapêutica: usuários que apresentem estabilidade das suas capacidades/incapacidades físicas, no qual não há mais objetivos para o acompanhamento com fisioterapeuta;
- Conclusão dos objetivos propostos pelo fisioterapeuta no plano terapêutico;
- Alta a pedido do responsável/cuidador, independente do motivo/justificativa.

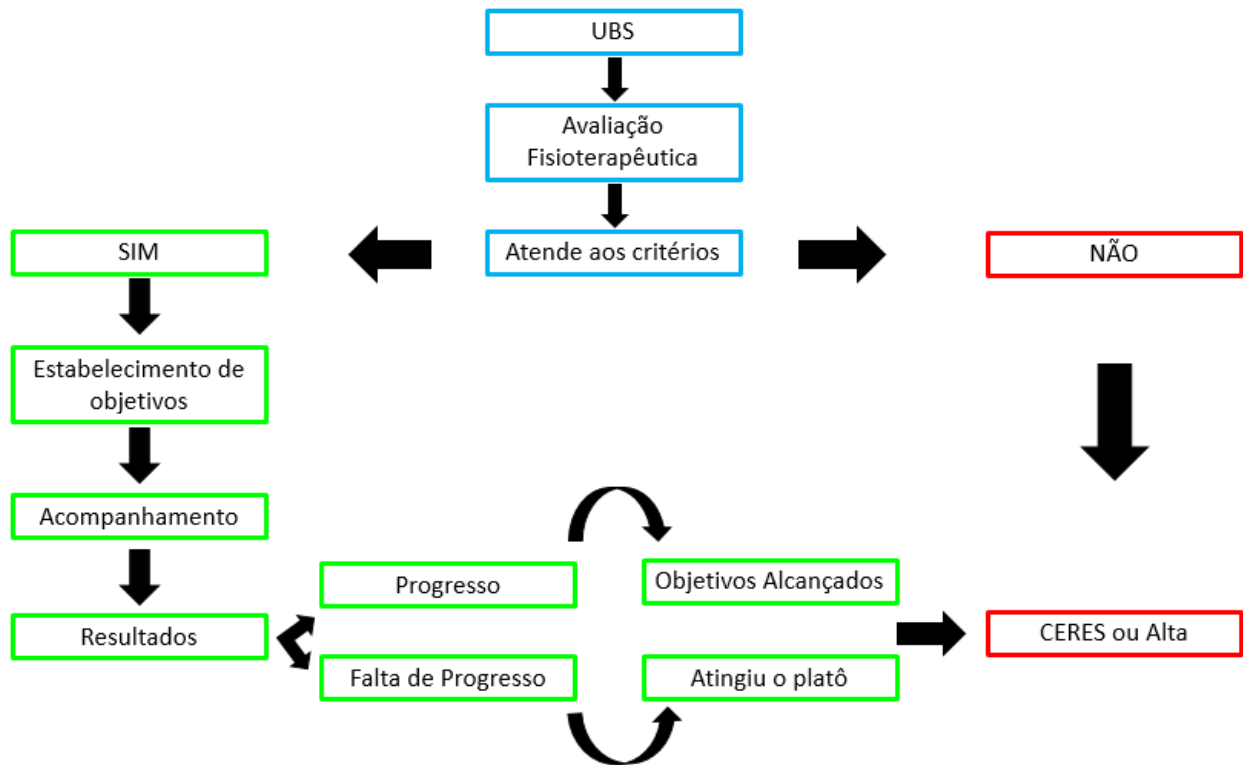
**Não há acompanhamento contínuo de Fisioterapia Domiciliar na APS. O prazo máximo de acompanhamento do usuário é de até 3 (três) meses, salvo novas intercorrências clínicas durante o período em que estiver sendo assistido.**

#### **Horário das Visitas:**

O horário das visitas domiciliares é compatível com o horário de trabalho dos fisioterapeutas. As visitas ocorrem sem agendamento prévio da primeira consulta e sem horário marcado, da disponibilidade de veículos e da logística dos profissionais. Após a avaliação, caso o usuário seja admitido no Serviço, serão informados o dia e horário aproximado em que ocorrerão as visitas. Aos finais de semana, recessos, pontos facultativos e feriados não ocorrem visitas domiciliares dos fisioterapeutas.

**Uma vez de alta do Serviço de Fisioterapia Domiciliar, o usuário somente terá uma nova avaliação e ser reintegrado se desenvolver declínio clínico do quadro, internação hospitalar ou apresentar nova comorbidade. Posto que os cuidadores/usuários estão instrumentalizados, não há necessidade de prescrição de Fisioterapia Domiciliar de rotina.**

**Fluxograma:**





## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, \_\_\_\_\_, portador do  
CPF \_\_\_\_\_, responsável pelo usuário

\_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, declaro, estar ciente dos critérios de  
inclusão, exclusão e das minhas atribuições e/ou do cuidador/responsável, conforme  
Protocolo Operacional da Fisioterapia Domiciliar AD1/Atenção Básica do município de  
Itapema/SC de acordo com o descrito abaixo:

### **Critérios de Inclusão:**

- Enquadrar-se no público-alvo: usuários que se restringem ao domicílio, sem condições físicas/clínicas de deslocar-se o setor de Fisioterapia do Centro de Referência de Especialidades (CERES I)
- Ter prognóstico favorável com o atendimento domiciliar de Fisioterapia AD1;
- Não estar sob atendimento Fisioterapêutico de cunho particular e/ou por Plano de Saúde;
- Não estar sob acompanhamento do Melhor em Casa.

### **Critérios de Exclusão:**

- Serão desligados aqueles usuários que não seguirem as orientações propostas ou aqueles em que os cuidadores/responsáveis não se envolverem na continuidade do tratamento;
- Serão desligados aqueles usuários cujos cuidadores/responsáveis não permanecerem durante a visita para instrumentalização;
- Quando houver a necessidade de internação por um período superior a 10 dias e/ou necessidade de afastamento das visitas de fisioterapia por no mínimo por 2 visitas consecutivas, os usuários serão desligados e reintegrados ao acompanhamento somente com novo encaminhamento;
- Em caso de 3 (três) cancelamentos por parte do usuário ou seu cuidador/responsável durante o período de acompanhamento pelo fisioterapeuta.

### **Critérios de Alta:**

- Reabilitação total ou parcial que possibilite o autocuidado;
- Reabilitação parcial em que o cuidador esteja instrumentalizado a apoiar o cuidado do usuário;

- Reabilitação parcial que possibilite o encaminhamento ao setor de Fisioterapia do Centro de Referência Especializadas (CERES I);
- Usuários que apresentam estabilidade das suas capacidades/incapacidades físicas (parada de progressão terapêutica), no qual não há mais objetivos para o tratamento;
- Conclusão dos objetivos propostos pelo fisioterapeuta do plano terapêutico;
- Alta a pedido do cuidador/responsável.

**Atribuições do usuário, cuidador/responsável:**

- Colaborar com o tratamento proposto pelo fisioterapeuta, para que seja resolutivo;
- O responsável deverá permanecer no local durante a visita do fisioterapeuta e estar receptivo as orientações repassadas pelo profissional;
- Comprometer-se a executar todas as orientações propostas.

**IMPORTANTE:**

- **O objetivo do Serviço é a instrumentalização dos usuários e de seus familiares/cuidadores. A atuação é generalista, através da prescrição de exercícios domiciliares e, quando necessário, agendamento de retorno para acompanhamento.**
- **O cuidador é o principal agente responsável** pela realização dos exercícios de Fisioterapia/Reabilitação Domiciliar.
- **NÃO HÁ ATENDIMENTO CONTÍNUO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR AD1.** O prazo máximo de acompanhamento do paciente é de até **3 (três) meses**.

Fui devidamente orientado sobre os objetivos da fisioterapia domiciliar sobre os critérios de inclusão, exclusão e atribuições. Além disso, ciente de que o **plano terapêutico apresenta prazos determinados para início e término.**

Itapema, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura cuidador/responsável

### Termo de Alta Fisioterapêutica

Eu, \_\_\_\_\_, portador do  
CPF \_\_\_\_\_, responsável pelo usuário

\_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, declaro, estar ciente da alta  
fisioterapêutica do usuário, conforme Protocolo Operacional da Fisioterapia Domiciliar  
AD1/Atenção Básica do município de Itapema/SC. A alta está sendo ofertada, pois o usuário:

Alcançou os objetivos planejados pela fisioterapeuta, estando a  
família/cuidadores instrumentalizados para o cuidado com o usuário;

Alcançou os objetivos planejados pela fisioterapeuta, estando o usuário apto  
ao retorno das atividades;

Alcançou os objetivos planejados pela fisioterapeuta, estando o usuário apto  
a ser encaminhado ao Centro de Referência Especializadas (CERES I);

Desligamento do serviço, pois a família/cuidadores/usuário não aderiram ao  
plano terapêutico desenvolvido pela fisioterapeuta;

Desligamento do serviço, usuário foi encaminhado para serviço de  
Fisioterapia Especializada/Centro de Reabilitação/Institucionalização;

Desligamento do serviço a pedido do usuário.

#### IMPORTANTE:

- **O objetivo do Serviço é a instrumentalização dos usuários e de seus familiares/cuidadores. A atuação é generalista, através da prescrição de exercícios domiciliares e, quando necessário, agendamento de retorno para acompanhamento.**
- **O cuidador é o principal agente responsável** pela realização dos exercícios de Fisioterapia/Reabilitação Domiciliar.
- **NÃO HÁ ATENDIMENTO CONTÍNUO DE FISIOTERAPIA DOMICILIAR AD1.** O prazo máximo de acompanhamento do paciente é de até **3 (três) meses**.

Itapema, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Responsável

## Medida de Independência Funcional

### Transferências:

#### I - TRANSFERÊNCIAS: LEITO, CADEIRA, CADEIRA DE RODAS

Esta atividade envolve todos os aspectos de transferência de e para a cama, cadeira e cadeira de rodas, assim como passar para a posição em pé se a marcha for o modo de locomoção usual da pessoa.

#### SEM AJUDA

- 7 - Independência Completa:** Se a pessoa anda, deve aproximar-se, sentar-se, e levantar-se de uma cadeira normal e ficar numa posição ereta; transfere-se da cama para uma cadeira. Executa com segurança. Se a pessoa estiver numa cadeira de rodas, deve aproximar da cama ou da cadeira, acionar o freio, ajustar os pedais e remover o apoio dos braços caso necessário; transfere-se (realizando a rotação em pé ou deslizando) e retorna. Executa com segurança.
- 6 - Independência Modificada:** requer dispositivos de ajuda ou adaptação (prótese ou órtese) tais como equipamentos móveis ou de elevação, tábua de transferência, bancos ou cadeiras especiais, suportes ou muletas. Leva um tempo acima do razoável ou existem riscos de segurança. Neste caso, uma prótese ou órtese se considera como dispositivo de apoio se for utilizada para a transferência.

#### COM AJUDA

- 5 - Supervisão ou Preparação:** requer supervisão (alguém ao lado, incentivo, sugestão) ou preparação (posicionando os equipamentos móveis, ajustando os pedais, etc).
- 4 - Assistência com Contato Mínimo:** quando é preciso apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização das tarefas, a pessoa executa 75% ou mais das tarefas.
- 3 - Assistência Moderada:** a pessoa executa 50 a 74% das tarefas.
- 2 - Assistência Máxima:** a pessoa executa 25 a 49% das tarefas.
- 1 - Assistência Total:** a pessoa executa menos de 25% das tarefas.

## Medida de Independência Funcional

### Locomoção:

#### L - LOCOMOÇÃO

Esta atividade consiste em andar (estando de pé) ou usar cadeira de rodas (estando sentado) numa superfície plana. Se a pessoa usa os dois modos de locomoção com a mesma frequência, indique "ambos".

#### SEM AJUDA

- 7 - Independência Completa:** Anda pelo menos 50 metros sem dispositivos auxiliares. Não usa cadeira de rodas. Executa com segurança.
- 6 - Independência Modificada:** Se a pessoa anda: andar pelo menos 50 metros, mas usa um apoio (órtese) ou prótese em membro inferior, sapatos especiais, bengala, muletas ou andadores. Leva um tempo acima do razoável ou há riscos de segurança. Se a pessoa não anda: opera cadeira de rodas manual ou motorizada independentemente por um mínimo de 50 metros; dá voltas; manobra a cadeira até à mesa, cama ou vaso sanitário; consegue transpor uma inclinação de pelo menos 3 graus; manobra a cadeira de rodas sobre tapetes e soleiras de portas ou espaços apertados.
- 5 - Exceção (Deambulação Doméstica):** anda apenas pequenas distâncias (mínimo de 15 metros) com ou sem dispositivo. Pode levar um tempo acima do razoável ou há riscos de segurança. Ou conduz independentemente uma cadeira de rodas manual ou elétrica apenas por curtas distâncias (mínimo de 15 metros).

#### COM AJUDA

- 5 - Supervisão:** se a pessoa anda, requer alguém ao lado, com ou sem encorajamento ou sugestão, para andar um mínimo de 50 metros. Se a pessoa não anda, requer alguém ao lado, com ou sem encorajamento ou sugestão para conduzir a cadeira de rodas por pelo menos 50 metros.
- 4 - Assistência com Contato Mínimo:** quando é preciso apenas tocar a pessoa em auxílio para a realização das tarefas, a pessoa executa 75% ou mais do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.
- 3 - Assistência Moderada:** a pessoa executa 50 a 74% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 50 metros.
- 2 - Assistência Máxima:** a pessoa executa 25 a 49% do esforço de locomoção para andar um mínimo de 15 metros. Requer a assistência de uma pessoa.
- 1 - Assistência Total:** a pessoa executa menos de 25% do esforço, ou requer assistência de duas pessoas ou não anda o mínimo de 17 metros.



## Referências Bibliográficas

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de Cuidados Paliativos**. 2. ed., ago. 2012. 592p.

ALENCAR, Maria do Carmo Baracho de; HENEMANN, Leo; ROTHENBUHLER, Renata. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. **Fisioterapia em Movimento**. v. 21, n.1, p.11-20, jan./mar. 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8856**, 1º de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho do Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Cadernos de Atenção Básica, n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 825**, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

BRASIL, Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. **Orientações para o cuidado com o paciente no ambiente domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BOECHAT, Júlio César dos Santos *et al.* A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 22, p. 89-107, jul./set. 2012.

CECATTO, Rebeca Boltes; ALMEIDA, Cristiane Isabela de. O planejamento da reabilitação na fase aguda após o acidente vascular encefálico. **Acta Fisiátrica**. v. 17, n.1, p. 37-43, 2010.

COFFITO. **RESOLUÇÃO Nº. 08**, DE 20 DE FEVEREIRO DE 1978, alterada pelas Resoluções nº15/1980, 18/1981, 28/1982, 184/1998, 331/2007, 353/2008 e 359/2008. Aprova normas para habilitação ao exercício da profissão de fisioterapeuta.

COFFITO. **RESOLUÇÃO Nº 444**, de 26 de abril de 2014. **Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta.**

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana Salud Publica**. v. 24 , n.3, p. 180–188, 2008.

Kostrowski G.C.B; Buchmann M.T.A; Lanzarin M; Santos P.S.F. **Protocolo de Assistência Domiciliar. Serviço de Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde do Município de Jaraguá do Sul.** Jaraguá do Sul. Março, 2022.

LADEIRA, Talita Leite. Reflexões bioéticas na formação do fisioterapeuta: perspectivas docentes e discentes. 2018. 144 f. **Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva)** – Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina, Niterói , 2018.

Lei Orgânica do Município de Itapema. Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br/lei-organica-itapema-sc>>

LOPES, J.M., GUEDES, M. B. O. G.; **Fisioterapia na Atenção Primária.** 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

LOPES, Wanda de Oliveira *et al.* Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [S.L.], v. 2, n. 7, p. 241-247, 2008.

MARQUES, Giselda Quintana; FREITAS, Ivani Bueno de Almeida. Experiência-piloto de assistência domiciliar: idosos acamados de uma Unidade Básica de Saúde, Porto Alegre, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem: USP**, v. 43, n.4, p 825-832, 2009. Disponível em <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em 16 set. de 2020.

OLIVEIRA, Talita de; BOMBARDA, Tatiana Barbieri; MORIGUCHI, Cristiane Shinohara. Fisioterapia em cuidados paliativos no contexto da atenção primária à saúde: ensaio teórico. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 427-431, 2019.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento.** 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2005. Tradução de Fernando Augusto Lopes, Lilia Breternitz Ribeiro.

RIBERTO, Marcelo, *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**. n. 11, p. 72-76, ago. 2004. Disponível em <<https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>>. Acesso em 19 jan. 2021.

SILVA, Lízia Fabíola Almeida; LIMA, Maria da Glória Lima; SEIDL Eliane Maria Fleury. Conflitos bioéticos: atendimento fisioterapêutico domiciliar a pacientes em condição de terminalidade. **Revista Bioética**. v. 25, n.1, p. 148-157, 2017.

SOUZA, M. C. *et al.* Fisioterapia, cuidado e sua práxis no núcleo de apoio à saúde da família. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 67-76, abr./jun. 2015.

STOKES, Maria. **Cash**: neurologia para fisioterapeutas. São Paulo: Editorial Premier, 2000. Tradução de Terezinha Oppido.

VIANNA, Eliane Chaves *et al* (org.). **Caderno do curso de Apoio Matricial na Atenção Básica**: com ênfase nos Nasf/AB. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

VILLAS BÔAS, Maria Leopoldina de Castro; SHIMIZU, Helena Eri; SANCHEZ, Mauro Niskier. Elaboração de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar. **Revista da Escola de Enfermagem** : USP, v. 50, n.3, p. 434-441, 2016.