

Assinado digitalmente por: Jessica Castro dos Santos
Razão: Sou responsável pelo documento
Localização: FAEMA - Ariquemes/Rondônia
O tempo: 11-10-2019 21:25:27



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ERIKA BARBOZA DA SILVA

A IMPORTÂNCIA DA APROXIMAÇÃO ENTRE O FISIOTERAPEUTA E O CUIDADOR DE PACIENTES SOB CUIDADOS DOMICILIARES

ARIQUEMES – RO

Assinado digitalmente por: Luiz Fernando Schneider
Razão: Sou responsável pelo documento
Localização: FAEMA, Ariquemes - Rondônia
O tempo: 14-10-2019 19:20:09

2019

Assinado digitalmente por: Patricia Morsch
Razão: Sou responsável pelo documento
Localização: Faema / Ariquemes-RO
O tempo: 02-10-2019 18:01:57

Erika Barboza da Silva

**A IMPORTÂNCIA DA APROXIMAÇÃO ENTRE O
FISIOTERAPEUTA E O CUIDADOR DE PACIENTES SOB
CUIDADOS DOMICILIARES**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Fisioterapia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do grau de bacharelado em Fisioterapia.

Prof^a Orientadora: Ms. Jessica Castro dos Santos

ARIQUEMES – RO

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

SI586i

SILVA, Erika.

A importância da aproximação entre o fisioterapeuta e o cuidador de pacientes sob cuidados domiciliares. / por Erika Silva. Ariquemes: FAEMA, 2019.

42 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Fisioterapia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Ma. Jessica Santos.

1. Assistência Domiciliar. 2. Fisioterapia. 3. Assistência ao paciente. 4. Cuidados domiciliares. 5. Fisioterapeuta. I Santos, Jessica. II. Título. III. FAEMA.

CDD:615.82

Bibliotecário Responsável

CRB ***/***

Erika Barbosa da Silva

<http://lattes.cnpq.br/1398355437093255>

**A IMPORTÂNCIA DA APROXIMAÇÃO ENTRE O
FISIOTERAPEUTA E O CUIDADOR DE PACIENTES SOB
CUIDADOS DOMICILIARES**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Fisioterapia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em fisioterapia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora Ms. Jessica Castro dos Santos
<http://lattes.cnpq.br/5684933075991090>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Dra Patricia Morsch
<http://lattes.cnpq.br/8480752993159408>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Esp. Luiz Fernando Schneider
<http://lattes.cnpq.br/6425927083759427>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes/RO, 20 de setembro de 2019.

Ao meu marido: Dener Vargas;

Aos meus pais: Simão & Rosimeire;

Aos meus sogros: Vivaldino & Guadalupe;

Aos meus irmãos: Elissandra & Elaine & Elton;

À minha amiga Andressa Gonçalves .

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar comigo nessa jornada, pois em todos os momentos estive ao meu lado me dando força, energia e coragem.

Agradeço a minha família por acreditar nos meus sonhos e estar comigo em todas as situações. Ao meu marido que caminhou ao meu lado durante esses anos, que suportou todos os meus estresses diários da faculdade.

Agradeço a minha querida amiga Andressa, no primeiro dia de aula fizemos amizade, e durante todos esses anos sempre fomos parceiras uma ajudando a outra.

Agradeço a minha orientadora Jessica Castro, peça fundamental na decisão sobre qual tema escolher, obrigada por toda paciência, obrigada por sempre me atender e responder minhas mensagens, obrigada por escrever comigo sobre algo incrível.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”

Albert Einstein

RESUMO

A Atenção Domiciliar ou *Home Care* caracteriza-se como um conjunto de ações hospitalares possíveis de serem realizadas no ambiente domiciliar. Os atendimentos são realizados através de uma equipe multidisciplinar fundamentada no diagnóstico e na realidade em que o paciente se encontra, visando assim a promoção, manutenção e a reabilitação no próprio domicílio. A atuação da fisioterapia no ambiente domiciliar é uma atividade que se expandiu em diversos países, principalmente no Brasil. São vários os fatores que conduzem o paciente ou sua família a escolher pelo serviço de fisioterapia domiciliar. Este trabalho tem como objetivo elucidar sobre a importância da aproximação entre o cuidador e o fisioterapeuta de pacientes que recebem cuidados domiciliares. Consiste em uma revisão de literatura, realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica caracterizada por buscas em artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso e teses, acessadas por meio de plataformas indexadas e biblioteca local. Os critérios de inclusão foram artigos científicos na íntegra, nos idiomas Português e inglês, publicados entre os anos de 2010 a 2019 referentes ao tema abordado no contexto do trabalho. Apesar da limitação encontrada na literatura acerca do tema, em alguns estudos foi possível identificar que a aproximação entre o fisioterapeuta e o cuidador de pacientes que recebem a assistência no ambiente domiciliar cria uma nova dimensão nos atendimentos prestados a estes pacientes, isso possibilita a criação de vínculos de amizade e parceria a cada atendimento, o que favorece o processo de recuperação do paciente.

Palavras-chaves: Serviços de Assistência Domiciliar; Fisioterapia; Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Home Care is characterized as a set of hospital actions that can be performed at home. Services are performed through a multidisciplinary team based on the diagnosis and the reality in which the patient is, in order to promote, maintain and rehabilitate. The role of physical therapy at home is an activity that has expanded in several countries, developed in Brazil. There are several factors that lead the patient or family to choose physiotherapy service at home. This paper aims to elucidate the importance of the relationship between caregivers and physiotherapists of patients receiving home care. It consists of a literature review, performed through a bibliographic search characterized by searches in scientific articles, papers and theses, accessed through indexed platforms and local library. Inclusion criteria were scientific articles in full, in Portuguese and English, published between 2010 and 2019 referring to the theme addressed. Despite the limitation found in the literature on the subject, in some studies it was possible to identify that the relationship between physiotherapist and caregiver of patients who receive care, creates a new dimension in the home care provided to these patients, enabling friendship and partnership, which favors the patient's recovery process.

Keywords: Home Care Services; Physical Therapy; Patient Care Team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD	Atividade de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DeCS	Descritores Controlados em Ciências da Saúde
DOU	Diário Oficial da União
Ed.	Edição
Et al.	E outros
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Equipe de Saúde da Família
eSF	Estratégia de Saúde da Família
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
MS	Ministério da Saúde

NAISF	Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PUBMED	U.S National Library of Medicine
Pg.	Página
PQCIF	Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil
RAB	Rede de Atenção Básica
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e Urgência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 ATENÇÃO DOMICILIAR.....	16
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACENTES QUE RECEBEM ATENDIMENTOS DOMICILIARES	19
4.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	21
4.4 O PAPEL DOS CUIDADORES NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	23
4.5 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA E A IMPORTÂNCIA DA APROXIMAÇÃO COM O CUIDADOR.....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34

INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) ou *Home Care* (do inglês, cuidado do lar), caracteriza-se como um conjunto de ações hospitalares possíveis de serem realizados na residência do paciente. Essa assistência é prestada através de uma equipe multidisciplinar fundamentada no diagnóstico e na realidade em que o paciente se encontra, visando assim a promoção, manutenção e a reabilitação em domicílio. (BENASSI et al., 2012).

A Política Nacional de AD, no Brasil foi instituída pela Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011 e modificada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.527 de 27 de outubro de 2011, bem como a Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012 e a seguir a Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013, que regulamentam o atendimento domiciliar no país. Atualmente o atendimento domiciliar, é regido pela portaria nº 825, de 2016. (SILVA et al., 2017).

A prática de cuidados domiciliares iniciou nos Estados Unidos, no ano de 1947, como prática institucionalizada, motivada pela necessidade de descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente, porém a utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde emergiu e expandiu-se mundialmente devido a transição demográfica e epidemiológica. Já em território brasileiro, o serviço de cuidado domiciliar passou a existir a partir de 1990, seguindo a tendência mundial. (BRASIL, 2014).

A AD tem sido uma das mais recentes modalidades de cuidado e visa à promoção, manutenção restauração da saúde além de favorecer o desenvolvimento e adaptação das funções de cada paciente de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia. (LIMA; SPAGNUOLO; PATRICIO, 2013).

No Brasil, a organização da AD deve considerar a participação de uma equipe multiprofissional de cuidados, composta, em geral, por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e auxiliares de enfermagem. (THUMÉ et al., 2010).

A visita domiciliar é caracterizada pelo deslocamento do profissional até o domicílio do paciente e proporciona a equipe de saúde a oportunidade de adentrar no

espaço familiar. Dessa forma, é possível identificar as necessidades e potencialidades desse paciente, à partir do conhecimento da rotina, cultura, dos costumes e crenças, pois é neste ambiente que ocorrem falas, escutas e interpretações. (BEZERRA; LIMA; LIMA, 2015).

Além da equipe de saúde é necessário a presença de um cuidador que segundo a portaria de nº 963, de 26 maio de 2013, que redefine a AD, no âmbito do SUS, é o indivíduo com ou sem vínculo familiar com o paciente, para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades diárias. São considerados a base dos programas de assistência domiciliar, pois passam a ser responsáveis por atividades de cuidados básicos de saúde e auxílio nas atividades de vida diária, e na execução de cuidados orientado pelos profissionais de saúde. (DIAS et al., 2017).

O fisioterapeuta é um profissional atuante e que faz parte da equipe capaz de prestar assistência, e cuidados fisioterápicos que são realizados no domicílio do paciente, permitindo uma avaliação profissional quanto à realidade e dificuldades do paciente, e a partir disso, é capaz de elaborar um plano de assistência ajustado à realidade individual. (MOURA et al., 2018).

A resolução do (coffito) Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, nº 474 define que a atenção Domiciliar pode ser exercida nos três níveis de atenção à saúde, por fisioterapeutas que atuam de forma autônoma ou em equipe multidisciplinar, por instituições públicas, privadas ou filantrópicas, entre outras, que ofereçam serviços de atendimento domiciliar. (COFFITO, 2016).

A fisioterapia em ambiente domiciliar é uma atividade que se expandiu em diversos países, principalmente no Brasil. Vários fatores conduzem o paciente ou sua família a escolher pelo serviço de fisioterapia domiciliar, esses motivos vão desde de uma incapacidade físico-funcional, restrição ao leito, até a comodidade e praticidade desse tipo de atendimento para as famílias. (SILVA; DURÃES; AZOUBEL, 2011).

O profissional em fisioterapia, durante o processo da graduação passa a ter uma formação clínica generalista, o que possibilita atuar nas diversas áreas da saúde e em diferentes especialidades, e nos diferentes níveis de atenção à saúde, pois sua formação permite intervir tanto na prevenção, promoção, reabilitação, ações em educação em saúde, sendo prioridade sua inserção na saúde pública. (MAIA et al., 2015).

A atuação fisioterapêutica no ambiente domiciliar ultrapassa a atenção direta ao paciente, pois mantém o contato com a família, propondo educação e capacitação dos membros para os cuidados prestados e convivência com o paciente em atendimento domiciliar. Desta forma justifica-se a realização deste trabalho afim de elucidar a importância da aproximação entre o cuidador e fisioterapeuta de pacientes que recebem cuidados domiciliares.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elucidar sobre a importância da aproximação entre o fisioterapeuta e o cuidador de pacientes que recebem cuidados domiciliares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever sobre o serviço de atendimento domiciliar.
- ✓ Conceituar a atuação do fisioterapeuta na equipe de atenção domiciliar.
- ✓ Destacar a importância da inserção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar de atenção domiciliar e a relação com os cuidadores.

3 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em uma revisão de literatura, realizada por meio de uma pesquisa bibliográfica. Realizada em artigos científicos, trabalhos de conclusão de curso e teses, acessadas por meio das plataformas indexadas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), U.S National Library of Medicine (PUBMED) e Google acadêmico, bem como as obras do acervo literário da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). As palavras-chave utilizadas para as buscas, estavam em conformidade com os Descritores Controlados em Ciência da Saúde (DeCS) em português e seus respectivos em inglês: Serviços de Assistência Domiciliar/ Home Care Services; Fisioterapia/ Physical Therapy; Equipe de assistência ao paciente/ Patient Care Team.

Os critérios de inclusão para realização deste trabalho consistiram em: artigos científicos na íntegra, nos idiomas Português e inglês, publicados entre os anos de 2010 a 2019 referentes ao tema abordado no contexto do trabalho.

Os critérios de exclusão foram trabalhos publicados anteriormente a data referenciada que não contemplassem o tema do trabalho e artigos sem relevância para o tema.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ATENÇÃO DOMICILIAR

Em outubro de 2011 foi publicada a Portaria nº 2.527 que apresenta melhorias para a área da AD, no âmbito do SUS, representando um marco e um compromisso de que a AD é uma prioridade. Essa foi substituída pela Portaria nº 963 de 2013, que redefine a AD, no SUS. Essas legislações têm propiciado a expansão da AD no Brasil e, conseqüentemente, observa-se o desenvolvimento da produção sobre essa temática. (GONÇALVES et al., 2017).

A AD tem crescido significativamente em todo o mundo, no subsetor público brasileiro. Esse tipo de atenção iniciou com o serviço de assistência médica domiciliar e urgência (SAMDU), no Município de São Paulo, em 1949 já em 2011 a AD, no âmbito do SUS seria definida pela Portaria 2.029, determinando três modalidades de cuidado prestadas por equipes de Atenção Básica e de AD. Com a portaria 2.527, de outubro de 2011. (SAVASSI et al., 2018).

No Brasil, a AD é prestada por diversos serviços ofertados pelo SUS, como nas 39.872 equipes de Saúde da Família (eSF), presentes em 40.044 Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras, que são responsáveis por uma cobertura de 59,74% dos brasileiros. Ainda o serviço é prestado pelas 629 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 347 Equipes Multiprofissionais de Apoio de Atenção Domiciliar (EMAP) implantadas até março de 2017, cobrindo (26,27%) dos brasileiros em todas as regiões do país. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) registra 515 “Serviços de AD Isolado (*Home Care*)” do setor privado e mais 25 Unidades de Atenção em Regime Residencial. (SAVASSI et al., 2018).

A iniciativa de AD estendeu-se internacionalmente nas últimas década, sendo implementada nas unidades hospitalares através do processo de desospitalização, através da redução do número de pacientes em instituições hospitalares, passando a receber atendimento em domicílio, isso reduz significativamente os riscos de contrair infecções hospitalares, gera economia com os custos da hospitalização, racionaliza a

demanda dos leitos hospitalares, proporciona maior conforto para o paciente e sua família, além de tornar o cuidado mais humanizado. (VASCONCELOS et al., 2015).

Atualmente, o sistema único de saúde (SUS) representa o maior empregador de trabalhadores em saúde e, de acordo com pesquisa realizada em 2003 pelo MS, mais de 90% da população brasileira é usuária de alguma forma dos serviços de saúde do SUS. (FRÉZ; NOBRE, 2011).

A incorporação da AD no SUS tem como objetivo garantir, para o paciente e sua família o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, regionalização e hierarquização e representa uma tentativa de resposta às demandas crescentes por outras formas de cuidado não hospitalares no país. (BRAGA et al., 2016).

A AD é constituída por uma série de condições resultando em difícil entendimento por parte dos profissionais da saúde, diante dessas situações criou-se maneiras de especificar as diversas ações de cuidado em saúde no contexto domicílio. Sendo classificados em atendimento domiciliar, visita domiciliar, e AD que atualmente é o mais abrangente, pois abarca as demais definições e contempla todos os objetivos simultaneamente. (GALLASSI et al., 2014).

No ano de 2011, com a criação do Programa Melhor em Casa, a AD foi instituída no SUS de forma sistêmica, tendo por diretrizes a integração dessa modalidade aos demais pontos de atenção, a vinculação da AD, à estratégia das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora e orientadora do cuidado e da ação territorial, e a incorporação da AD, ao sistema de regulação das redes, de maneira a se articular com outros pontos de atenção. (BRASIL, 2014).

O Programa Melhor em Casa, do SUS, pretende reduzir a permanência e demanda da internação hospitalar, focando na desinstitucionalização e humanização da atenção, e a ampliação da autonomia dos usuários a partir de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio por equipe multidisciplinar. (PEREIRA; GESSINGER, 2014).

O Programa Melhor em Casa organiza a AD em três níveis: AD1 para pacientes crônicos de baixa complexidade, que deveriam ser seguidos uma vez ao mês por profissionais das unidades básicas da Rede de Atenção Básica (RAB); AD2 para pacientes de média complexidade, necessitando acompanhamento semanal do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD); e AD3 para indivíduos com maior complexidade

e necessidades, recebendo assistência do Serviço de AD com maior frequência. (POZZOLI, CECÍLIO, 2017).

A AD sugere que o cuidado seja realizado de forma individualizado e contextualizado com a realidade do paciente, sendo capaz de proporcionar a recuperação da condição de saúde. Ao receber os cuidados dos profissionais os pacientes tendem a ter uma perspectiva de melhora, do prolongamento da vida com qualidade, do entendimento do seu real estado clínico, além de promover o resgate das relações pessoais, e uma compreensão das perspectivas futuras e a autonomia no cuidado da própria saúde. (SILVA et al., 2017).

O atendimento domiciliar pode variar de acordo com as necessidades apresentadas pelos indivíduos, seja elas necessidades em tempo integral ou apenas no auxílio e apoio nos cuidados de idosos frágeis, adultos com deficiência, onde os cuidados podem ser prestados a curto, médio e longo prazo. (GENET et al., 2011).

Segundo Silva et al., (2013), a assistência à saúde no domicílio pode representar um movimento para a construção de novos modelos de atenção que buscam uma assistência integral e imparcial, garantindo a qualidade de vida e estimulando a autonomia do indivíduo, configurando como uma estratégia de desconcentração de serviços de saúde, e co-participação no cuidado.

Em um estudo realizado por Borges e colaboradores (2016), os autores destacaram como vantagem a AD na disponibilização do conforto, envolvimento e o convívio do paciente com sua família e com outras pessoas de seu âmbito social. Em relação ao conforto, foram identificados que, para o familiar envolvido nos cuidados com o paciente, estar em casa seria mais confortável e menos desgastante, em contraposição à necessidade de estar presente no ambiente hospitalar, que demandaria idas e vindas de sua residência.

Em um estudo de coorte de dez anos, desenvolvido em Milão, Itália, a AD mostrou-se benéfica para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave. A pesquisa identificou que o grupo de pacientes com DPOC atendidos por serviços de AD apresentou menor mortalidade do que o grupo atendido na modalidade tradicional. Evidenciou também que os pacientes em AD apresentaram menores taxas de crises agudas e de piora clínica, procuraram menos os serviços de emergência e apresentaram menores taxas de reinternação. (BRAGA et al., 2016).

Quanto ao desenvolvimento de tecnologias relacionada a AD, estudos apontam que essa tecnologia está relacionada aos contextos de trabalho, como protocolos,

escalas, manuais, processos de planejamentos, execução e avaliação para o gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, com o intuito de intervir no contexto da prática profissional, visando melhoria de sua qualidade, e ainda ressalta-se que essa tecnologia também incorpora capacitação dos trabalhadores envolvidos na AD, assim como o preparo nos cursos de formação profissional. (GONÇALVES et al., 2017).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUE RECEBEM ATENDIMENTOS DOMICILIARES

Entre a população assistida pela AD, de acordo com os artigos analisados, encontram-se os idosos, pacientes em cuidados paliativos, portadores de doenças pulmonares crônicas com dependência de oxigenoterapia domiciliar, portadores de doenças crônicas incapacitantes e crianças prematuras. (NERY et al., 2018).

O perfil familiar social e clínico do usuário em AD, traduz a situação da população idosa que é atendida pelo SUS, definida por, baixa escolaridade e renda, em geral mulheres, portadoras de problemas de saúde crônico-degenerativos, dificuldades de locomoção, dependência de outros para as Atividade de Vida Diária (AVD), e que demandam cuidados no domicílio por parte da família, por vezes ocasionando tensões na dinâmica do lar. (PIRES et al., 2013).

O cenário atual do país indica um aumento significativo na expectativa de vida, o que se traduz em um aumento na população idosa, e redução na taxa de fecundidade, o que comprova a conformação das famílias atualmente. De um modo geral nota-se como a população idosa tem crescido, são aspectos marcantes para confirmação da transição demográfica em países em desenvolvimento, no Brasil estima-se em 2025 o público idoso entre 60 anos de idade ou mais, poderá atingir até 33,4 milhões, passando a ocupar a quinta posição entre os países com maior público idoso. (DUCA et al., 2012).

Nessa esfera, no âmbito do SUS, as políticas de saúde voltadas para o envelhecimento populacional e sustentadas pela Constituição Federal de 1988; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e, mais recentemente, a Portaria n.º

2.029, que institui a AD no âmbito do SUS, vinculada à eSF, precisam perspectivar o contexto domiciliar como espaço essencial para cuidados. (SILVA et al., 2013).

A transição demográfica, epidemiológica e nutricional no Brasil vem ocasionando um aumento significativo nas demandas assistenciais de saúde, o que se dá devido ao rápido envelhecimento populacional, aumento da tripla carga de doenças, que caracteriza-se como doenças infecto-parasitárias e desnutrição, doenças crônicas e causas externas. (ANDRADE et al., 2013).

Segundo uma pesquisa realizada por Wachs et al., (2016), a probabilidade das mulheres receberem AD, foi (1,4) vez maior quando comparada aos homens. Em relação à idade, manteve-se aumento linear, sendo a probabilidade (1,85) vez maior para idosos com mais de 80 anos quando comparados ao grupo de 60 a 64 anos. Não ter nenhum ano de estudo aumentou em (2,2) a probabilidade de recebimento de AD quando comparados com idosos que tinham oito anos ou mais de estudos. O recebimento de atenção no domicílio foi cerca de (30%) maior nas classes econômicas mais pobres, em comparação aos idosos da classe A/B.

Na AD, existem maneiras nas quais são ordenadas a complexidade do paciente, qual nível de atenção deve receber, assim como a identificação e capacitação do cuidador, seja ele familiar ou funcionário contratado pela família. Constitui-se a primeira etapa para a admissão em um programa de AD, diante da identificação será definida a frequência de visitas e o plano terapêutico a ser implementado, o quadro clínico do paciente, o suporte terapêutico, reabilitação e prevenção, uso de drenos, cateteres, além de considerar os aspectos, culturais, ambientais e socioeconômico no qual o indivíduo está inserido. (BRONDANI et al., 2013).

Dentro da AD, o diagnóstico clínico que prevalece nos registros como maior motivo de encaminhamento para os serviços de fisioterapia domiciliar é o AVE, seja ele isquêmico ou hemorrágico que juntos perfazem (21,35%). Certificando que o AVE e a doença cerebrovascular que apresenta a maior incidência, o Brasil é detentor da segunda posição em AVE e com a maior taxa de mortalidade por este tipo de doença cerebrovascular. (BENASSI et al., 2012).

Segundo uma pesquisa realizada por Pires et al., (2012), parte dos usuários de AD (41,2%) corre risco para úlcera por pressão, depende de outras pessoas para realizar as AVD, durante o dia (57,9%) como se banhar, vestir-se, ir ao banheiro, locomover-se, alimentar-se ou manter controle de esfíncteres, (32,4%) são dependentes para mais de cinco dessas seis funções do dia-a-dia.

De acordo com uma pesquisa realizada por Carnáuba et al., (2017), no que se refere as características clínicas e funcionais dos pacientes atendidos em domicílio, os pacientes acamados representam a totalidade de (72,5%) já os pacientes que deambulam com dependência de terceiros, equivale a (19,5%) e os pacientes que deambulam sem dependência representam (3%).

Na AD, a casa do paciente é usada para os cuidados em saúde, a partir do momento em que o paciente passa a receber atendimento em domicílio propicia ao sistema de saúde racionalização de custos obtidos pela desospitalização, em especial em situações de cuidados crônicos, ao mesmo tempo inova formas de cuidado com ênfase no usuário e em sua família, na tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalocêntrico. (SILVA et al., 2014).

4.3 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Nas ações de trabalho desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais cada situação deve ser discutida e planejada pelos profissionais, levando em consideração as especificidades socioculturais, técnicas, ambientais, relação e ações entre a equipe família e comunidade. Para que AD, atenda as necessidades do paciente e sua família é essencial que a equipe sistematize e planeje as ações, a ser realizada conforme a flexibilidade familiar, para que possa ser adaptável à dinâmica o domicílio do paciente. (HILZENDEGER et al., 2014).

No âmbito domiciliar as famílias e paciente contam com os serviços da equipe multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que possui uma ótima interação entre os profissionais da equipe facilitando o trabalho da equipe, cada profissional que integra o grupo busca em suas visitas rotineiras auxiliar o outro profissional, repassando as necessidades que o paciente e a família apresentam, além disso, a equipe tem liberdade de tomar decisões dentro do próprio grupo. (HILZENDEGER et al. 2014).

De acordo com os dados do Ministério Saúde, a Região Sudeste contabiliza o maior número de equipes de AD, cerca de 460 EMADs. Os Estados mais carentes são: Acre, Amapá, Rondônia, Roraima, Tocantins, Sergipe, Piauí e Mato Grosso, que contabilizam juntos cerca de 50 EMADs. (FARIAS; ALVES, 2015).

As EMADs, contam com a participação de fisioterapeutas, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem no atendimento ao paciente portador de doenças crônicas, usuários de sondas, dependentes de ventilação mecânica, pacientes em processo de reabilitação motora e recém-nascidos com baixo peso. Além das EMADs, o Programa conta ainda com EMAP, constituídas por, no mínimo, três profissionais de saúde com ensino superior, entres eles estão fisioterapeuta, nutricionista, odontólogo, assistente social, fonoaudiólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. (FARIAS; ALVES, 2015).

Na AD o profissional com formação na área de medicina é responsável pela formulação dos diagnóstico clínico, prescrição medicamentosa, auxilia nas ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento. Se acaso o paciente necessitar deve ser indicado pelo médico a transferência do domicilio para instituições hospitalares para internação e, se necessários, outros procedimentos, em acasos de óbito fazer a declaração, comunicar e notificar a equipe e o sistema sobre o ocorrido, e realizar outros atos médicos de acordo com a situação do paciente. (GALLASSI et al.,2014).

A equipe de enfermagem, realiza os diagnósticos de enfermagem, supervisiona o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e dos Agentes comunitários de saúde (ACS), ensina e orienta os cuidadores, avalia a real situação e se possível indica a alta dos cuidados de enfermagem, participa do planejamento e a gestão dos processos de cuidado, realiza e pratica ações de vigilância sanitária, motiva a educação dentro da equipe, realiza ações para desenvolvimento social em sua área de abrangência. (GALLASSI et al.,2014).

Dentro da equipe de SAD, o fisioterapeuta está apto a realizar diagnóstico situacional, realizar levantamento dos problemas de saúde que exijam ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde e das necessidades em termos de reabilitação, atendimentos individuais ou coletivos de prevenção primária, secundária e terciária nas diversas áreas da fisioterapia, realiza pesquisas e ações específicas de saúde, em conjunto com a equipe, desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários. (BARBOSA et al., 2010).

Segundo uma pesquisa realizada por Lopes; Vilasbôas; Castellanos (2017) em relação a aproximação com a família e paciente, as equipes apresentaram excelente

desempenho, principalmente na avaliação e na adaptação das condutas ao contexto socioeconômico o que indica extensão da clínica e das ações de educação em saúde.

No cenário nacional, entre os anos de 2010 e 2013, houve aumento de 52,3% no total de procedimentos domiciliares registrados pelas equipes de atenção básica, salientando-se que o recebimento da AD foi significativamente maior na população com mais de 80 anos, com condições crônicas, histórico de queda e de hospitalização no último ano. (LOPES; VILASBÔAS; CASTELLANOS, 2017).

Segundo uma pesquisa realizada por Carnaúba et al., (2017), quanto à assistência multiprofissional, observou-se que médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas, foram os profissionais mais atuantes. Salienta-se que todos os pacientes tiveram assistência médica e a fisioterapia foi a segunda profissão mais frequente nas visitas domiciliares, sendo que (89,2%) dos pacientes receberam sessões fisioterapêutica.

A interação da equipe de saúde com o indivíduo incapacitado e seus cuidadores familiares é um processo de apoio essencial na superação de obstáculos físicos, sociais e educacionais, sendo fundamental o estímulo da equipe de saúde para que a família se habitue às limitações, sejam elas temporárias ou definitivas, que deverão ser enfrentadas na convivência diária com o indivíduo incapacitado. (MARTINS; CASTROS, 2018).

4.4 O PAPEL DOS CUIDADORES NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Durante décadas no setor da saúde, o assunto família vem sendo discutido mundialmente. Esse interesse das políticas públicas em saúde surgiu no ano de 1994, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU), como o ano Internacional da Família. Como inspiração na década de 1980 no Brasil junto com a reforma do SUS, ocorreu discussões sobre a importância da família em saúde, esse assunto foi consagrado pela constituição de 1988, e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, favorecendo a inserção da família nas políticas públicas em saúde. (CRUZ; BOURGET, 2010).

Em ambiente domiciliar a família é peça fundamental e deve ser reconhecida e percebida pelo profissional em suas potencialidades, de crescimento e capacitada

para prestar cuidados ao familiar doente. Para o profissional interagir com família e paciente, necessita estar apto nos cuidados, orientação, ensinamento, prestados a família e pacientes, afim de satisfazer as necessitas esperadas em relação a AD. (SILVA et al., 2013).

Em domicílio a maioria das ações é desenvolvida sem a presença de profissionais. Os familiares e cuidadores precisam estar aptos a realizar alguns procedimentos rotineiros, em decorrer de passarem maior parte integral do tempo, sendo necessário realizar, higienização mudança de decúbito, manuseio de equipamentos, facilitando a continuidade e a qualidade da atenção, sendo essencial a capacitação do cuidador podendo ser realizada durante as visitas e atendimentos ou em oficinas e cursos promovidos pelas equipes envolvidas no cuidado ao usuário. (Brasil, 2016).

A jornada de trabalho dos cuidadores familiares, pode ocasionar sintomas depressivos tensão, estresse, em alguns casos os cuidadores tem vínculo empregatício em tempo integral, tendo que conciliar trabalho e prestação de cuidados sendo que em alguns casos, se necessário identificar grupos de alto risco que podem desenvolver algum tipo de patologias associada ao cuidado. A avaliação do profissional nas visitas e atendimentos, pode facilitar a identificação de outros possíveis cuidadores, para auxiliar nas ações diárias além de incentivá-los e orientá-los quanto as formas de conciliar os cuidados e o trabalho, reduzindo tensões relacionadas ao papel de cuidador. (MUNIZ et al., 2016).

Dentro do universo do cuidado por mais dedicado e esforçado que pareça nos cuidados diários, o cuidador tem vida própria e precisa priorizar e ter um tempo para o autocuidado. A equipe, deve auxiliar o cuidador para que desenvolva atividades para o alívio de sobrecarga nos cuidados prestados no dia-dia, estabelecendo cumplicidade e vínculos, além de apoiar na busca e inserção em redes de suporte social e no envolvimento de diferentes atores, como, vizinhos, igreja, familiares, para que as condições imposta pela nova realidade seja vivida e enfrentada da melhor maneira possível para todos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com um estudo realizado por Chacon et al (2016), as atividades sociais, produtivas e de lazer, que exigem a saída dos cuidadores, são realizadas por apenas 40,5% deles, demonstrando que o cuidado interfere no convívio social. Quanto os motivos alegados pelos entrevistados para não exercerem atividades sociais, produtivas e de lazer, foram citados, (34, %) a sobrecarga (23,9%) falta de interesse

(18%) não ter com quem deixar a pessoa idosa, (14,9%), relatam problemas de saúde sendo um fator limitante (4,3%), não se sentir à vontade para participar atividades sociais, produtivas e de lazer (3,5%), e a falta de oportunidade e de recursos financeiros (1,4%).

Em um estudo realizado por Pires et al., (2013), os indivíduos envolvidos no cuidado dos usuários da AD média (3,03) frequentemente sentem dor, (3,19) relata cansaço ao final do dia, (1,86) em relação se sentirem motivado para cuidar da pessoa enferma no domicílio e nunca se desmotivam, (47,1%) não sentem dificuldades para dormir, média (3,03) raramente estão dispostos para as atividades de lazer.

Segundo um estudo realizado por Pozzoli e Cecílio (2017) no Plano de Visibilidade 'O universo do Cuidador' viu-se que, na maioria das famílias, o cuidado é assumido por uma mulher, filha, esposa, mãe, irmã, sobrinha, muitas vezes, sozinhas nessa atividade, gerando mudanças em vários aspectos da vida, sendo que 83% dos cuidadores são mulheres.

Em uma pesquisa realizada por Cardoso; Rosaline e Pereira (2010) identificou as idades das cuidadoras, qual demonstrou que a faixa etária variou de 29 a 77 anos, e da pessoa cuidada entre 59 e 88 anos. Já o tempo exercendo a função de cuidador foi de até 24 anos, o que pode agravar a saúde do cuidador.

Os autores Santos e Koetz (2017) investigaram sobre quais os recursos que os cuidadores utilizam para esclarecer dúvidas em relação às atividades prestadas, (93,3%) relataram que conversam com os ACS da ESF, (80,0%) conversam com a enfermeira e médica da ESF, destacando a importância da atenção permanente fornecida pelo cuidado básico em relação a estas famílias. Ainda (66,7%) solicitam orientação de parentes e vizinhos (13,3%) conversam com médica particular e somente (6,7%) participa de grupos de orientação para cuidadores.

Uma vez que o cuidador assume responsabilidades, cada vez mais a tarefa torna-se intransferível e os outros membros da família se desvencilham da tarefa. Quando os demais membros da família não se articulam a fim de auxiliar o cuidador principal, cria-se uma situação de sobrecarga em um só elemento. (BARP; VILELA, 2015).

Na Colômbia foi desenvolvido um projeto educacional com ações voltada para grupos que visam a valorização do cuidador familiar, obtendo resultados positivos em relação funcionalidade, sobrecarga familiar, sendo de extrema importância o trabalho realizado com grupos de cuidadores. No Brasil existe prática semelhante para apoiar

o cuidador familiar de idosos frágeis, qualificar e humanizar o cuidado no domicílio. A Prefeitura de Belo Horizonte implantou, em 2009, o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), com apoio do MS. Tal projeto visa capacitar os profissionais e criar grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nas UBS. (CHACON et al., 2016).

4. 5 ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA E A IMPORTÂNCIA DA APROXIMAÇÃO COM O CUIDADOR

Durante a 272ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 20 de dezembro de 2016, através da resolução Nº 474, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) em conformidade com o disposto no Decreto-Lei Nº 938, na regulamentação legal sobre a assistência domiciliar do Sistema Único de Saúde, e a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar e demais órgãos, resolve normatizar a atuação do fisioterapeuta como integrante da equipe de atenção domiciliar, e descreve os seguintes artigos destacados no Quadro 1:

Art. 1º Para os efeitos desta norma entende-se por atenção domiciliar/*Home Care* de Fisioterapia as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, a prevenção de agravos e a recuperação funcional, além de cuidados paliativos.

Art. 2º A Atenção Domiciliar/*Home Care* compreende as seguintes modalidades:

I – Consulta Domiciliar:

II – Atendimento Domiciliar: compreende todas as ações, sejam elas educativas ou assistenciais direcionadas ao paciente e seus familiares:

III – Internação Domiciliar:

Art. 3º A atenção domiciliar de Fisioterapia pode ser executada nos três níveis de atenção à saúde, por fisioterapeutas que atuam de forma autônoma ou em equipe multidisciplinar por instituições públicas, privadas ou filantrópicas, entre outras, que ofereçam serviços de atendimento domiciliar.

Art. 4º Na atenção domiciliar de Fisioterapia, compete ao fisioterapeuta: I – Realizar consulta, diagnóstico fisioterapêutico / cinesiológico-funcional, prognóstico, tratamento e alta fisioterapêutica.

V – Exercer sempre que possível a interdisciplinaridade, trocando informações com os demais profissionais de saúde envolvidos, visando integralidade da gestão do cuidado centrado no paciente;

VI – Avaliar, organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à atenção fisioterapêutica competente, resolutive e segura;

Art. 5º Todas as ações concernentes à atenção domiciliar/*Home Care* de Fisioterapia devem ser registradas em prontuário a ser mantido no domicílio do paciente, sob os seus cuidados ou da família.

Art. 6º As empresas que exercem como atividade base a fisioterapia na atenção domiciliar/*Home Care* devem registrar-se nos respectivos Conselhos Regionais.

Art. 7º Os fisioterapeutas que atuam de forma autônoma ou em empresa terceirizada, cuja atividade base não seja fisioterapia na atenção domiciliar/*Home Care*, farão cadastro em documento próprio no Conselho Regional de sua circunscrição.

Art. 8º O fisioterapeuta e as pessoas jurídicas que prestam serviços de Fisioterapia devem solicitar a anuência para a intervenção fisioterapêutica no paciente, por meio do Termo de Consentimento, a ser assinado pelo paciente ou pelo responsável legal, em caso de impedimento de pacientes inimputáveis.

Art. 9º Os casos omissos serão deliberados pelo Plenário do COFFITO.

Art. 10º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Fonte: COFFITO 2016, Pg., 62

Quadro 1: Normatização da atuação da Fisioterapia na Atenção Domiciliar/*Home Care*

Formado em curso superior, o fisioterapeuta estuda, previne e trata os distúrbios, entre outros, da biomecânica e funcionalidade humana decorrentes de alterações de órgãos e sistemas. Com sentido restrito à área da saúde, a fisioterapia foi regulamentada oficialmente no Brasil pelo Decreto Lei nº 4 638 em 1969 e pela Lei Federal nº 6.316 em 1975. (MAIA et al., 2015).

A fisioterapia está habilitada para atuar no serviço de saúde do setor tanto público e privado, com serviços em reabilitação, assistencial, educacional, preventivo, vigilância em saúde, devendo atuar no trabalho domiciliar, buscando prevenir a propagação de doenças, capacitando as famílias em suas potencialidades. (PEREIRA; GESSINGER, 2014).

Após a criação do SUS na década de 80 e as mudanças na regulamentação, acrescidas das mudanças no perfil epidemiológico e as transformações práticas no sistema de saúde brasileiro, a fisioterapia se viu diante de novos desafios e encargos profissionais. De uma atuação extremamente reabilitadora, atuando somente em clínicas e hospitais, em casos que tinham como prognóstico cura, sequela ou reabilitação, a fisioterapia começou a pensar em ações para a saúde coletiva, tendendo principalmente às ações de promoção e prevenção em saúde. (QUARTIERO, 2012).

O fisioterapeuta vem obtendo mérito nos serviços de Atenção Básica à Saúde, a inserção da fisioterapia torna-se viável com a criação dos NASF, porém ainda existe uma barreira a ser vencida, pois para integrar a equipe do NASF o fisioterapeuta, depende do gestor responsável, portanto faz-se necessário a organização da prática profissional, deixando claro sobre a importância da atuação de cada profissional que integra a equipe e todas as ações de sua responsabilidade, facilitando a inclusão da fisioterapia entre outros. A proposta atual do MS para a inserção do fisioterapeuta nos programas que atuam primordialmente na promoção e educação em saúde, em especial a ESF, é que ela se dê através dos NAISF, criados pela Portaria nº 1.065 de 04 de Julho de 2005. (NASCIMENTO; INÁCIO, 2015; MAIA et al., 2015).

A inclusão do fisioterapeuta nas equipes da ESF via residência possibilita a desmistificação de seu estigma de reabilitador diante dos demais profissionais da saúde e dos usuários dos serviços. A experiência de trabalho em equipe multiprofissional, com intercâmbio de experiências interprofissionais e entre profissionais da saúde e sujeitos da comunidade proporciona um olhar diferenciado

no cuidado à saúde, deixando de focar o atendimento individual e enxergando as potencialidades do atendimento coletivo. (OLIVEIRA; MEDEIROS, 2018).

Na literatura vários estudos defendem a inserção da fisioterapia na atenção básica, principalmente na ESF, alguns inclusive trazendo experiências positivas e demonstrando os tipos de trabalhos desenvolvidos por esse profissional com relação às diversas demandas da comunidade. (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER, 2012).

O sistema de saúde beneficia-se da inserção da fisioterapia na Atenção Primária à Saúde (APS), com participação na redução da demanda por medicamentos, o que leva à minimização de gastos públicos e individuais, redução, das queixas álgicas, retardando o processo de degeneração funcional do indivíduo que compõem uma dada população. Assim o próprio usuário do sistema começa a identificar a importância da atuação fisioterapêutica. Desta forma, o perfil do profissional que irá atuar na ESF deve apresentar flexibilidade e criatividade, empatia, compaixão, autonomia e iniciativa, capacidade de trabalho em equipe e conhecimento sobre o SUS. (CARVALHO; BATISTA, 2017).

A sociedade brasileira tem enfrentados novos desafios, como mudanças na organização social, quadro epidemiológico, transição demográfica, mudanças no sistemas de saúde, surgindo a necessidade no redirecionamento do objetivo da fisioterapia na saúde, sem deixar suas competências que concernem à reabilitação, conduzindo a mudanças de natureza epistemológica, na concepção e atuação do profissional fisioterapeuta. (JUNIOR, 2010).

O fisioterapeuta, junto a equipe da ESF, deve comprometer-se estudar o domicílio adaptar as propostas a realidade, sendo necessário para que as alterações sugeridas na rotina da família estejam de acordo não só com suas necessidades mas também com seu entendimento, sempre valorizando os saberes dos cuidadores e usuários. (PEREIRA; GESSINGER, 2014).

Segundo uma pesquisa realizado por BENASSI et al., (2012), quanto à porcentagem de melhora dos pacientes com o tratamento fisioterapêutico realizado em domicilio verificou-se que 25% dos pacientes obtiveram uma melhora considerável, 7% dos pacientes tiveram alta do serviço de fisioterapia dentro do período estudado, sendo que apenas 1% dos pacientes foram reinternados e apenas 4% vieram a óbito.

Em relação a demanda dos serviços de fisioterapia domiciliar, a função motora estatisticamente aparece com maior prevalência, sendo que os cuidados

fisioterapêuticos têm proporcionado resultados significativos em torno de (35%) de melhora da mobilidade relacionada a função motora. (SILVA; DURÃES; AZOUBEL, 2011).

Segundo uma pesquisa realizado por Bôas, Shimizu (2015) nos dados correspondentes aos procedimentos realizados por fisioterapeuta, nutricionista e medico, evidenciou que o fisioterapeuta realizou maior número de procedimentos 42 comparando-se ao nutricionista que realizou 29 procedimentos e ao médico, 25 procedimentos. Ressalta-se que o fisioterapeuta gasta tempo significativo para avaliação das condições do domicilio, o que revela cuidado com a segurança do paciente e, conseqüentemente, maior garantia do seguimento do cuidado.

Segundo Bezerra; Lima, Lima (2015) a partir do estabelecimento do vínculo e da confiança da família, as orientações individuais necessárias são oferecidas a cada paciente e cuidador. Para os pacientes restritos ao leito são oferecidas orientações quanto à realização de exercícios físicos, posturas preventivas, alongamentos e técnicas de transferência, a fim de facilitar o trabalho do cuidador, enfatizando a importância das mudanças de decúbito, da manutenção da pele limpa e seca, para a prevenção de úlceras de pressão, do estímulo de tosse e da necessidade da administração da alimentação em postura sentada, para evitar complicações respiratórias. No que se refere à prevenção de quedas entre idosos, são oferecidas orientações para a adequação dos espaços no domicílio.

É essencial que durante as visitas domiciliares prestada pelo serviço de fisioterapia, o profissional tenha uma visão e abordagem na família, e não somente no paciente, onde através do diálogo estabeleça a corresponsabilização de toda família, a fim de atingir resolutividade e fortalecer a rede de cuidados. (SOUZA et al.,2013).

Do ponto de vista das famílias e usuários, que desenvolvem cuidados por tempo prolongado, é importante a inserção e o acesso a programas de AD, significando garantia do direito em saúde, tornando possíveis alternativas mais humanizadas de atenção, favorecendo relações mais próxima entre família, equipe, e usuários. (SILVA et al., 2013).

Segundo uma pesquisa realizada por Gomes, Bezerra (2016) do total de entrevistados, 50% consideram entre ótimo e excelente o respeito e o interesse com que são tratados pelo fisioterapeuta e os esclarecimentos das dúvidas pelo mesmo. Todos os entrevistados disseram que sentem confiança nas orientações dadas pelo profissional de fisioterapia, 70% acham ótima ou excelente a gentileza do profissional

de fisioterapia e 55% avaliam como ótimo ou excelente a privacidade respeitada durante o atendimento de fisioterapia. Quanto à atenção dada às queixas dos cuidadores, 85% avaliam muito bem e apenas 15% pontuam como péssimo.

De acordo com Gomes, Bezerra (2016) em relação à oportunidade dada pelo fisioterapeuta para o cuidador expressar sua opinião sobre o tratamento e sobre a habilidade do profissional, 60% e 50%, respectivamente, consideram esses dois itens satisfatórios e apenas 5% considera os dois itens como péssimo. De todos os cuidadores, 55% consideram entre ótimo ou excelente o aprofundamento do fisioterapeuta na avaliação do problema do paciente, a linguagem utilizada pelo profissional, a limpeza, higiene e segurança dos equipamentos e materiais utilizados.

De acordo com uma pesquisa realizada por Moura et al. (2018) quanto à questão dos profissionais se sentirem desafiados, 61,10% responderam que se sentem estimulados e desafiados. 55,55% dos fisioterapeutas sentem-se realizados pelos serviços prestados e 94,45% sentem-se capacitados e treinados para prestar os devidos serviços que lhes são demandados.

Ainda é pouco explorada a troca de saberes e experiências entre profissionais, com as famílias. Desconfianças sobre as competências e empenho do cuidador e ainda questões sociais e conflitos familiares, são alguns dos fatores que dificultam a interação entre profissional e família e afetam a assistência integral ao paciente e sua família na AD. (DIAS et al., 2017).

Para ser considerado bom, o relacionamento entre o fisioterapeuta e o familiar envolvido no cuidado faz-se necessário desenvolver empatia, reciprocidade, confiança e afeto. Sendo que essas qualidades foram percebidas como determinantes do relacionamento e do sucesso no decorrer do processo terapêutico. Além da competência técnica, o fisioterapeuta precisa saber relacionar-se considerando tanto os aspectos físicos, quanto os emocionais. (SUBTIL et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção domiciliar é voltada para o atendimento de pacientes que necessitam de cuidados hospitalares em ambiente domiciliar, o que muitas vezes pode proporcionar a esses indivíduos um atendimento mais humanizado. Boa parte dos pacientes que recebem atendimento domiciliar são portadores de doenças crônicas, o que por muitas vezes exige uma demanda de cuidados individualizados e por longos períodos.

Após as pesquisas realizadas para elaboração desse trabalho, foi possível identificar que o atendimento domiciliar deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, que de acordo com os dados levantados no Ministério Saúde, deve ser composta por fisioterapeutas, médicos, enfermeiros dentre outros profissionais da área da saúde, o que irá depender das necessidades do paciente.

Através da sua formação acadêmica o fisioterapeuta está apto a atuar nos diversos setores da saúde tanto na educação, reabilitação e prevenção em saúde, sendo de extrema importância a participação deste profissional nas equipes de atendimento domiciliar.

Apesar da limitação encontrada na literatura acerca do tema, em alguns estudos foi possível identificar, que a aproximação entre o fisioterapeuta e o cuidador, cria uma nova dimensão nos atendimentos prestados, pois as trocas de saberes, reconhecimento do papel do cuidador, escutas, falas, entendimento da realidade do paciente, identificação de dificuldades e problemas no lar, adaptações, orientações, humanização, transforma essa relação terapeuta e cuidador, o que possibilita a criação de vínculos de amizade e parceria a cada atendimento prestado.

Para que a fisioterapia seja cada vez mais reconhecida na prestação de cuidados ao paciente em atendimento domiciliar, é necessário difundir mais sobre a sua formação acadêmica, a fim de abolir este estigma de que a fisioterapia é somente reabilitadora, mas sim reconhecer que estes profissionais estão aptos a atuar em diversos níveis de saúde, tanto na reabilitação, como na prevenção.

Desta forma, faz-se necessário que novas pesquisas sejam realizadas acerca deste tema, com o intuito de difundir mais informações sobre o papel deste

profissional, destacando a sua importância dentro de uma equipe multiprofissional e a importância da relação com o cuidador.

REFERÊNCIAS

ANDRADE. A.M. et al. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm.** V. 34. N. 1. Pg.111-117, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a14.pdf>>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

BARP. M; VILELA. S, C. Cuidador familiar do idoso com transtorno mental e comportamental: vivências e sentimentos desvelados. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, nov/dez. V. 23. N. 6. Pg.805-10, 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11866>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

BARBOSA. E. G. et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter Mov.** Abr/jun. V. 23. N. 2. Pg.323-30, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502010000200015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 25 de abril de 2019.

BEZERRA; M, I, C. LIMA; M, J, M, R. LIMA; Y, C, P. a visita domiciliar como ferramenta de cuidado da fisioterapia na estratégia saúde da família. **S A N A R E, Sobral**, V.14, n.01, p.76-80, jan./jun. – 2015. Disponível em:

<<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/612/329>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

BENASSI. V. et al. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. **J Health Sci Inst.** São Paulo- SP, 2012. V.30. N. 4. Pg. 395-8. 2012. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p395a398.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

BRAGA. P, P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 21. N. 3. Pg.903-912, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0903.pdf>>. Acesso em: 17 de março de 2019.

BRONDANI. C, M, et al. Caracterização de pacientes dependentes de tecnologias de um serviço de internação domiciliar. **Rev Enferm UFSM.** V. 3 (Esp.). Pg.689-699, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/11063/pdf>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

BORGES. M, V. et al. Implicações simbólicas na organização de um *home care*: interpretações entre a equipe de saúde e os cuidadores familiares. **REAd. Revista Eletrônica de Administração,** v. 22, n. 1, p. 52-76, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141323112016000100052&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 de março de 2019.

BÔAS. M, L; SHIMIZU. H, E. Tempo gasto por equipe multiprofissional em assistência domiciliar: subsídio para dimensionar pessoal. **Acta Paul Enferm.** V. 28. N.1. Pg.32-40, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010321002015000100032&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

CARVALHO. D, F, F; BATISTA. R, S. Fisioterapia e Saúde da Família: inserção, processo de trabalho e conflitos. **Vittalle.** V.29 N. 2. Pg.135-145. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/6698>>. Acesso em: 09 de junho de 2019.

CARNAÚBA.C, M, D. et al. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. V. 20. N.3. Pg. 353-363, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180998232017000300352&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 de abril de 2019.

CARDOSO. C, C, L; ROSALINE. M, H, P; PEREIRA. M, T, M, L. O Cuidar na Concepção dos Cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. **SERV. SOC. REV.** Londrina, V. 13, N.1, Pg. 24-42, JUL/DEZ. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8732>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

COFFITO- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. RESOLUÇÃO Nº 474, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2016 – Normatiza a atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/*Home Care*. Disponível em: <<https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6296>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

COFFITO- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução Nº. 80, DE 9 DE MAIO DE 1987-. Disponível em: <www.coffito.gov.br/nsite/?p=2838>. Acesso em: 27 de junho de 2019.

CRUZ; M, M. BOURGET; M, M, M. A Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, Pg. 605-613, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000300012&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 de março de 2019.

CHACON. P.F. et al. A percepção de familiares de idosos frágeis sobre grupos de Cuidadores na atenção primária a saúde. **Rev Med Minas Gerais.** V. 26 N.8. Pg.240-246, 2016. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/2156>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

DIAS. J, F. et al. Atenção domiciliar no âmbito da reabilitação e prática centrada na família: aproximando teorias para potencializar resultados. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo (SP).** 2017. V. 28. N. 2. Pg.206-13. 2017. maio/ago. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/128436>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

DUCA. G, F, D. et al. Perfil do idoso dependente de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva.** V. 17. N. 5. Pg. 1159-1165, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a10v17n5>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

ESPÍNDOLA. M, M, M. et al. Assistência domiciliar a saúde - percepção do familiar cuidador sobre a qualidade assistencial. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, V. 8. N.2. Pg.379-84, fev. 2014. Disponível em :< <https://periodicos.ufpe.br/revistaenfermagem/article/download>>. Acesso em.04 de junho de 2019.

FARIAS. L, R; ALVES. C, A. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/ Canadá. **Saúde Soc.** São Paulo. v.24, n.1, p.72-85, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0072.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

FRÉZ. A, R; NOBRE. M, I, R, S. Satisfação dos usuários dos serviços ambulatoriais de fisioterapia da rede pública. **Fisioter Mov.** jul/set. V. 24. N. 3. Pg. 419-28, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/06.pdf>>. Acesso em: 27 de junho de 2019.

GALLASSI. C, V. et al. Atenção domiciliar Na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci.** 2014. V. 39. N. 3. Pg. 177-185. 2014. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/download/653/652>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

GENET. N. et al. Home care in Europe: a systematic literature review. **MC Health Services Research** 2011, 11:207. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-11-207>. Acesso em: 20 de agosto de 2019.

GONÇALVES. J, R, L. et al. Assistência domiciliar no Brasil: revisão bibliométrica. **REFACS**, 2017. V. 5. N.3. Pg. 440-449. 2017. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/viewFile/2046/pdf>>. Acesso em: 17 de março de 2019. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

GOMES, H. M; BEZERRA, M. I. C.P. A percepção do cuidador sobre a atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes acamados. *Rev Fisioter S Fun.* Fortaleza, 2016 Ago-Dez; V. 5. N. 2. Pg. 23-32. Disponível em: <http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/index/index>. Acesso em: 16 de maio de 2019.

HILZENDEGER. A, L. et al. a atuação da equipe multiprofissional do serviço de atendimento domiciliar (sad). **RIES, Caçador**, v.3, n.2, p. 79-94, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/224/289>>. Acesso em 14 de abril de 2019.

JUNIOR. J, P, B. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva.** V.15.N. 1.Pg.1627-1636, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700074>. Acesso em: 27 de junho de 2019.

LAMPERT. M, A. et al. Perfil de doentes crônicos de um serviço de internação domiciliar da Região Sul do Brasil. **J Nurs Health**. V. 3. N. 2. Pg.147-56, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3554/3237>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

LIMA. A, A; SPAGNUOLO. R, S. PATRICIO. K, P. Revendo estudos sobre a assistência domiciliar ao idoso. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 343-351 abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722013000200015>. Acesso em: 24 de junho de 2019.

LOPES, G. V. D. O; VILASBÔAS, A. L. Q.; CASTELLANOS, M. E. P. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 41, N. 3, Pg. 241-254, SET 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0241.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

MARTINS. D, M, C; CASTROS. J, G, D. Idosos dependentes de cuidados domiciliares: revisão de literatura. **Revista Desafios**. V. 5 ,N.. 02. Pg. 91-102. 2018. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/download/.../13962/>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

MAIA. F, E, S. et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de saúde. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 3, p. 110 - 115, 2015. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/16292/pdf>>. Acesso em: 30 de abril de 2019.

MEDEIROS. P, A; PIVETTA. H, M, F; MAYER. M, S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2012. V. 10 N. 3, Pg. 407-426, nov.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462012000300004&script=sci_abstract&tlng=p>. Acesso em: 27 de junho de 2019.

MOURA. D, S. et al. Fisioterapia no Atendimento Domiciliar: Enfrentamento e Desafios dos Profissionais. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** V.12, N. 39. Pg. 71- 83. 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/937>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

MUNIZ. E. A. et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate** | rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 172-182, JUL-SET 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0172.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

NASCIMENTO. A, A, P; INÁCIO. W, S. Atuação fisioterapêutica no núcleo de apoio à saúde da família: uma revisão sistemática. **J Health Sci Inst.** 2015. V. 33. N.3. Pg.280-6. Disponível em: <https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/03_jul-set/V33_n3_2015_p280a286.pdf>. Acesso em: 16 de julho de 2019.

NERY. B, L, S. et al. Características dos serviços de atenção domiciliar. **Rev enferm UFPE on line.** Recife, V. 12. N. 5. Pg. 1422-9, maio. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/230604/2890>>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

OLIVEIRA. A, M, B; MEDEIROS. N, T. Fisioterapia na residência multiprofissional em saúde da família: relato de experiência. **SANARE. Sobral** - V.17 N.02, Pg.91-99, Jul./Dez. – 2018. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1266/674>>. Acesso em: 9 de junho de 2019.

PEREIRA, B, M. GESSINGER, C, F. Visão da equipe multidisciplinar sobre a atuação da fisioterapia em um programa de atendimento domiciliar público. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. V. 38. N.2. Pg. 210-218, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/visao_equipe_multidisciplinar_atuacao_fisioterapia.pdf>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

PIRES. M, R, G, M. et al. Fatores associados à atenção domiciliar: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev Esc Enferm USP.** V. 47. N. 3. Pg. 648-56, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00648.pdf>>. Acesso em: de maio de 2019.

POZZOLI, S, M, L. CECÍLIO; L, C, O. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. 2017. RIO DE JANEIRO. **Saúde debate.** V. 41, N. 115, Pg. 1116-1129, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1116.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

QUARTIERO. C, R, B. Saúde coletiva e fisioterapia. Universidade Aberta do Brasil UAB/UNICENTRO. 2012. Disponível em: <<http://repositorio.unicentro.br:8080/jspui/bitstream/123456789/590/5/Sa%C3%BAde%20Coletiva%20e%20Fisioterapia.pdf>>. Acesso em: 27 de junho de 2019.

SANTOS. B, E; KOETZ. L, C, E. O Perfil Socioepidemiológico e a Auto percepção dos Cuidadores Familiares sobre a Relação Interpessoal e o Cuidado com Idosos. **Revista ACRED.** v. 7, n. 13. Pg. 115-132. 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6130788.pdf>>. Acesso em: 14 de maio de 2019.

SAVASSI; L, C, M. 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; V. 11. N. 38. Pg.1-12. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1259/776>>. Acesso em: 26 de março de 2019.

SAVASSI. L, C, M. et al. Proposta de residência em Atenção Domiciliar como área de atuação. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, 2018 Jan-Dez; V. 13. N. 40. Pg. 1-13. 2018. Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1599/893>>. Acesso em: 26 de março de 2019.

SILVA; L, W, S. DURÃES; A, M. AZOUBEL; R. fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do niefam. **Fisioter Mov.** 2011. V. 24 n. 3. pg. 495-50. 2011 jul/set; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/14.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

SILVA. L, E, S.et al. Contexto do cuidado fisioterapêutico: reverses e vieses na inserção comunitária à atenção domiciliar. **REVISTA KAIRÓS GERONTOLOGIA.** São Paulo (SP), 2013. V. 16 n. 3. Pg. 79-101. 2013, junho. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18526/13715>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2019.

SILVA. K, L. et al. Por que é melhor em casa? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar. **Cogitare Enferm.** V. 22. N. 4. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/10/49660-219632-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2019.

SILVA. K. I. et al. atuação do enfermeiro nos serviços de atenção domiciliar: implicações para o processo de formação. **Cienc Cuid Saude.** Jul/Set; V. 13. N. 3, 2014. Pg.503-510. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19227/pdf_222>. Acesso em: 23 de abril de 2019.

SILVA. L. K. et al. O direito à saúde: desafios revelados na atenção domiciliar na saúde suplementar. **Saúde Soc. São Paulo.** V.22. N.3. Pg.773-784, 2013. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902013000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 30 de maio de 2019.

SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2013;37(2):176-184. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/fisioterapia_nucleo_apoio_saude_familia.pdf>. Acesso em: 09 de junho de 2019.

SUBTIL. M, M, L. et al. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. **Fisioter Mov.** 2011 out/dez. V. 24. N.4. Pg. 745-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n4/20.pdf>>. Acesso em: 17 de julho de 2019.

THUMÉ. E, et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev. Saúde Pública.** 2010. V. 4. N. 6. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2010nahead/1961.pdf>>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2019.

VASCONCELOS. J, f. et al. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. **J Bras Econ Saúde.** V. 7. N.2. Pg.110-115. 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n2/a4974.pdf>>. Acesso em: 14 de abril de 2019.

WACHS. L, S. et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2016. V. 32. N.3. Pg.01-09. Mar, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000300702&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 de junho de 2019.