



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

NOTA TÉCNICA Nº 49/2025-CGADOM/DAHUD/SAES/MS

ASSUNTO

Gestão da Transição do Cuidado em Fisioterapia no Programa Melhor em Casa (PMeC)

1. INTRODUÇÃO

Dentro da Atenção Domiciliar (AD) Especializada, o **Programa Melhor em Casa** (PMeC) admite pacientes que demandam cuidado multiprofissional e frequência de visitas domiciliares no mínimo semanalmente^{1,2}. Nesse contexto, a **fisioterapia** assume papel estratégico na AD, participando de decisões sobre admissão, evolução e alta, além da transição do cuidado entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A transição e a continuidade do cuidado fisioterapêutico na RAS são estruturadas para acompanhar o paciente desde sua admissão até a alta ou o encaminhamento a outros pontos de atenção. O acesso à fisioterapia no PMeC ocorre por encaminhamento para avaliação multiprofissional, atendendo a critérios específicos de admissão¹. Tal acesso tem origem em diversas unidades da RAS, incluindo hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Atenção Básica ou Centros de Reabilitação.

No entanto, a realidade do cuidado em rede frequentemente se depara com a fragmentação, impactando a continuidade da assistência e a qualidade de vida do usuário. A ausência de critérios clínico-funcionais padronizados e de fluxos assistenciais bem definidos tem sido um fator limitante para a efetividade do cuidado domiciliar, a comunicação interprofissional e a racionalização de recursos.

Em alinhamento com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza a funcionalidade como um indicador de saúde vital, a AD incorpora o referencial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)³, que, no Brasil, encontra sua correspondência normativa na Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF)^{4,5}. A articulação entre CIF e CBDF é fundamental para qualificar a fisioterapia no SUS, permitindo a padronização da linguagem profissional, a integração dos processos assistenciais e o direcionamento das intervenções para desfechos funcionais que promovam a autonomia e a participação social do usuário.

Neste contexto, esta Nota Técnica propõe recomendações estruturadas que visam aprimorar a gestão da assistência fisioterapêutica com ênfase na **transição do cuidado** no PMeC. O foco é superar a não padronização de processos e a sobrecarga sistêmica (frequentemente caracterizada por encaminhamentos direcionados e exclusivos), através da otimização de protocolos, da consolidação de avaliações em diagnósticos funcionais assertivos e da integração da comunicação por meio de códigos de classificação unificados, visando restaurar a fluidez, a eficiência e a integralidade do cuidado fisioterapêutico na RAS.

2. OBJETIVOS

Os objetivos desta Nota Técnica visam qualificar e padronizar a gestão da assistência fisioterapêutica, com foco na transição do cuidado, na AD, com ênfase no PMeC, de modo a:

- (i) aumentar a assertividade na admissão de usuários;

- (ii) garantir transições de cuidado seguras e efetivas;
- (iii) reduzir ineficiências operacionais, fortalecendo a colaboração interprofissional e a coordenação em rede.

2.1 Objetivos Gerais

Estabelecer estrutura recomendada para a gestão do cuidado fisioterapêutico no PMeC, alinhada às diretrizes do SUS, orientada por critérios clínico-funcionais e por decisões assistenciais documentadas (continuidade, alta e transição do cuidado).

Fortalecer a integração em rede no âmbito da RAS, otimizando o tempo assistencial em domicílio para reabilitação, manutenção, prevenção e/ou cuidados paliativos, com comunicação padronizada entre os profissionais envolvidos no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

2.2 Objetivos Específicos

- (i) Definir critérios clínico-funcionais complementares ao Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (**IAEC-AD**)⁶.
- (ii) Padronizar a avaliação funcional, diagnóstico fisioterapêutico e registro em prontuário domiciliar com base na CIF e na CBDF.
- (iii) Qualificar as decisões relativas à continuidade do cuidado, alta assistencial e transição entre pontos da RAS.
- (iv) Reduzir descontinuidade assistencial e sobrecarga operacional por meio de fluxos assistenciais claros e documentados.

3. GESTÃO DA TRANSIÇÃO DO CUIDADO E A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICOS FISIOTERAPÊUTICOS (CBDF)

A **CBDF**, instituída pela COFFITO⁴, fornece o conteúdo técnico para a gestão da **transição do cuidado**, alinhando-se à CIF, e organiza os achados da consulta fisioterapêutica em códigos alfanuméricos distribuídos por dez sistemas orgânicos utilizando qualificadores em escala Likert de 0 a 4 para quantificar a gravidade do comprometimento^{4,5}. Essa estrutura permite classificar a saúde cinético-funcional, por meio de níveis de complexidade cinético-funcional, promovendo uma linguagem unificada que qualifica decisões sobre localização, frequência e intensidade do cuidado⁶.

Desse modo, a admissão, por meio da Fisioterapia, no PMeC utiliza como parâmetro central a categoria CBDF-D (Deficiências Cinético-Funcionais), associada a riscos identificados pela CBDF-S (Saúde Cinético-Funcional em Risco), conforme avaliação do profissional fisioterapeuta^{5,7}.

A **CBDF-D** quantifica a gravidade dos déficits por meio dos qualificadores da CIF, conhecidos como Escala Universal de Gravidade da CIF, que descrevem níveis de dificuldade, perda, déficit, limitação ou restrição^{4,5}.

Níveis de complexidade cinético-funcional III e/ou IV (qualificadores CBDF 3 ou 4) indicam comprometimentos graves ou completos, fortemente indicativos de necessidade de **AD especializada - PMeC** (AD2/AD3) se paciente estável ou **atenção hospitalar/urgência e emergência** se paciente instável, enquanto níveis I ou II (qualificadores CBDF 1 ou 2) podem direcionar o cuidado para a **Atenção Básica** ou **reabilitação ambulatorial**⁷.

A **CBDF-S** complementa essa análise ao identificar riscos potenciais em indivíduos sem déficits estruturais significativos – em sistema(s) orgânico(s) específico(s), orientando estratégias de segurança e intensidade do cuidado, sem constituir critério isolado de admissão^{4,5}.

Para identificar o grau de deficiência e/ou risco são utilizados instrumentos de avaliação como testes funcionais, escalas e exames laboratoriais específicos, que fornecem dados objetivos e subsidiam decisões clínicas, além de evitar admissões inadequadas, contribuindo para o uso racional dos recursos da rede^{4,5}.

A categoria **CBDF-M** (Atividades de Mobilidade), por sua vez, avalia e diagnostica limitações em deslocamentos e transferências^{4,5}. A admissão no PMeC não ocorre exclusivamente pela condição de acamamento, mas por qualificadores elevados e à necessidade de cuidado

multiprofissional com visitas frequentes, caracterizando AD2 ou AD3¹.

A categoria **CBDF-P** (Participação Social), combinada à CBDF-S, é particularmente relevante em contextos de cuidado crônico e paliativo, ao avaliar a manutenção de papéis sociais e qualidade de vida, orientando transições seguras para a Atenção Básica, com planos de suporte comunitário, ou para outros pontos da RAS em situações de agravamento^{7,8}.

Importante notar que a admissão no PMeC não se limita a pacientes acamados, mas exige a presença de qualificadores elevados e a necessidade de cuidado multiprofissional frequente e visitas no mínimo semanais, caracterizando as modalidades AD2 ou AD3. No mesmo contexto, a Telessaúde integra o processo, por meio de telemonitoramento e telerreabilitação¹.

A avaliação por meio dos qualificadores da CBDF integra o fluxo de atendimento guiado pela Consulta do Fisioterapeuta, ato clínico que verifica a necessidade de intervenção por meio de anamnese, exame físico-funcional, testes e exames laboratoriais. Se não houver pertinência para a intervenção, o atendimento é concluído com orientações e encaminhamentos dentro da RAS⁷. Confirmada a pertinência, o processo avança para o ciclo ADOIR (Avaliação, Diagnóstico, Objetivos, Intervenção e Reavaliação), fundamentado no Diagnóstico Fisioterapêutico da CBDF⁹.

Após cada ciclo de cuidado, a Reconsulta do Fisioterapeuta permite a análise evolutiva, a verificação dos resultados funcionais e a atualização do plano terapêutico. As decisões clínicas subsequentes podem levar à alta fisioterapêutica, à continuidade do cuidado ou à transição para outro ponto da rede, de acordo com os níveis de complexidade cinético-funcional^{7,9}.

Para direcionar a admissão e a transição do cuidado, uma tabela orientadora que classifica os **níveis de complexidade cinético-funcional** e sugere o ponto assistencial apropriado, a frequência e a intensidade do cuidado, pode ser utilizada (Figura 1).

Figura 1 - Tabela orientadora da transição do cuidado da RAS

Transição do Cuidado - Tabela Orientadora de decisão na Rede de Atenção à Saúde

Qualificador CBDF	Nível de Complexidade Cinético-Funcional	Descrição do Nível	Ponto Recomendado na RAS	Sugestão de Frequência e Intensidade do Cuidado
1	Nível I	Baixa Complexidade	Atenção Primária à Saúde (APS) (AD1)	Atendimentos esporádicos ou conforme demanda; foco em educação em saúde e prevenção.
2	Nível II	Moderada Complexidade	Reabilitação Ambulatorial Especializada (AD2)	Atendimentos regulares (1-2 vezes por semana); intervenções específicas para reabilitação.
3	Nível III	Elevada Complexidade	Atenção Domiciliar Especializada (paciente estável) (PMeC) ou Internação Hospitalar (AD2)	Atendimentos frequentes (3-5 vezes por semana); abordagem intensiva e multidisciplinar.
3,4	Nível IV	Alta Complexidade	AD Especializada (paciente estável); Unidade de Urgência e Emergência ou Internação Hospitalar (AD3)	Atendimento diário; suporte contínuo e monitoramento intensivo.

Importante ressaltar que essa ferramenta se apresenta como um guia, uma **recomendação**, complementando o IAEC-AD⁶, sem substituir a avaliação clínica, ou a decisão multiprofissional, que devem considerar **variáveis contextuais** como presença de cuidador, suporte familiar, condições ambientais e a disponibilidade da rede de saúde^{7,10}.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo fisioterapêutico na RAS é um ciclo contínuo que se inicia com a admissão do paciente por encaminhamento de diversas portas de entrada, como hospitais, UPAs, Atenção Básica ou centros de reabilitação.

A Consulta do Fisioterapeuta é o ato clínico central que avalia a necessidade de intervenção, utilizando o ciclo ADOIR e a CBDF. No PMeC, a admissão é guiada por avaliações de deficiências (CBDF-D) e riscos à saúde (CBDF-S), considerando também a mobilidade (CBDF-M), a participação social (CBDF-P), e requerendo qualificação para modalidades AD2 ou AD3, evitando admissões inadequadas por meio de testes, exames e escalas objetivas.

Após o ciclo assistencial, a Reconsulta do Fisioterapeuta verifica a evolução do paciente, permitindo ajustar ou redefinir o plano de cuidado. As decisões resultantes podem ser alta fisioterapêutica, continuidade do tratamento ou transição do cuidado para outro ponto da rede, conforme a necessidade assistencial ou mudança de cenário.

A AD atua transversalmente, integrando-se à Atenção Primária para casos crônicos estáveis (AD1) e à Atenção Especializada para situações agudas, crônicas agudizadas ou de maior complexidade (AD2/AD3). Esse processo é dinâmico, também focado na funcionalidade e na coordenação do cuidado, com a Consulta e a Reconsulta como atos clínicos essenciais e o Diagnóstico Fisioterapêutico organizando a tomada de decisão.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 jan. 2024. Seção 1.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHU/SAES. Nota Informativa nº 14/2025. Orientações sobre a atuação e atribuições da Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R), que compõe o Programa Melhor em Casa (PMeC), com foco na integração com as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2025.
3. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization; 2001. World Health Organization. *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization; 2002. World Health Organization. *World Report on Disability*. Geneva: World Health Organization; 2011.
4. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução COFFITO nº 610, de 2025. Institui e regulamenta a 1ª Atualização da Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF-1). 2025. Disponível em: [\[https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=33158\]](https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=33158). Acesso em: 08 nov. 2025.
5. Martinez BP, Cepeda RM, Ferreira FM, Ramos FF, Cipriani FM, Knaut SAM, et al. Brazilian classification of physical therapy diagnosis. Braz J Phys Ther. 2024. doi:10.1016/j.bjpt.2024.101066.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. CGADOM/DAHU/SAES. Nota Técnica nº 10/2023. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <file:///Users/macbookair/Downloads/Nota%20T%C3%A9cnica%20n%C2%BA%2010.2023-CGADOM-DAHU-SAES-MS.pdf> [Acesso em 12 nov. 2025].
7. Aquino TN. Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos: uma estratégia para a transição do cuidado em reabilitação na saúde pública. In: Biz MCP, Reis F, editors. CIF e Políticas Públicas: Avanços e desafios. 1st ed. Rio de Janeiro: WAK Editora; 2025. p. 67-83.
8. Carlo MMRP, Santos GMX, Xavier GK, Rezende G. Reabilitação Paliativa e Interprofissionalidade. In: De Carlo, Gomes-Ferraz, Rezende, editors. Reabilitação Paliativa: Terapia Ocupacional e Interprofissionalidade. 1st ed. São Paulo: Summus; 2025. p. 17-32.
9. Subcomissão de Saúde Baseada em Valor da Comissão Nacional de Diagnósticos e Procedimentos Fisioterapêuticos. Recomendação Normativa - O Processo Fisioterapêutico -

10. Cook CE, Bailliard A, Bent JA, Bialosky JE, Carlino E, Colloca L, Esteves JE, Newell D, Palese A, Reed WR, Vilardaga JP, Rossettini G. An international consensus definition for contextual factors: findings from a nominal group technique. *Front Psychol.* 2023 Jul 3;14:1178560. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1178560. PMID: 37465492; PMCID: PMC10351924.

MARIANA BORGES DIAS

Coordenadora-Geral

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar – CGADOM

Ciente,

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Borges Dias, Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar**, em 22/12/2025, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 22/12/2025, às 15:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site
http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0052538037** e o código CRC **ED9DD1A3**.

Referência: Processo nº 25000.221988/2025-36

SEI nº 0052538037

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM
Esplanada dos Ministérios, bloco O 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br