



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

IURI ALVES VIANA

FISIOTERAPIA E ATENDIMENTO DOMICILIAR – Uma revisão Integrativa

ICÓ – CEARÁ

2024

IURI ALVES VIANA

FISIOTERAPIA E ATENDIMENTO DOMICILIAR – Uma revisão Integrativa

Monografia submetido à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCCII) do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentado como requisito de obtenção de nota.

Orientador (a): Prof.^a. Me. Carolina Gonçalves Pinheiro

ICÓ-CE

2024

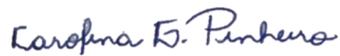
IURI ALVES VIANA

FISIOTERAPIA E ATENDIMENTO DOMICILIAR – Uma revisão Integrativa

Monografia submetida a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCCII) do curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Vale do Salgado (UNIVS), a ser apresentado como requisito para obtenção de nota.

Aprovado: 24/06/2024

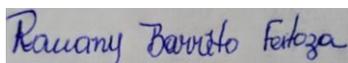
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Carolina Gonçalves Pinheiro
Centro Universitário Vale do Salgado
Orientador



Prof. Dra Miriam Viviane Baron
Membro externo
1º Examinador



Prof. Rauany Barrêto Feitoza
Centro Universitário Vale do Salgado
2º Examinador

Dedico essa vitória a uma grande mulher que me criou e me ensinou que não importar as diversidades e obstáculos da vida, sempre devemos continuar a busca pelo conhecimento e a quem eu me inspirei a seguir carreira na área da saúde sempre levar o meu melhor aos mais necessitados nem que seja em ouvir as suas dores e angustias. A minha irmã mais velha a você toda minha gratidão e amor.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus pois sem ele me dando forças e coragem nos dias mais difíceis concluir essa etapa não seria possível.

A minha família que sempre acreditou que eu era capaz, a minha irmã de alma que esteve comigo em várias etapas da minha vida e que sempre deu apoio emocional e me encorajou a concluir esse curso em um momento de fúria quando não queria mais seguir esse caminho Ticianny a você todo meu amor e respeito obrigado por ser quem é em minha vida.

Aos mestres de verdade que sabem o real significado de um professor que seu trabalho vai muito mais além do que só repassar conhecimentos em sala de aula Rauanny, Lucelia palavras e gestos são poucos para expressar o que sinto por vocês duas.

A minha querida e excelente orientadora Carol Pinheiro que ao longo de 5 anos de caminhada no curso sempre acreditou em meu potencial e que eu posso chegar onde quiser sem sua ajuda Carol nada disso seria possível obrigado por me mostra como reagir resenificar as turbulências da vida.

E a minha coordenadora Nubia de Fatima que desde do primeiro dia de aula na disciplina de história e fundamentos de fisioterapia construímos uma relação de mãe e filho e que ela sempre esteve lá por mim.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	ATENÇÃO BÁSICA
APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
AVD	ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA
AVC	ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL
AVE	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
ATJ	ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO
CF	CAPACIDADE FUNCIONAL
DECS	DESCRITORES
DMO	DENSIDADE MINERAL ÓSSEA
DP	DIÁLISE PERITONEAL
DAP	DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA
DP	DOENÇA DE PARKINSON
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NASF	NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA
NASF-AB	NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA
PNAB	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PL	PROJETO DE LEI
RAS	REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE
SAD	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
SAMDU	SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR E DE URGÊNCIA
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TCE	TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
QV	QUALIDADE DE VIDA

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos pela estratégia PICO.....	21
TABELA 2 – Distribuição de artigos pelo ano de publicação.....	23
TABELA 3 – Distribuição de artigos pelo objetivo e sujeitos da pesquisa.....	23
TABELA 4 – Distribuição dos estudos de acordo com a patologia e área da fisioterapia.....	25
TABELA 5 – Distribuição dos estudos de acordo com quantidade de sessões/ tempo de acompanhamento e conclusão.....	28

LISTA DE FIGURAS

FLUXOGRAMA 1: Seleção de artigos.....	22
--	-----------

RESUMO

Introdução: A fisioterapia no atendimento domiciliar é caracterizada como uma assistência, onde cuidados fisioterápicos são realizados na própria casa do paciente, permitindo uma avaliação profissional quanto à realidade e dificuldades do paciente. **Objetivo:** Averiguar a atuação da fisioterapia enquanto atendimento domiciliar a partir da literatura existente. **Metodologia:** realizou-se uma revisão de literatura integrativa com 9 estudos, com uso dos descritores: “Physiotherapy in primary care” AND “Home care”. **Resultados:** Diante dos estudos analisados percebe-se que a atuação da fisioterapia apresentou resultados benéficos quanto ao programa de reabilitação proposto para cada patologia em domicílio. Vale ressaltar que, o atendimento domiciliar no Brasil no Sistema público acontece integrado a atenção básica e, regumentado pelo SUS. **Considerações Finais:** Portanto, evidencia-se a importância do atendimento domiciliar realizado pela fisioterapia, especialmente para aqueles que apresentam alguma restrição de locomoção, facilitando assim, o acesso a reabilitação.

PALAVRAS-CHAVE: Consulta Domiciliar; Fisioterapia; Atenção Básica.

ABSTRACT

Introduction: Physiotherapy in home care is characterized as assistance, where physiotherapy care is carried out in the patient's own home, allowing a professional assessment of the patient's reality and difficulties. **Objective:** To investigate the role of physiotherapy as home care based on existing literature. **Methodology:** an integrative literature review was carried out with 9 studies, using the descriptors: “Physiotherapy in primary care” AND “Home care”. **Results:** In view of the studies analyzed, it is clear that the performance of physiotherapy presented beneficial results regarding the rehabilitation program proposed for each pathology at home. It is worth noting that home care in Brazil in the public system is integrated with basic care and regulated by the SUS. **Final Considerations:** Therefore, the importance of home care provided by physiotherapy is evident, especially for those who have some mobility restrictions, thus facilitating access to rehabilitation.

KEYWORDS: Home Consultation; Physiotherapy; Basic Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 A FISIOTERAPIA NO BRASIL.....	15
3.2 A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	17
3.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR E A FISIOTERAPIA.....	19
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA DOS ARTIGOS.....	22
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	22
4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS.....	22
4.5 AVALIAÇÃO DOS DADOS.....	23
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O serviço de fisioterapia domiciliar aumentou consideravelmente no Brasil e em diversos países. O atendimento domiciliar também foi baseado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) que através da Lei nº 10.424/02 fundamentou o atendimento domiciliar, organizando as condições para promoção da saúde de forma que aconteça a proteção, recuperação da saúde, a organização, assim como o funcionamento de serviços correspondentes (Pires; Arantes, 2022).

A atenção básica (AB) ou também conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para que as pessoas possam ter seu primeiro acesso ao SISTEMA UNICO DE SAUDE (SUS), atuando no âmbito individual e coletivo, atuando na promoção e proteção à saúde por meio da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação (Brasil, 2013a).

E, uma das atividades realizadas na AB é a visita domiciliar, que proporciona ao profissional a possibilidade de adentrar o espaço da família e identificar suas necessidades e potencialidades, possibilitando a interação em ambientes familiares e sociais. Assim, a visita domiciliar é uma tecnologia que viabiliza a criação de espaços de intersubjetividade, onde ocorrem falas, escutas e interpretações. O fisioterapeuta cuida da saúde da população com ênfase no movimento e na função, prevenindo, tratando e recuperando disfunções e doenças e a especialidade saúde coletiva é reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e sua prática enfoca a realidade social, econômica, epidemiológica e familiar (Bezerra; Lima; Lima, 2015).

Assim, a atuação do fisioterapeuta na AB foi impulsionada pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em fisioterapia a partir de 2002, que desde então, diversos órgãos representativos profissionais têm alavancado novos conhecimentos e divulgação de trabalhos, possibilitando, a reflexão sobre sua prática profissional neste cenário de atuação (Portes et al., 2011).

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) atualizou os conceitos e reestruturou as políticas de saúde, facilitando o acesso a qualquer nível de atendimento e tornando uma AB mais acolhedora, que avança no cuidado e gestão dos usuários nas demais redes de atenção. Além disso, remodelou as equipes de saúde para os diferentes tipos de população e realidades do Brasil sendo esse o único país no mundo com um sistema publico de saúde. A nova PNAB articula a ampliação do SUS principalmente nas ações intersetoriais e de promoção a saúde as equipes de atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar (Brasil, 2012).

A fisioterapia atua na AB almejando a promoção da saúde e para a execução dessa

promoção, faz-se necessário a criação de projetos, desenvolvimento de atividades cinético-funcionais, além da realização de visitas domiciliares a pacientes acamados para realizar orientações (Maia et al., 2015).

De acordo com a portaria Nº 825, 25 de abril de 2016, sobre a atenção Domiciliar no âmbito do SUS, fica estabelecida que os atendimentos de saúde em domicílio serão ofertadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) descentralizadas afim de que reduzam a demanda de atendimento hospitalar, e que haja cuidados paliativos, promoção e prevenção a saúde em casa. Essa é uma das estratégias do ministério de saúde para levar a saúde para populações fragilizadas e que não consegue ter acesso (Brasil, 2016).

Um das principais dificuldades que as equipes multiprofissionais se deparam é em como garantir e levar um serviço de qualidade e que atenda ao paciente que está em domicílio, diante de fatores como: as diretrizes de orçamento para tecnologia repassadas do ministério da saúde, locais, fazer com que o paciente entenda que ele precisa fazer a parte dele, acolhimento profissional e também familiar ou de um cuidador (Brasil, 2013b).

A fisioterapia na atenção domiciliar é essencial e, portanto, esta deve ser uma categoria que precisa fazer parte da equipe multiprofissional, uma vez que, a fisioterapia não só vai tratar da doença, como também a prevenção e promoção a saúde em todos os níveis de atenção à saúde (Felicio et al., 2005).

A Fisioterapia nos atendimentos domiciliares em pacientes acamados ou impossibilitados almeja realizar atividades para que consigam desenvolver suas atividades de vida diária (AVD), melhorando a qualidade de vida e evitando possíveis complicações (Alves et al., 2020).

Pacientes que estão restritos ao domicílio e/ou ao leito em sua grande maioria necessitam da realização da fisioterapia, e geralmente por tempo prolongado. Esse sem dúvida é um desafio para os pacientes, para os familiares e para a Atenção Básica. Pacientes que estão com algum grau de comprometimento na funcionalidade, a fisioterapia será primordial, especialmente para evitar que agrave suas enfermidades e, conseqüentemente ocorra uma perda maior de funcionalidade. Além disso, é possível manter ou até mesmo ganhar novamente as funções e movimento. Dessa forma, a fisioterapia domiciliar é de suma importância e pesquisar acerca da ação da fisioterapia enquanto atendimento domiciliar e entender como esta acontece, poderá elucidar questionamentos acerca dessa atuação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar a atuação da fisioterapia enquanto atendimento domiciliar a partir da literatura existente.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a amostra dos estudos analisados;
- Verificar as principais patologias atendidas pela fisioterapia em domicílio;
- Descrever a quantidade de sessões ou tempo de acompanhamento pela fisioterapia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A FISIOTERAPIA NO BRASIL

No período da Segunda Guerra Mundial surgiram as escolas de cinesioterapia, com intuito de tratar ou reabilitar os lesados e mutilados que necessitavam readquirir condições mínimas para reintegrar a sociedade produtiva. Assim, as perdas totais ou parciais de membros, atrofia e paralisias são exemplos do objeto de trabalho da fisioterapia na sua gênese, o qual atendia a preocupação daquele momento histórico, a valorização da doença (Rebellato; Botomé, 1999).

Durante algum tempo, os fisioterapeutas foram chamados de paramédicos, passando à condição de técnicos em fisioterapia como auxiliares técnicos e, posteriormente, a profissionais da saúde de nível superior (Salmória; Camargo, 2008).

De acordo com Rebelatto e Botomé (1999), no final do século XX, a fisioterapia passa a fazer parte da chamada “área da saúde”, evoluir no decorrer da história, tendo suas formas de atuação e recursos quase que exclusivamente voltadas para o atendimento do indivíduo doente.

No Brasil em 1950, houve uma grande incidência de poliomielite e como consequência, muitos indivíduos ficaram lesados, necessitando de uma reabilitação para retornar ao convívio social (Rebellato; Botomé, 1999).

Segundo Bispo Júnior (2009), a fisioterapia surgiu no país a partir de 1929, com a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, devido o grande número de portadores de sequelas da poliomielite, com elevada incidência naquele momento, com distúrbios do aparelho locomotor, bem como o crescente aumento de acidentes de trabalho.

Novas profissões foram regulamentadas principalmente entre os anos de 1965 e 1975, bem como a criação de conselhos, incorporando mais trabalhadores ao setor de saúde com regulamentação de profissões como a fisioterapia (Simoni et al., 2015).

Simoni et al. (2015) atentam que a necessidade da criação do curso de Fisioterapia deu-se ao fato de que nesse período além do quadro epidemiológico brasileiro agravar-se com o aparecimento de epidemias como varíola, febre amarela, malária, poliomielite, tuberculose e sífilis, bem como o aumento das doenças parasitárias e infecciosas, também houve com o surgimento das indústrias, trabalhadores acidentados e lesionados precisando ser reabilitados para voltarem ao mercado de trabalho.

Em 1964, criam-se os cursos de nível superior de Fisioterapia e terapia ocupacional. A regulamentação da fisioterapia no Brasil se deu através de documentos legais publicados

oficialmente, conhecidos como parecer nº 388/63, decreto lei nº 938, de 13 de outubro de 1969 e a lei de nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. A partir do Parecer-lei nº 388/63, elaborado por uma comissão de peritos do Conselho Federal de Educação, o fisioterapeuta foi definido como auxiliar médico, desenvolvendo tarefas de caráter terapêutico, sobre orientação e responsabilidade medica (Rebelatto; Botomé, 1999).

Um dos primeiros documentos oficiais que abordam a ocupação do fisioterapeuta foi o Parecer nº 388/63, do Conselho Federal de Educação, o qual representou a força do papel reabilitador do fisioterapeuta na época e embora já tivesse formação superior, ainda era denominado técnico. Assim, esse parecer serviu de guia até 1969, quando a fisioterapia foi realmente reconhecida como profissão de nível superior (Nascimento et al., 2006; Rebelatto; Botomé, 1999).

O Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, decretado pela junta militar, foi sem dúvida, um avanço excepcional no reconhecimento da profissão, principalmente pela redação dos três primeiros artigos, os quais reconheciam o fisioterapeuta como profissional de nível superior e relatava que seu objeto de trabalho era executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. A partir de 1969, a formação profissional passa a ser orientada por parâmetros mais definidos para a fisioterapia, como a ampliação do curso para quatro anos (Barros, 2008; Nascimento et al., 2006).

O grande crescimento da fisioterapia e o seu reconhecimento pelo Decreto-Lei 938/69, nos leva a pensar que apesar do profissional ser reconhecido como indispensável na área da saúde, quanto ao tratamento e reabilitação, não há inclusão destes profissionais no campo de promoção e prevenção da saúde (Trelha et al., 2007).

Segundo Rebelatto e Botomé (1999), o início da fisioterapia no Brasil, surgiu como a possibilidade de solução para os altos índices de acidente de trabalho existentes. Nesse momento, era necessário curar ou reabilitar as vítimas desses acidentes para integrá-las no sistema produtivo ou pelo menos, amenizar seus sofrimentos quando não fosse possível a recuperação.

Devido ao modelo curativo de atenção à saúde desenvolvido no país no período militar e à ausência de regulamentação curricular na década de 1970, a fisioterapia consolidou-se como profissão reabilitadora e direcionou-se para o nível terciário. No que diz respeito a desenvolvimento e reconhecimento da fisioterapia pelas demais profissões da área de saúde, esse período constituiu-se como alicerce para valorização e reconhecimento dos benefícios e das potencialidades da profissão junto à equipe de saúde. Na década de 1980, o estabelecimento

do currículo mínimo para a formação em fisioterapia reforçou a posição da profissão de se pautar pelo modelo curativo-reabilitador (Bispo Júnior, 2009).

Simoni et al. (2015) complementam que se quando se refere à construção da identidade profissional do fisioterapeuta, observa-se a hegemonia no perfil curativo-reabilitador privatista desde a criação da profissão, com o objetivo de reabilitar indivíduos com sequelas de traumas e lesões no sistema musculoesquelético. Esse modelo de formação reabilitadora persistiu durante muitos anos, mesmo com mudanças significativas no perfil epidemiológico da população e na organização do sistema de saúde brasileiro.

De acordo com Silva et al. (2019), na história da fisioterapia, a mesma era vista escrupulosamente como uma profissão de reabilitação, pois nasceu exclusivamente como uma profissão relacionada a este campo de atuação, onde sua finalidade era principalmente a reabilitação de pessoas que sofreram lesões corporais em decorrência de guerras, e essa ideia de cura perdurou esse modelo por alguns anos. No entanto, esse entendimento mudou ao longo dos anos visando as mudanças organizacional do SUS, pois a necessidade desses profissionais na atenção primária está aumentando, a contribuição dessa modalidade para a saúde coletiva levou a uma nova perspectiva de seu funcionamento.

3.2 A FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

A atuação do fisioterapeuta na atenção básica parece ter sido impulsionada pelas Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em fisioterapia a partir de 2002 (Portes et al., 2011).

O profissional fisioterapeuta tem autonomia e qualificação para executar diversas atividades, como avaliar pacientes, estabelecer diagnósticos fisioterapêuticos, planejar e programar ações preventivas, além de educação em saúde, gerenciamento de serviços de saúde, emissão de laudos denexo de causa laboral 3 entre outras (Maia et al., 2015).

Dessa forma, tal profissão, durante a sua formação adquire competências e habilidades que lhes permite atuar em todos os níveis de atenção. Sendo que, ultimamente tem havido uma maior preocupação com a formação de um profissional com perfil voltado para a atenção básica (Ribeiro; Flores-Soares, 2015).

Assim, na atenção básica em saúde, o fisioterapeuta pode participar do planejamento e execução de programas e projetos de ações em atenção básica de saúde; pode promover e participar de estudos e pesquisas voltados à inserção de protocolos da sua área de atuação nas ações básicas em saúde; pode participar do planejamento e execução de treinamento e

reciclagem de recursos humanos em saúde; e participar de órgãos colegiados de controle em saúde (Castro; Cipriano Júnior; Martinho, 2006).

Aveiro et al. (2011), afirmam que devido às mudanças e transformações que passa o campo das políticas e práticas de saúde, com o conseqüente avanço na organização e efetivação do SUS, tem levado a Fisioterapia a se inserir gradativamente na atenção básica, ampliando seu campo de atuação para além da reabilitação. Muito embora esta ainda não seja uma realidade nacional.

O Projeto de Lei (PL) Nº 3256, apresentado em 2004, propõe que a atuação do fisioterapeuta como ação indispensável no atendimento da população inserida no Programa de Saúde da Família. O PL prevê ainda, a obrigatoriedade da inserção desses profissionais nas equipes do PSF, entendendo que essa obrigatoriedade é fundamental para garantir o acesso à população brasileira aos meios e técnicas necessários para a resolução de problemas relacionados a esta especialidade (Gama, 2010).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria Nº 1269, de 03.08.2005, confirmou a criação em municípios brasileiros de quatro Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, que seriam de Alimentação/Nutrição e Atividade Física; Atividade Física; Saúde Mental; e Reabilitação, no qual o fisioterapeuta está inserido (Castro; Cipriano Júnior; Martinho, 2006).

Em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que visa qualificar e tornar o trabalho da Atenção Básica mais focado, é composto por uma equipe multidisciplinar. A composição do grupo NASF é determinada pelo gestor comunitário, de acordo com as necessidades da população, perfil epidemiológico e condições socioeconômicas, conforme orientação do Ministério da Saúde. Espera-se que as equipes do NASF trabalhem de forma integrada e colaborativa com as equipes AB segundo a lógica do apoio matricial, que contempla a atuação conjunta das duas equipes, nas atividades técnico-pedagógicas e de apoio clínico. Embora essas dimensões sejam apresentadas separadamente, na prática elas estão fortemente interligadas (Brocardo et al., 2018).

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), como hoje é conhecido, possui de três a cinco profissionais em cada equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), e a seleção desses profissionais é de responsabilidade do supervisor local com base nas necessidades da população. A atuação desses profissionais é traçada no cuidado holístico e tem como foco as necessidades de saúde individuais e coletivas. Ademais, o profissional deve direcionar sua prática de acordo com os princípios básicos recomendados no programa para garantir melhor assistência ao usuário, melhor articulação entre a equipe de ESF, autonomia dos indivíduos e grupos e, assim, melhor eficiência dos serviços (Silva et al., 2019).

Segundo Vendruscolo et al. (2020), a nova PNAB não trouxe mudanças significativas na estrutura em si do NASF-AB, mas modificou-se a sua nomenclatura, designado antes como Núcleo de Apoio a Saúde da Família, retirou-se o termo “apoio”.

Também se faz necessário que o fisioterapeuta atue auxiliando no planejamento de projeto terapêutico singular, nas atividades coletivas, no projeto saúde no território, e vincule a Rede de Atenção à Saúde. Também se destaca a importante contribuição do fisioterapeuta no âmbito teórico-pedagógico do apoio matricial (Santana; Barros, 2021).

A inclusão e atuação do fisioterapeuta na equipe de saúde carece ser na perspectiva de uma estratégia para fortalecer o nível de atenção básica, o que contribui para a melhoria da solução e garante a integralidade do tratamento. Entre as inúmeras indicações da fisioterapia na atenção primária estão a constatação de distúrbios cinético-funcionais, orientações a respeito de postura, estímulo à participação em assuntos relacionados à saúde, educação permanente a respeito de hábitos saudáveis de vida. Portanto, a atuação do fisioterapeuta vai ademais da reabilitação, pois faz parte de todo o processo de produção do tratamento e, portanto, um papel importante na atenção primária à saúde (Silva et al., 2019).

3.3 ATENDIMENTO DOMICILIAR E A FISIOTERAPIA

As mais remotas referências em medicina descrevem cuidados domiciliares e hospitalares começando por um médico chamado Imhotep, que na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) que atendia o paciente tanto no domicílio como em um consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Na Grécia Antiga, o médico, por nome Asklépios, atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde dispunham de medicamentos e materiais especiais para a cura. No século V antes de Cristo, Hipócrates descreve em Tratado sobre os ares, as águas e os lugares a eficiência de atender-se no domicílio, pois tal cuidado propiciava um bom êxito, segundo suas observações. Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia, Samuel Hahnemann, passou a visitar os enfermos por acreditar que o médico tem o dever de lutar, sem descanso, contra a enfermidade, independente do local onde se travava essa luta (Amaral et al., 2001).

O primeiro a implantar o sistema de assistência domiciliar foi os Estados Unidos, em 1780, implantado pelo Hospital de Boston, com enfermeiras. Posteriormente, em 1885 foi fundada a primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (Visiting Nurses Association – VNA), devido ao aumento do trabalho nesta nova perspectiva (Benassi et al., 2012).

No Brasil o serviço de assistência médica domiciliar teve início em 1949, especialmente com a criação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), mediante o Decreto nº 27.664. Tal serviço foi o resultado de uma série de demandas sociais, tornando os atendimentos mais ágeis (Silva et al., 2022).

O primeiro sistema de atenção domiciliar no Brasil foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo em 1967, almejando reduzir o número de leitos ocupados, e para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados de baixa complexidade clínica. Posteriormente, houve um crescimento no número de empresas privadas do sistema de atenção domiciliar, passando de cinco empresas, em 1994, para uma marca superior a cento e oitenta empresas em 1999. Esse aumento caracteriza um modismo que privilegia o lucro fácil, sem a devida estrutura para o correto atendimento, o que leva muitas dessas empresas a serem desqualificadas pelo sistema econômico, pela seleção natural da concorrência (Amaral et al., 2001).

Assim, a atenção domiciliar consiste em uma modalidade de atenção à saúde que envolve promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma conjunta com as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Vale ressaltar que essa modalidade tem aumentado em resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais que vêm tomando lugar, tanto no Brasil quanto no cenário global, para atender à necessidade de possibilidade e sustentabilidade econômica dos sistemas de saúde, bem como pela busca de uma proposta de cuidado que promova maior conforto aos usuários e às suas famílias (Procópio et al., 2020).

Buscando garantir a continuidade do cuidado em integração com a rede de atenção à saúde, foi instituída a Atenção Domiciliar como modalidade complementar ou substitutiva às já existentes. O Programa Melhor em Casa, do SUS, criado em 2011, visa à redução da demanda e/ou permanência da internação hospitalar, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários a partir de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestados em domicílio por equipe multidisciplinar (Pereira; Gessinger, 2014).

A atenção domiciliar inclui-se na RAS do SUS assumindo os princípios e diretrizes deste sistema, previstos em lei, ressaltando-se a universalidade, equidade, a integralidade, a resolubilidade e a ampliação do acesso, associados ao acolhimento e à humanização, que devem ser observados na organização dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) (Castro et al., 2018).

Vale ressaltar que o atendimento domiciliar abrange a parcela da população que está impossibilitada de acessar os serviços, ampliando a visão de saúde por meio de um processo

educativo. A assistência domiciliar possibilita que os profissionais possam conhecer a realidade de vida da população e estabelecer vínculo, bem como reduzir o número de internações dos pacientes (Pereira; Gessinger, 2014).

A fisioterapia no atendimento domiciliar é caracterizada como uma assistência, onde cuidados fisioterápicos são realizados na própria casa do paciente, permitindo uma avaliação profissional quanto à realidade e dificuldades do mesmo, e a partir disso, traçar um protocolo de assistência que se aplique à realidade do paciente (Benassi et al., 2012). O que se observa, portanto, é a possibilidade da fisioterapia ir até aos pacientes, rompendo, desse modo, com a lógica do atendimento terapêutico convencional (Silva et al., 2022).

Assim, o paciente não terá que se locomover até a clínica, tendo muitas vezes que enfrentar trânsito e congestionamento, e poderá escolher o melhor horário para o atendimento no conforto de sua residência, com a sua família, local onde se sente mais seguro e à vontade, fatores que influenciam positivamente no tratamento. Há ainda casos em que o paciente encontra-se restrito ao leito, condição que exige da família maiores demandas de trabalho para o seu deslocamento ao atendimento fisioterapêutico em uma clínica (Silva; Durães; Azoubel, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão integrativa, que segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa permite a inclusão de métodos diversos, sendo possível inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para compreensão completa do fenômeno analisado.

4.2 ESTRATÉGIAS DE BUSCA DOS ARTIGOS

As buscas pela pesquisa, foram executadas pelas base de dados eletrônicas PubMed, LILACS e Scielo. Foram realizadas no mês de março de 2024. Os descritores (DeCS) utilizados para a busca nas bases eletrônicas serão: “Physiotherapy in primary care” AND “Home care”

Estudos com seres humanos e idade igual ou maior que 18 anos.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram consideradas análise dos artigos originais sobre a fisioterapia e atendimento domiciliar, textos completos gratuitos, disponíveis na íntegra pelo meio online, que fossem dos últimos 5 anos de 2019 a 2024. Foram excluídos estudos que não enfatizem a fisioterapia e atendimento domiciliar, artigos do tipo revisão, dissertações e teses. Os critérios de elegibilidade dos estudos ocorreram por meio dos critérios de PICO e estão detalhados na tabela 1.

TABELA 1 - Critérios de inclusão e exclusão dos estudos pela estratégia PICO

	INCLUSÃO	EXCLUSÃO
P Participate	Pacientes atendidos no domicílio.	Pacientes com atendimento ambulatorial.
I Intervention	Atendimento de fisioterapia.	Não se aplica.
C Comparision	Não se aplica	Não se aplica
O Outcome	Fisioterapia no atendimento domiciliar.	Fisioterapia no atendimento domiciliar.

FONTE: Dados da pesquisa, 2024.

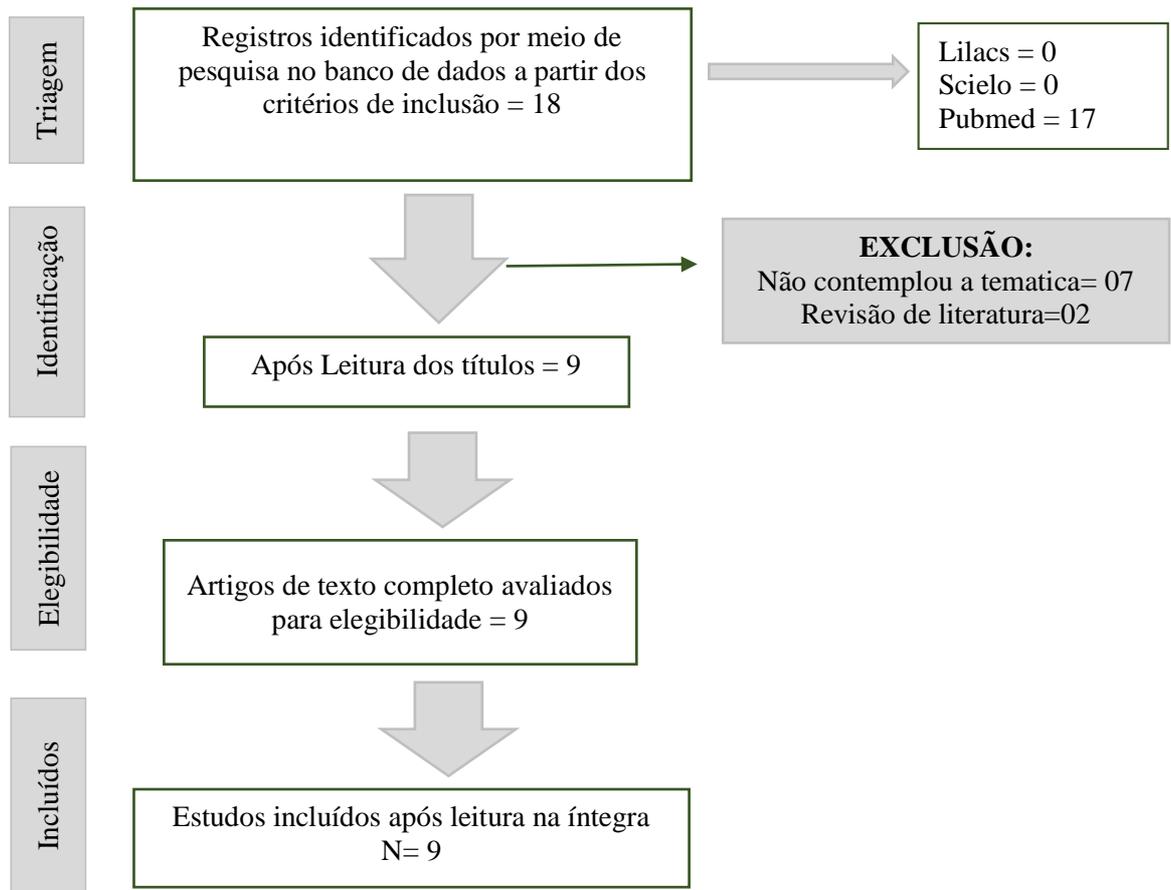
4.4 SELEÇÃO DOS ESTUDOS E EXTRAÇÃO DE DADOS

A seleção dos estudos iniciou-se com busca nas bases de dados selecionadas utilizando os descritores: “Physiotherapy in primary care” AND “Home care” tendo por intermédio do

boleando AND, conforme descrito.

Inicialmente foi realizado uma exploração dos títulos dos artigos apresentados por meio da estratégia de buscas. A segunda etapa, foi a leitura dos resumos, considerando os critérios de inclusão pré- definidos. A terceira etapa consistiu na leitura dos estudos na íntegra, resultando em 09 estudos conforme o fluxograma abaixo:

FLUXOGRAMA 1: Seleção de artigos.



FONTE: Dados da pesquisa, 2024

4.5 AVALIAÇÃO DE DADOS

Para facilitar a análise dos artigos selecionados foram construídas tabelas para melhor interpretação dos mesmos.

Para garantir a validade dessa revisão, os estudos foram selecionados e analisados minuciosamente, buscando resultados diferenciados em vários estudos. Na coleta dos dados foram observados alguns pontos que são necessários nos artigos científicos como: (identificação, título, autores, ano, objetivos, resultados); método (o tipo de estudo, local, e

técnica para a coleta de dados) e conseqüentemente os resultados obtidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para realização da pesquisa “Fisioterapia e atendimento domiciliar – uma revisão integrativa” foi realizado uma busca em três bases de dados, porém foram analisados 09 artigos pesquisados presentes em uma base de dados, Pubmed. Os estudos analisados foram selecionados a partir do critério de inclusão dos últimos 5 anos, sendo encontrados artigos entre os anos de 2019 e 2021, maioria do ano de 2019, como demonstra a tabela a seguir:

TABELA 2 – Distribuição de artigos pelo ano de publicação

ANO DE PUBLICAÇÃO	FREQUÊNCIA	PERCENTUAL
2019	04	44,44%
2020	02	22,22%
2021	03	33,33%
Total	09	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2024

A tabela 3 apresenta os estudos analisados, na qual todos verificaram a atuação da fisioterapia domiciliar em alguma patologia em específico. Quanto a quantidade de participantes, variaram de 21 participantes a 621 participantes. Assim, ao todo foram 1415 sujeitos que participaram nos estudos revisados.

TABELA 3 – Distribuição de artigos pelo objetivo e sujeitos da pesquisa

TÍTULO/ AUTOR/ ANO	OBJETIVO	PARTICIPANTES
<i>Results From a Randomized Controlled Trial to Address Balance Deficits After Traumatic Brain Injury.</i> <i>Tefertiller et al., 2019.</i>	Avaliar a eficácia de uma intervenção de fisioterapia domiciliar de 12 semanas que utilizou um sistema de jogo de realidade virtual para melhorar o equilíbrio em indivíduos com traumatismo cranioencefálico (TCE).	N=63 (Programa de exercícios domiciliares tradicional n=32; sistema de jogo de realidade virtual n=31) há pelo menos 1 ano após o TCE, deambulando de forma independente dentro de casa, não recebendo atualmente serviços de Intervenção de Fisioterapia.
<i>Home-based exercise and bone mineral density in peritoneal dialysis patients: a randomized pilot study.</i> <i>Watanabe et al., 2021.</i>	Avaliar os efeitos do exercício domiciliar na densidade mineral óssea (DMO) em pacientes com diálise peritoneal (DP).	N=53 pacientes estáveis em diálise peritoneal (26 do grupo de intervenção; sexo masculino, idade mediana, 66 anos; 27 do grupo de cuidados habituais; sexo masculino, idade mediana 64 anos).
<i>Effect of combined home-based, overground robotic-assisted gait training and usual physiotherapy on clinical functional outcomes in people with chronic stroke: A randomized controlled trial.</i> <i>Wright et al., 2021.</i>	Avaliar o efeito de um programa de treinamento de marcha assistido por robótica baseado em casa usando a órtese AlterG Bionic Leg nos resultados clínicos funcionais em pessoas com acidente vascular cerebral crônico (AVC)	N=34 pacientes ambulatoriais com AVC crônico que recebem fisioterapia usual.

<i>Effect of a Multicomponent Home-Based Physical Therapy Intervention on Ambulation After Hip Fracture in Older Adults: The CAP Randomized Clinical Trial.</i>	Comparar uma intervenção fisioterapêutica domiciliar multicomponente (treinamento) com um controle ativo na capacidade de caminhar na comunidade.	N=210 participantes foram randomizados e reavaliados 16 e 40 semanas depois.
<i>Magaziner et al., 2019.</i>		
<i>Changes in vascular and inflammatory biomarkers after exercise rehabilitation in patients with symptomatic peripheral artery disease.</i>	Comparar alterações em biomarcadores vasculares e inflamatórios em pacientes com doença arterial periférica (DAP) sintomática (típica e atípica de claudicação) após exercícios domiciliares e programas de exercícios supervisionados e em um grupo de controle de atenção.	N=114 pacientes foram randomizados em um dos três grupos (n = 38 por grupo).
<i>Gardner et al., 2019.</i>		
<i>The effect of home exercise on the posture and mobility of people with HAM/TSP: a randomized clinical trial.</i>	Avaliar o impacto de um programa de exercícios domiciliares na postura e mobilidade funcional de pessoas com paraparesia espástica tropical.	N= 49 participantes (18 Grupo com supervisão, 16 Grupo sem supervisão, 15 Grupo controle).
<i>Mota et al., 2020.</i>		
<i>Feasibility of preoperative supervised home-based exercise in older adults undergoing colorectal cancer surgery - A randomized controlled design.</i>	Avaliar a viabilidade de exercícios domiciliares supervisionados de curto prazo em idosos antes da cirurgia de câncer colorretal.	N=21 pacientes do sexo masculino
<i>Karlsson et al., 2019.</i>		
<i>Effectiveness of a Long-Term, Home-Based Aerobic Exercise Intervention on Slowing the Progression of Parkinson Disease: Design of the Cyclical Lower Extremity Exercise for Parkinson Disease II (CYCLE-II) Study.</i>	Determinar os efeitos alteradores da doença do exercício aeróbico de alta intensidade, administrado em um ciclo estacionário vertical, na progressão da Doença de Parkinson	N=250 participantes
<i>Alberts et al., 2021.</i>		
<i>Outpatient physiotherapy versus home-based rehabilitation for patients at risk of poor outcomes after knee arthroplasty: CORKA RCT.</i>	Comparar os resultados de um modelo tradicional de fisioterapia ambulatorial com aqueles de um programa de reabilitação domiciliar para pessoas avaliadas como em risco de mau resultado após artroplastia de joelho	N= 621 participantes (309 participantes foram designados para o programa de reabilitação domiciliar de Reabilitação Baseada na Comunidade após Artroplastia do Joelho - CORKA, recebendo uma mediana de cinco sessões de tratamento e 312 participantes foram designados para cuidados habituais, recebendo uma mediana de quatro sessões).
<i>Barker et al., 2020.</i>		

FONTE: Dados da pesquisa, 2024

A tabela 4 apresenta as patologias tratadas no domicílio, havendo variedade nos 9 estudos, Traumatismo Crânio Encefálico, Insuficiência Renal Crônica, Acidente Vascular Encefálico, Fratura de Quadril, Doença Arterial Periférica, Paraparesia Espástica Tropical, Câncer Colorretal, Doença de Parkinson, Artroplastia de Joelho. Quando as áreas de atuação,

há um predomínio, de acordo com as patologias, a fisioterapia neurofuncional, seguido da traumato-ortopedia.

A visita domiciliar é caracterizada como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, almejando atenção à saúde, aprendizagem ou investigação, podendo ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento, viabilizando o cuidado das pessoas com algum nível de dependência física ou emocional e com dificuldades de sair do seu domicílio (Medeiros; Pivetta; Mayer, 2012).

A escolha pela fisioterapia domiciliar ocorre especialmente por motivos como incapacidade físico-funcional, restrição ao leito ou até mesmo pela facilidade desse tipo de atendimento para os pacientes com dificuldade de locomoção bem como seus familiares (Pires; Arantes, 2022).

Pires; Arantes (2022) complementam ainda, que o fisioterapeuta domiciliar beneficia o ser humano, proporcionando melhor qualidade de vida às pessoas que necessitam deste atendimento em suas necessidades individuais, abrangendo também seus familiares e cuidadores, através de condutas preventivas, curativas e reabilitadoras.

Diante das patologias encontradas nos estudos, é perceptível que as nove patologias podem restringir o indivíduo ao domicílio seja de forma temporária ou definitiva.

TABELA 4 – Distribuição dos estudos de acordo com a patologia e área da fisioterapia

TÍTULO/ AUTOR/ ANO	PATOLOGIA TRATADA	ÁREA DA FISIOTERAPIA
<i>Results From a Randomized Controlled Trial to Address Balance Deficits After Traumatic Brain Injury.</i> Tefertiller et al., 2019.	Traumatismo crânio Encefálico	Neurofuncional
<i>Home-based exercise and bone mineral density in peritoneal dialysis patients: a randomized pilot study.</i> Watanabe et al., 2021.	Insuficiência renal crônica	Nefrologia
<i>Effect of combined home-based, overground robotic-assisted gait training and usual physiotherapy on clinical functional outcomes in people with chronic stroke: A randomized controlled trial.</i> Wright et al., 2021.	Acidente vascular encefálico	Neurofuncional
<i>Effect of a Multicomponent Home-Based Physical Therapy Intervention on Ambulation After Hip Fracture in Older Adults: The CAP Randomized Clinical Trial.</i> Magaziner et al., 2019.	Fratura de quadril	Traumato-ortopedia
<i>Changes in vascular and inflammatory biomarkers after exercise rehabilitation in patients with symptomatic peripheral artery disease.</i> Gardner et al., 2019.	Doença Arterial Periférica	Vascular
<i>The effect of home exercise on the posture and mobility of people with HAM/TSP: a randomized clinical trial.</i> Mota et al., 2020.	Paparesia Espástica Tropical	Neurofuncional
<i>Feasibility of preoperative supervised home-based exercise in older adults undergoing colorectal cancer surgery - A randomized controlled design.</i> Karlsson et al., 2019.	Câncer colorretal	Oncológica

<i>Effectiveness of a Long-Term, Home-Based Aerobic Exercise Intervention on Slowing the Progression of Parkinson Disease: Design of the Cyclical Lower Extremity Exercise for Parkinson Disease II (CYCLE-II) Study.</i> Alberts et al., 2021.	Doença de Parkinson	Neurofuncional
<i>Outpatient physiotherapy versus home-based rehabilitation for patients at risk of poor outcomes after knee arthroplasty: CORKA RCT.</i> Barker et al., 2020.	Artroplastia de joelho	Traumatologia ortopedia

FONTE: Dados da pesquisa, 2024

O fisioterapeuta em atendimento domiciliar contribui de forma decisiva no tratamento dos pacientes que por conta de suas incapacidades e disfunções neurológicas são deixados nos leitos e/ou cadeiras de rodas, sem que haja a oportunidade de reabilitação e reintegração destes pacientes à sociedade (Felício et al., 2005).

O traumatismo crânio encefálico (TCE), é um trauma que causa lesão anatômica, como fratura de crânio ou lesão no couro cabeludo, ou comprometimento funcional das meninges, encefalo ou seus vasos, podendo ser leve, moderado ou grave e é considerado uma das principais causas de morte e de deficiências físicas em crianças e adolescentes (Garcia; Cabral, 2022).

Garcia; Cabral (2022) atentam que reabilitar um paciente após TCE é um processo longo e complicado e, deve ser levado em consideração peculiaridades da evolução neurológica, devendo ser iniciado o mais precoce possível.

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é caracterizado por um conjunto de eventos cerebrovasculares, que ocorrem devido a uma disfunção presente na irrigação sanguínea cerebral de forma aguda e rápida. Pode ser dividido em duas categorias de acordo com a sua etiologia: isquêmico ou hemorrágico (Margarido et al., 2021).

O AVE é uma das maiores causas de sequelas que geram incapacidades funcionais, como a paralisia total ou parcial do hemicorpo, além de disfunções sensoriais, visuais, autonômicas e cognitivas, necessitando de um processo de reabilitação efetivo (Lopes et al., 2021).

A fisioterapia é essencial para recuperação de pacientes vítimas de AVE, devido as inúmeras sequelas nos indivíduos acometidos, como alterações físicas e repercussões e o fisioterapeuta é responsável por identificar as funções prejudicadas e estimulá-las para melhorar sua funcionalidade, bem como por auxiliar a reinserção social do paciente e melhorar sua qualidade de vida (Lima; Conceição; Tapparelli, 2022).

A doença de Parkinson (DP) se caracteriza como uma doença crônica e neurodegenerativa (Santos; Ferro, 2022). Pessoas com doença de Parkinson têm sua

funcionalidade afetada devido aos inúmeros comprometimentos desencadeados pela doença, como bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural e a fisioterapia nesses casos, almeja maximizar a capacidade funcional através da reabilitação do movimento (Azevedo et al., 2021).

A paraparesia espástica tropical, causada pelo retrovírus HTLV-1, tem como sintomatologia a fraqueza dos membros inferiores, dor lombar, podendo afetar também os esfíncteres vesical e intestinal e pode ter uma progressão rápida, com a perda de funcionalidade independente como o equilíbrio dinâmico e a coordenação motora nos primeiros três meses após diagnóstico ou ter uma progressão lenta, com alterações na velocidade da marcha, na distância percorrida, no passo, passada e cadência da marcha. (Farias; Pinto, 2024).

A fisioterapia tem papel importante para a reabilitação e como estratégia de otimizar a qualidade de vida dos pacientes (Farias; Pinto, 2024). Mota et al. (2020) complementam que a fisioterapia tem resultados positivos em pessoas com paraparesia espástica tropical, porém a mobilidade e a distância dos centros de reabilitação limitam a participação em programas ambulatoriais.

A traumato-ortopedia também foi relatada em dois estudos, na fatura de quadril e na artroplastia de Joelho, doenças que podem deixar os indivíduos restritos ao domicílio.

A maioria das pessoas com fratura de quadril apresenta dificuldade para caminhar após a fratura (Magaziner et al., 2019). A fisioterapia no tratamento pós-operatório de pacientes com fratura do fêmur almeja aumentar a força muscular, melhorar a segurança e eficiência da deambulação, fornecendo assim, maior independência ao paciente (Santos; Vieira, 2021).

A artroplastia total do joelho (ATJ) foi identificada como uma das cirurgias mais eficazes para a artrite do joelho (Morete-Pinto; Sousa-Correa, 2021). E a fisioterapia é fundamental para a reabilitação do pós-cirúrgico da ATJ, principalmente por meio de exercícios passivos, ativos assistidos e ativos. Inicialmente para prevenir eventos trombóticos nos membros inferiores, com exercícios de bombeamento de tornozelo, ganhar extensão da articulação do joelho, minimizar o quanto antes o edema, com a crioterapia e a eletroterapia, recuperar a amplitude de movimento completa em todas as movimentações do joelho e retornar a força e o trofismo muscular do membro. E, a ausência de um tratamento reabilitativo contribui negativamente para o grau de função da articulação do joelho (Ioshitake et al., 2016).

Estudos apresentaram também um programa de reabilitação domiciliar em casos de Insuficiência Renal Crônica, Câncer colorretal e Doença Vascular Periférica.

A Insuficiência Renal Crônica caracteriza-se por alterações na função ou estrutura dos

rins, de evolução lenta, progressiva e irreversível cujas principais são hipertensão arterial, Diabetes Mellitus e glomerulonefrites, entre outras. Conforme sua progressão, a Insuficiência Renal Crônica é classificada em cinco estágios que requerem tratamento e acompanhamento específicos a depender do grau de lesão renal, sendo o quinto e último estágio, marcado pela fase terminal da insuficiência renal crônica, na qual Terapias Renais Substitutivas como Hemodiálise, Diálise Peritoneal e/ou transplante são necessárias (Almeida et al., 2023).

Os benefícios versus limitações do exercício supervisionado versus exercício domiciliar têm sido tema de debate, porém é notório que o Câncer Colorretal, afeta profundamente a saúde e causa efeitos prejudiciais à qualidade de vida (QV) e à capacidade funcional (CF) e o exercício físico regular é recomendado para prevenir o Câncer Colorretal e tem sido associado à redução da mortalidade específica e por todas as causas do Câncer Colorretal (Kraemer et al., 2022).

A doença arterial periférica (DAP) é altamente prevalente e leva à má qualidade de vida e está associada a uma alta taxa de mortalidade. Pacientes com DAP também apresentam maior carga cardiovascular, inflamação e estresse oxidativo do que idosos saudáveis. E, programas de exercícios domiciliares e supervisionados são eficazes para diminuir a apoptose de células endoteliais cultivadas em pacientes com DAP sintomática e um programa de caminhada domiciliar monitorado melhora os marcadores circulantes da capacidade antioxidante endógena, angiogênese, inflamação derivada do endotélio e glicemia em pacientes com DAP sintomática (Gardner et al., 2019).

TABELA 5 – Distribuição dos estudos de acordo com quantidade de sessões/ tempo de acompanhamento e conclusão.

TÍTULO	QUANTIDADE DE SESSÕES/ TEMPO DE ACOMPANHAMENTO	CONCLUSÃO
<i>Results From a Randomized Controlled Trial to Address Balance Deficits After Traumatic Brain Injury</i> Tefertiller et al., 2019	Intervenção de fisioterapia domiciliar, 3-4 vezes por semana durante 12 semanas, com cada sessão durando 30 minutos.	O treinamento em Realidade Virtual não se mostrou mais benéfico do que um Programa de exercícios domiciliares tradicional para melhorar o equilíbrio. No entanto, os indivíduos com TCE crônico em ambos os grupos de tratamento demonstraram melhorias no equilíbrio em resposta a estas intervenções que foram concluídas de forma independente no ambiente doméstico.
<i>Home-based exercise and bone mineral density in peritoneal dialysis patients: a randomized pilot study.</i> Watanabe et al., 2021	Exercícios domiciliares (exercícios resistidos, alongamentos e exercícios aeróbicos como caminhada) durante 6 meses, caminhar por 20 a 30 minutos, 3 a 5 vezes por semana e aumentar para 500–1000 passos, dependendo da sua capacidade, todos os meses.	Os exercícios domiciliares em pacientes com Diálise Peritoneal (DP) não melhoraram a Densidade Mineral Óssea em nenhum dos locais avaliados, porém, a melhoria da função física e da atividade física pode reduzir o risco de quedas em pacientes com DP.

<p><i>Effect of combined home-based, overground robotic-assisted gait training and usual physiotherapy on clinical functional outcomes in people with chronic stroke: A randomized controlled trial.</i> Wright et al., 2021</p>	<p>Fisioterapia usual mais (1) programa de treinamento de marcha assistido por robótica no solo de 10 semanas ($n = 16$), usando o dispositivo por 30 minutos por dia, ou (2) grupo de controle ($n = 18$), 30 minutos de atividade física por dia.</p>	<p>O treinamento de marcha assistida por robótica no solo combinado com fisioterapia em pacientes com AVC crônico levou a melhorias significativas nos resultados clínicos funcionais e na atividade física em comparação com o grupo controle. As melhorias foram mantidas em 22 semanas.</p>
<p><i>Effect of a Multicomponent Home-Based Physical Therapy Intervention on Ambulation After Hip Fracture in Older Adults: The CAP Randomized Clinical Trial.</i> Magaziner et al., 2019</p>	<p>A intervenção de treinamento (tratamento ativo) incluiu treinamento aeróbico, de força, de equilíbrio e funcional. O grupo controle ativo recebeu estimulação elétrica nervosa transcutânea e exercícios ativos de amplitude de movimento. Ambos os grupos receberam 2 a 3 visitas domiciliares de um fisioterapeuta semanalmente durante 16 semanas.</p>	<p>Entre os idosos com fratura de quadril, uma intervenção fisioterapêutica domiciliar multicomponente comparada com um controle ativo que incluía estimulação elétrica nervosa transcutânea e exercícios ativos de amplitude de movimento não resultou em uma melhora estatisticamente significativa na capacidade caminhar 300 metros ou mais em 6 minutos após 16 semanas.</p>
<p><i>Changes in vascular and inflammatory biomarkers after exercise rehabilitation in patients with symptomatic peripheral artery disease</i> Gardner et al., 2019</p>	<p>Intervenções de exercícios, consistindo em programas domiciliares e supervisionados de caminhada intermitente até dor de claudicação leve a moderada por 12 semanas.</p>	<p>Programas de exercícios domiciliares e supervisionados são eficazes para diminuir a apoptose de células endoteliais cultivadas em pacientes com Doença Arterial Periférica (DAP) sintomática. Além de apresentar benefícios vasculares adicionais, melhorando os marcadores circulantes da capacidade antioxidante endógena, angiogênese, inflamação derivada do endotélio e concentração de glicose no sangue em pacientes com DAP sintomática.</p>
<p><i>The effect of home exercise on the posture and mobility of people with HAM/TSP: a randomized clinical trial.</i> Mota et al., 2020</p>	<p>Exercícios guiados por um guia durante seis meses, 2 vezes por semana, durante 50 minutos: supervisionados, não supervisionados e controle (GC).</p>	<p>Os exercícios domiciliares orientados por cartilha podem beneficiar a postura, a mobilidade funcional e os parâmetros da marcha em pessoas com paraparesia espástica tropical, e a supervisão do fisioterapeuta pode garantir melhores resultados.</p>
<p><i>Feasibility of preoperative supervised home-based exercise in older adults undergoing colorectal cancer surgery - A randomized controlled design</i> Karlsson et al., 2019</p>	<p>O exercício (respiratório, de força e aeróbico) consistiu de 2 a 3 sessões supervisionadas por semana nas casas dos participantes, durante pelo menos 2 a 3 semanas ou até a cirurgia, e um programa de exercícios auto administrado entre elas.</p>	<p>Uma intervenção de exercício físico domiciliar supervisionado pré-operatório de curto prazo pode ser realizada, com relação à adesão e aceitabilidade, em idosos com estado físico semelhante ao deste estudo antes da cirurgia de câncer colorretal.</p>
<p><i>Effectiveness of a Long-Term, Home-Based Aerobic Exercise Intervention on Slowing the Progression of Parkinson Disease: Design of the Cyclical Lower Extremity Exercise for Parkinson Disease II (CYCLE-II) Study</i> Alberts et al., 2021</p>	<p>Exercícios aeróbicos, na qual os participantes receberam uma bicicleta estacionária vertical entregue em suas casas durante o período de estudo de 12 meses. Os participantes completaram uma sessão introdutória de exercícios de 10 minutos supervisionada por um fisioterapeuta neurológico para garantir a segurança do participante. Era realizado 3</p>	<p>Os resultados deste ensaio forneceram informações críticas sobre a eficácia do exercício aeróbico na alteração da progressão da Doença de Parkinson. Finalmente, o uso de medidas biomecânicas que caracterizam os padrões de controle motor subjacentes às medidas das extremidades superiores e inferiores, juntamente com medidas não motoras coletadas ao longo do projeto, forneceram uma compreensão única de como a progressão da Doença de Parkinson impacta os padrões fundamentais de controle motor e a</p>

	vezes/semana por 45 minutos.	função executiva.
<i>Outpatient physiotherapy versus home-based rehabilitation for patients at risk of poor outcomes after knee arthroplasty: CORKA RCT.</i> <i>Barker et al., 2020</i>	O programa de reabilitação domiciliar de Reabilitação Baseada na Comunidade após Artroplastia do Joelho (CORKA), recebendo uma mediana de cinco sessões de tratamento (intervalo 4-7 sessões).	Este ensaio clínico randomizado não encontrou diferenças importantes nos resultados quando a reabilitação pós-artroplastia foi realizada usando um pacote de reabilitação domiciliar fornecido por um assistente de reabilitação ou um modelo ambulatorial tradicional. No entanto, a avaliação econômica da saúde concluiu que, ao adotar uma perspectiva societal, a intervenção domiciliária CORKA foi mais eficaz na redução de custos e, portanto, dominante sobre os cuidados habituais, devido à redução do tempo de afastamento do emprego remunerado para este grupo.

FONTE: Dados da pesquisa, 2024

Tefertiller et al. (2019) pesquisou um grupo de participantes com Traumatismo crânio Encefálico realizou uma Intervenção de fisioterapia domiciliar, 3-4 vezes por semana durante 12 semanas, com cada sessão durando 30 minutos.

Watanabe et al. (2021) em um grupo de pacientes com Insuficiência renal crônica realizou exercícios domiciliares (exercícios resistidos, alongamentos e exercícios aeróbicos como caminhada) durante 6 meses, caminhar por 20 a 30 minutos, 3 a 5 vezes por semana e aumentar para 500–1000 passos, dependendo da sua capacidade, todos os meses.

Wright et al. (2021) realizou em pacientes com Acidente vascular encefálico um programa de treinamento de marcha assistido por robótica no solo de 10 semanas, usando o dispositivo por 30 minutos por dia, e um grupo de controle com 30 minutos de atividade física por dia.

Magaziner et al. (2019) em pacientes que sofreram fratura de quadril foi realizado a intervenção de treinamento (tratamento ativo) incluiu treinamento aeróbico, de força, de equilíbrio e funcional. O grupo controle ativo recebeu estimulação elétrica nervosa transcutânea e exercícios ativos de amplitude de movimento. Ambos os grupos receberam 2 a 3 visitas domiciliares de um fisioterapeuta semanalmente durante 16 semanas.

Gardner et al. (2019) pesquisou participantes com Doença Arterial Periférica, realizando intervenções de exercícios, consistindo em programas domiciliares e supervisionados de caminhada intermitente até dor de claudicação leve a moderada por 12 semanas.

Mota et al. (2020) pesquisou participantes com Paparesia Espástica Tropical com um programa de exercícios guiados por um guia durante seis meses, 2 vezes por semana, durante 50 minutos.

Karlsson et al. (2019) com participantes com Câncer colorretal realizou exercícios (respiratório, de força e aeróbico) que consistiu de 2 a 3 sessões supervisionadas por semana

nas casas dos participantes, durante pelo menos 2 a 3 semanas ou até a cirurgia, e um programa de exercícios auto administrado entre elas.

Alberts et al. (2021) com pacientes com a Doença de Parkinson foram submetidos a Exercícios aeróbicos, na qual os participantes receberam uma bicicleta estacionária vertical entregue em suas casas durante o período de estudo de 12 meses. Os participantes completaram uma sessão introdutória de exercícios de 10 minutos supervisionada por um fisioterapeuta neurológico para garantir a segurança do participante. Era realizado 3 vezes/semana por 45 minutos.

Barker et al. (2020) com participantes que realizaram Artroplastia de joelho realizaram um programa de reabilitação domiciliar de Reabilitação Baseada na Comunidade após Artroplastia do Joelho (CORKA), recebendo uma mediana de cinco sessões de tratamento (intervalo 4-7 sessões).

Todos os estudos apresentaram resultados benéficos quanto ao programa de reabilitação proposto para cada patologia em domicílio. Embora alguns estudos, como no estudo de Tefertiller et al. (2019), no estudo de Watanabe et al. (2021) e no estudo de Barker et al. (2020), não tenha conseguido comprovar uma relevância maior no programa proposto quando comparado a um método tradicional, apresentaram ainda, respostas relevantes quanto melhora no equilíbrio, redução de quedas, redução de custos.

Silva, Durães e Azoubel (2011) em seu estudo demonstraram benefícios da prática da fisioterapia domiciliar proporcionando resultados positivos para o paciente; para família, para o contexto domiciliar e para as relações entre família e fisioterapeuta.

No estudo realizado por Medeiros; Pivetta; Mayer (2012), com estagiários do curso de fisioterapia, relataram que a prática da visita domiciliar foi relevante para sua formação, pois possibilita participar da realidade das famílias, ampliando a visão e o conceito de saúde para um cuidado global e humanizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos analisados percebe-se que a atuação da fisioterapia apresentou resultados benéficos quanto ao programa de reabilitação proposto para cada patologia em domicílio. Vale ressaltar que, o atendimento domiciliar no Brasil no Sistema público acontece integrado a atenção básica e, reglementado pelo SUS.

Quanto a quantidade de participantes nos estudos analisados, variaram de 21 participantes a 621 participantes, totalizando 1415 sujeitos que participaram dos estudos. Todos os estudos abordaram patologias diferentes, maioria na fisioterapia neurofuncional, seguido da traumatologia-ortopedia. Percebe-se que as patologias abordadas nos estudos, Traumatismo Crânio Encefálico, Insuficiência Renal Crônica, Acidente Vascular Encefálico, Fratura de Quadril, Doença Arterial Periférica, Paraparesia Espástica Tropical, Câncer Colorretal, Doença de Parkinson, Artroplastia de Joelho, restringem os pacientes ao domicílio, sendo necessário o atendimento no domicílio.

O acompanhamento desses pacientes no domicílio variou de 2 – 3 semanas a 12 meses, com sessões diárias ou no mínimo 2 vezes por semana, com duração mínima de 20 minutos e máxima de 50 minutos.

Portanto, evidencia-se a importância do atendimento domiciliar realizado pela fisioterapia, especialmente para aqueles que apresentam alguma restrição de locomoção, facilitando assim, o acesso a reabilitação.

REFERÊNCIAS

- ALVES, N. S. et al. Perspectivas sobre o trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica: uma revisão integrativa. **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, Vol.12, No. 1, p. 2, 2020.
- ALBERTS, J. L. et al. Effectiveness of a Long-Term, Home-Based Aerobic Exercise Intervention on Slowing the Progression of Parkinson Disease: Design of the Cyclical Lower Extremity Exercise for Parkinson Disease II (CYCLE-II) Study. **Phys Ther.**; 101 (11): p. 191, 2021.
- ALMEIDA, O. A. E. et al. Estrategias de tele-saúde en la atención de personas con enfermedad renal crónica: revisión integradora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e4049, jan. 2023.
- AMARAL, N. N. et al. Assistência domiciliar à saúde (Home Health Care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. **Revista Neurociências**, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001.
- AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1467-1478, 2011.
- AZEVEDO, I. M. et al. Repercussões da estimulação auditiva rítmica sobre a funcionalidade na doença de Parkinson. **Fisioter. Mov.**, v. 34, e34116, 2021.
- BARKER, K. L. et al. Outpatient physiotherapy versus home-based rehabilitation for patients at risk of poor outcomes after knee arthroplasty: CORKA RCT. **Health Technol Assess.**; 24 (65): 1-116, 2020.
- BENASSI, V. et al. Perfil epidemiológico de paciente em atendimento fisioterapêutico em Home Care no Estado de São Paulo. **J Health Sci Inst.**;30(4):395-8, 2012.
- 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. Sobral: **SANARE**, V.14, n.01, p.76-80, jan./jun. – 2015.
- BRASIL. **Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. a
- BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2013. b

- BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. Nilópolis-RJ: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, N. 3, 2008.
- BISPO JÚNIOR, J. P.. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 3, p. 655–668, jul. 2009.
- BROCARD, D.; ANDRADE, C. L. T.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, S. M. L. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 130-144, 2018.
- CASTRO, S. S.; CIPRIANO JÚNIOR, G. e MARTINHO, A. fisioterapia no Programa de Saúde da Família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. Curitiba: **Fisioterapia em Movimento**, Vol. 19, N. 4, 2006.
- CASTRO, E. A. B. et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 39, 2018.
- FARIAS, K. S.; PINTO, G. S. Efeitos de um protocolo de fisioterapia neurofuncional em uma paciente com paraparesia tropical: relato de caso. **Fisioter Bras.**; 25 (1): 1248-1258, 2024.
- FELÍCIO, D. N. L. et al. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. Fortaleza: **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 18, núm. 2, pp. 64-69, 2005.
- GARCIA, T. S.; CABRAL, F. D. Atuação fisioterapêutica no tratamento intensivo do paciente com Traumatismo Crânio Encefálico – TCE. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 8, n. 8, p. 560–570, 2022.
- GARDNER, A. W. et al. Changes in vascular and inflammatory biomarkers after exercise rehabilitation in patients with symptomatic peripheral artery disease. **J Vasc Surg.**; 70(4):1280-1290, 2019.
- IOSHITAKE, F. A. C. B. et al. Reabilitação de pacientes submetidos à artroplastia total de joelho: revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 11–14, 2016.
- KRAEMER, M. B. et al. Home-based, supervised, and mixed exercise intervention on functional capacity and quality of life of colorectal cancer patients: A meta-analysis. **Scientific reports**, v. 12, n. 1, p. 2471, 2022.
- KARLSSON, E. et al. Feasibility of preoperative supervised home-based exercise in older adults undergoing colorectal cancer surgery - A randomized controlled design. **PLoS One.**; 14 (7): e0219158, Jul 2, 2019.
- LIMA, J. B.; CONCEIÇÃO, N. M. P.; TAPPARELLI, Y. A. A fisioterapia motora no processo de reabilitação do acidente Vascular Encefálico. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 15, n. 23, p. 87–95, 2022.

LOPES, J. et al. Caracterização sensório-motora de indivíduos após acidente vascular encefálico submetidos a fisioterapia neurofuncional. Curitiba: **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.3, p. 13268-13278 may./jun. 2021.

MARGARIDO, A. J. L. et al. Epidemiologia do Acidente Vascular Encefálico no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 39, p. e8859, 23 dez. 2021.

MAGAZINER, J. et al. Effect of a Multicomponent Home-Based Physical Therapy Intervention on Ambulation After Hip Fracture in Older Adults: The CAP Randomized Clinical Trial. **JAMA**, 322(10), 946–956, 2019.

MAIA, F. E. da S. et al. A importância da inclusão do profissional fisioterapeuta na atenção básica de Saúde. **Revista Da Faculdade De Ciências Médicas De Sorocaba**, 17(3), 110–115, 2015.

MEDEIROS, P. A.; PIVETTA, H. M. F.; MAYER, M. DA S. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 407–426, nov. 2012.

MORETE-PINTO, M. C.; SOUSA-CORREA, A. F. Estratégias para o manejo da dor pós-operatória em artroplastia total de joelho: revisão integrativa. São Paulo: **BrJP**, jul-set; 4 (3): 245-56, 2021.

MOTA, R. DE S. et al. O efeito do exercício domiciliar na postura e mobilidade de pessoas com HAM/TSP: um ensaio clínico randomizado. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 78, n. 3, pág. 149–157, mar. 2020.

NASCIMENTO, M. C. et al. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. São Carlos: **Rev. Bras. Fisioter.**, Vol. 10, N. 2, 2006.

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**, v. 38, n. 2, p. 210-218, 2014.

PIRES, F. M.; ARANTES, A. P. F. Aspectos relevantes sobre o atendimento fisioterapêutico domiciliar: atuação, contribuições e dificuldades. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, ISSN 2675-6218, [S. l.], v. 3, n. 3, p. e331259, 2022.

PORTES, L. H. et al. Atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão da literatura brasileira. **Revista de APS**, v. 14, n. 1, 2011.

PROCÓPIO, S. P. A. et al. Vivências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde–PET-Saúde GraduaSUS: uma experiência de capacitação com Agentes Comunitários de Saúde como protagonistas. **Extensão Tecnológica: Revista de Extensão do Instituto Federal Catarinense**, n. 12, p. 27-32, 2020.

REBELATTO, J. R. e BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil, Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. Ed. São Paulo: Manole, 1999.

RIBEIRO, C. D.; FLORES-SOARES, M. C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na

atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, p. 379-393, 2015.

SALMÓRIA, J. G. e CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. São Paulo: **Saúde e Soc.**, vol. 17, N. 1, 2008.

SANTANA, A.; BARROS, L. M. Atuação do fisioterapeuta do NASF-AB nas atividades de apoio matricial, promoção à saúde e articulação de rede –um relato de experiência. **Rev. APS**. 2021 jul.-set.; 24(3): 582-93, 2021.

SANTOS, S. da S.; FERRO, T. N. de L. Performance of the neurofunctional physiotherapist in the patient with Parkinson’s Disease: a narrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. e5211225363, 2022.

SANTOS, A. F.; VIEIRA, K. V. S. Eficácia da fisioterapia na manutenção da capacidade funcional de idosos pós cirurgia de fratura proximal de fêmur. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 7, n. 9, p. 688–708, 2021.

SILVA, L. W. S.; DURÃES, A. M.; AZOUBEL, R. Fisioterapia domiciliar: pesquisa sobre o estado da arte a partir do Niefam. Curitiba: **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 495-501, jul./set. 2011.

SILVA, D. S. et al. Intervenções fisioterapêuticas no atendimento domiciliar em idosos. **Revista Dissertar**, [S. l.], v. 1, n. 37, 2022.

SIMONI, D. E. et al. The educational training in physiotherapy in Brazil: historical fragments and current perspectives. **Hist enferm Rev eletronica [Internet]**; 6 (1): 10-20, 2015.

SILVA, I. C. B. et al. O processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, 2019.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, 8 (1): 102-6, 2010.

TEFERTILLER, C. et al. Results From a Randomized Controlled Trial to Address Balance Deficits After Traumatic Brain Injury. **Arch Phys Med Rehabil.**;100 (8): 1409-1416, 2019.

TRELHA, C. S. et al. O fisioterapeuta no programa da saúde da família em Londrina (PR). Londrina: **Revista Espaço para a Saúde**, vol.8, N. 2, jun/2007.

WATANABE, K. et al. Home-based exercise and bone mineral density in peritoneal dialysis patients: a randomized pilot study. **BMC Nephrol.**; 22 (1): 98, 2021.

WRIGHT, A. et al. Effect of combined home-based, overground robotic-assisted gait training and usual physiotherapy on clinical functional outcomes in people with chronic stroke: A randomized controlled trial. **Clin Rehabil.**; 35 (6): 882-893, 2021.