

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO (CREAB) DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA

1ª Edição

Lagoa Santa/MG, 2024

©2024. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGOA SANTA.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa.

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

Prefeitura Municipal de Lagoa Santa
Secretaria Municipal de Saúde

Av. Acadêmico Nilo Figueiredo, 2500 – Santos Dumont
Lagoa Santa / MG

CEP: 33239-308

CONTATOS

www.lagoasanta.mg.gov.br
Tel.: (31) 3688-1300

ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO TÉCNICA

Cláudia Vanessa Diniz da Costa Medeiros

REVISÃO TÉCNICA

Mariane Cristina Rios Silveira Oliveira

FICHA CATALOGRÁFICA

Lagoa Santa. Prefeitura Municipal de Lagoa Santa. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Atendimento do Centro de Reabilitação (CREAB) do Município de Lagoa Santa, 2024, p?

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO CENTRO DE REABILITAÇÃO (CREAB) DO MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA

Considerando a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Considerando o Decreto de Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências.

Considerando a Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994, que fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

Considerando a Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia.

Considerando a Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014 que altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo Fisioterapeuta.

Este documento visa regulamentar a concessão de Fisioterapia, aos usuários do SUS, residentes no município de Lagoa Santa.

Todos os usuários estão sujeitos às normas, procedimentos e critérios constantes nesse documento.

NORMAS PARA CONCESSÃO DE FISIOTERAPIA

- O tratamento fisioterapêutico contemplará **apenas residentes da cidade de Lagoa Santa/MG**.
- Documentação necessária:
 - ✓ Prescrição médica realizada pelo profissional médico do SUS, obrigatoriamente acompanhado do diagnóstico médico CID-10, data da solicitação, carimbo e assinatura do médico responsável.
 - ✓ Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
 - ✓ Cópia do comprovante de residência.
 - ✓ Cópia do documento de identificação pessoal (RG).

- É de responsabilidade do paciente ou responsável, a atualização de dados cadastrais na sua Unidade Básica de Saúde (UBS), como endereço e telefone.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

- Apresentação de disfunção clínica, motora e funcional que tenha diagnóstico clínico estabelecido **até um (1) ano**.
- Agudização de quadros clínicos de **doenças crônicas (com sinais flogísticos)**, que caracterizem a necessidade de assistência em média complexidade.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Guia com **número de sessões e conduta fisioterápica**.

Decreto de Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969, que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências.

Art. 3º É **atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do cliente.**

Art. 4º É **atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.**

Resolução nº 08 de 20 de fevereiro de 1978, que aprova as normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências.

Art. 2º Constituem **atos privativos, comuns ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas áreas de atuação:**

I – **O planejamento, a programação, a ordenação, a coordenação, a execução e a supervisão de métodos e técnicas fisioterápicas e/ou terapêuticas ocupacionais que visem à saúde nos níveis de prevenção primária, secundária e terciária;**

II – **A avaliação, reavaliação e determinação das condições de alta do cliente submetido à fisioterapia e/ou terapia ocupacional.**

- Paciente **sem diagnóstico clínico** indicado pelo profissional solicitante.
- Paciente com lesão ortopédica aguda **sem exames complementares recentes**.
- Paciente que **recebeu alta fisioterapêutica a menos de seis (6) meses relativo ao mesmo diagnóstico**.
- Paciente que estiver **em tratamento para o mesmo fim em outro serviço de reabilitação** da rede (eMulti, clínica conveniada, AMAVC, APAE, CAIS).
- Paciente que após a avaliação fisioterapêutica **for considerado inelegível ao tratamento**, não sendo significativa a intervenção fisioterapêutica.
- Paciente que já **realizou tratamento dentro e fora do CREAB**, e que após a avaliação fisioterapêutica, concluiu-se que, **não se beneficiará no momento com o tratamento**, uma vez que, todas as **possibilidades terapêuticas já foram esgotadas e não apresentarão evolução**.

ENCAMINHAMENTOS PARA FISIOTERAPIA

- Para ter acesso ao serviço de Fisioterapia o paciente deverá **encaminhar seu pedido a sua UBS**.
- A UBS deverá aceitar apenas **encaminhamentos originais e preenchidos corretamente**.
- O encaminhamento deverá ser realizado pelo **médico especialista da área encaminhada**, respeitando as áreas de reabilitação contempladas na rede municipal (ortopedia, neurologia, neuropediatria, pediatria, cardiopulmonar e uroginecológica).
- **Não serão aceitos** encaminhamentos **sem diagnóstico clínico** (o motivo da Fisioterapia) e **sem seu respectivo código CID-10**.
- **Não serão aceitos**: cópias de encaminhamentos para a Fisioterapia, fichas de encaminhamentos preenchidas de forma ilegível, inadequadas, com dados insuficientes, rasuradas, danificadas, de tal forma, que dificultem a correta identificação das informações necessárias.
- **Não serão aceitos** encaminhamentos para Fisioterapia **com data superior a trinta (30) dias**.
- No caso de **recusa do encaminhamento pela UBS** é de **total e exclusiva responsabilidade do paciente retornar ao médico responsável** pela prescrição para correção das informações ou o preenchimento completo.

- Na impossibilidade da correção do **encaminhamento médico pelo profissional não pertencer à rede municipal de saúde o paciente poderá ser avaliado pelo médico da UBS de sua abrangência** para avaliação e acompanhamento do caso;
- **Não será permitida a inclusão de mais de um encaminhamento para Fisioterapia por paciente na fila de espera**, sendo indicada neste caso a união dos encaminhamentos em duplicidade, excetuando-se a ocorrência de um evento prioritário.
- Na UBS o pedido será submetido, pela Enfermeira, ao Protocolo de Classificação de Prioridade:
 - ✓ Usuários estratificados em grau de prioridade **MUITO ALTA e ALTA** encaminhar para **reabilitação em nível secundário através do CREAB** com a guia do município (pedidos particulares e de outras localidades necessárias transcrever), cópia do documento de identidade (RG), cópia do comprovante de residência e cópia do cartão SUS (CNS).
 - ✓ Usuários estratificados em grau de prioridade **MÉDIO e BAIXO** deverão permanecer **na UBS para análise do caso junto a eMulti e direcionamento** para grupos.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE NA AUTORIZAÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS FISIOTERÁPICOS DE ACORDO COM ESPECIALIDADES

REABILITAÇÃO TRAUMATO-ORTOPÉDICA

- Na UBS o usuário será submetido, pela Enfermeira, ao Questionário de Estratificação Traumato-Ortopédico (**anexo 1**).
- **NÃO APLICAR O QUESTIONÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO TRAUMATO-ORTOPÉDICO NOS SEGUINTE CASOS:**
 - ✓ Usuários com poliqueixas e sem restrição do movimento é considerado **BAIXO RISCO**;
 - ✓ Diagnósticos clínicos de: lombalgias, cervicalgias e artroses sem restrição de movimento são considerados **BAIXO RISCO**;
 - ✓ Crianças e adolescentes abaixo de quinze (15) anos é considerado **MUITO ALTO RISCO**.
- Usuários estratificados em grau de prioridade **MUITO ALTO e ALTO** encaminhar para reabilitação em nível secundário através do **CREAB**.
- Usuários estratificados em grau de prioridade **MÉDIO e BAIXO** deverão

permanecer na UBS para análise do caso junto a eMulti e direcionamento.

REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA ADULTO

- Preencher o **questionário para direcionamento do paciente neurológico adulto** (anexo 2).
- Usuários estratificados em grau de prioridade **MUITO ALTO** e **ALTO** encaminhar para reabilitação em nível secundário através do **CREAB**.
- Usuários estratificados em grau de prioridade **MÉDIO** e **BAIXO** deverão permanecer na UBS para análise do caso junto a eMulti e direcionamento.
- Usuários estratificados com **diagnóstico clínico de AVC** serão **direcionados pelo CREAB para AMAVC** (Associação Mineira do Avecista).

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
MUITO ALTO	-Usuários com menos de um (1) ano lesão neurológica (AVE,TCE,Tumores Cerebrais, etc.) com disfagia, em uso de sonda nasointestinal; -Usuários com doenças neurodegenerativas (Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, Demências, entre outras), com disfagia, e com pneumonia de repetição (2 episódios em 6 meses); -Usuários com menos de um (1) ano de lesão neurológica, que apresentem quadro de dor intensa em ombro e mão acometidos, associado a edema; -Usuários com menos de um (1) ano de lesão neurológica que estejam iniciando marcha; -Usuários com menos de um (1) ano de lesão neurológica que estejam apresentando instabilidade postural com quedas frequentes (duas (2) quedas em três (3) meses); -Usuários em pós-operatórios medulares e cerebrais com menos de três (3) meses de procedimento; -Usuários com diagnóstico de Guillain-Barré, logo após alta hospitalar.
ALTO	-Usuários com menos de um (1) ano lesão neurológica (AVE,TCE,Tumores Cerebrais, etc.) com disfagia, sem uso de sonda nasointestinal; -Usuários com doenças neurodegenerativas (Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, Demências, entre outras) com disfagia; -Usuários com menos de seis (6) meses de lesão neurológica, apresentando dificuldade de fala (afasia, disartria) e dificuldade de compreensão; -Usuários com paralisia facial periférica com menos de seis (6) meses de lesão; -Usuários com menos de um (1) ano de lesão neurológica que estejam iniciando o desuso aprendido do membro superior afetado (tem a movimentação, mas não utiliza o

	membro); -Usuários com menos de um (1) ano de lesão neurológica (AVE, TCE, Lesão Medular, entre outras) que apresentem prejuízo nas AVDs, AIVDs, trabalho e/ou lazer, que sejam capazes de compreender, cooperar e responder aos comandos verbais; -Usuários com menos de um (1) ano de lesão neurológica que estejam apresentando instabilidade postural com quedas esporádicas ou risco de quedas; - Usuários com diagnóstico de esclerose múltipla até três (3) meses após o surto; -Usuários com polineuropatias e doenças neurodegenerativas (Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, Demências, entre outras) com pontuação menor ou igual a 18 no questionário de AIVDS e com pontuação maior igual a 3 no questionário de AVDS (anexo 2).
MÉDIO	-Usuários com mais de um (1) ano de lesão neurológica (AVE, TCE, Lesão Medular, Paralisia facial, Paralisia Cerebral entre outras com sequelas instituídas: contraturas, plegias, paresias entre outras); -Usuários com doenças neurodegenerativas (Doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla, Demências, entre outras) com pontuação menor 3 no questionário de AVDS (anexo 2) necessitando de acompanhamento; -Usuários com lesão neurológica com alterações cognitivas, que não compreendem e/ou não atendem aos comandos; -Usuários com mais de um (1) ano de lesão neurológica, que estejam apresentando quedas esporádicas ou risco de quedas; -Usuários com lesão neurológica que demandam orientações quanto às adaptações em seu domicílio.
BAIXO	-Usuários que receberam alta, após reabilitação no CREAB, e necessitam realizar uma atividade física e/ou outras atividades em grupo; -Usuários que após uma lesão neurológica leve, não sofreram nenhum prejuízo ou tiveram prejuízos leves na realização de suas atividades (AVDs, AIVDs, trabalho ou lazer).

REABILITAÇÃO CARDIORESPIRATÓRIA

- Usuários estratificados em grau de prioridade **MUITO ALTO** e **ALTO** encaminhar para reabilitação em nível secundário através do **CREAB**.
- Usuários estratificados em grau de prioridade **MÉDIO** e **BAIXO** deverão permanecer na UBS para análise do caso junto a eMulti e direcionamento.

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
MUITO ALTO	-DPOC, quadro agudo com dificuldade respiratória; -Asmático com crises recorrentes; -Fibrose cística, que nunca realizou fisioterapia respiratória; -Bronquiectasia, com dificuldade de respirar ao realizar atividades diárias e dificuldade de eliminar secreção; -Pneumonia; -Pacientes muito secretivos ou com dificuldade para respirar; -Atelectasias; -Pós-operatórios de cirurgias torácicas e abdominais; -Traumatismo raquimedular nível de lesão torácica ou cervical.
ALTO	-DPOC crônicos, com queixa de dificuldade respiratória; -Asmáticos crônicos, com queixa de dificuldade respiratória; -Fibrose pulmonar; -Doenças neuromusculares; -pós IAM até seis (6) meses após evento.
MÉDIO	-Pacientes comatosos; -Pacientes instáveis do ponto de vista cardiorrespiratório.
BAIXO	-Neurológicos crônicos; -Hipersecretivos crônicos.

FISIOTERAPIA UROGINECOLÓGICA

- Usuários estratificados em grau de prioridade **MUITO ALTO** e **ALTO** encaminhar para reabilitação em nível secundário através do **CREAB**.
- Usuários estratificados em grau de prioridade **MÉDIO** e **BAIXO** deverão permanecer na UBS para análise do caso junto a eMulti e direcionamento.

GRAU DE PRIORIDADE	CRITÉRIOS DE RISCO PARA ENCAMINHAMENTO
MUITO ALTO	-Prostatectomia após retirada da sonda; -Transtornos de dor sexual; -Disfunções sexuais femininas (DSF) associadas a abuso sexual.
ALTO	-Incontinência urinária masculina; -Mulheres com incontinência urinária refratária à reabilitação fisioterapêutica prévia na Atenção Primária ou incontinência urinária associada a limitações nas atividades de vida diárias (AVDs) e/ou restrições na participação social; -Incontinência Anal; -Disfunções sexuais femininas (DSF); -Incontinência urinária e/ou anal infantil (acima de seis (6) anos); -Síndrome Pós-Covid 19 associada à disfunção do assoalho pélvico (Incontinência Urinária, Incontinência

	Anal, Prolapsos de Órgãos Pélvicos, Disfunções Sexuais Femininas); -Bexiga hiperativa (não neurogênica) em adultos; -Síndrome da bexiga dolorosa; -Dor pélvica crônica.
MÉDIO	-Mulheres com incontinência urinária ou incontinência urinária não associada a limitações nas atividades de vida diárias (AVDs) e/ou restrições na participação social; -Gestantes que apresentam um ou mais episódios de perdas urinárias (encaminhar após 14ª semana gestacional); -Puérpera com incontinência urinária mantida três (3) meses após o parto; -Prolapsos de órgãos pélvicos – Grau I a III.
BAIXO	-Mulheres com dois (2) ou mais fatores predisponentes, iniciantes, promotores, descompensadores: idade, menopausa, obesidade, tabagismo, gestações múltiplas e cor branca; -Gestantes; -Idosas (acima de 60 anos).

CENTRO DE REABILITAÇÃO – CREAB

- Todos os candidatos ao serviço da Fisioterapia serão **incluídos na fila de espera pelo CREAB**.
- Conforme, disponibilidade de vagas e critério de prioridade, a RT indicará os pedidos para Fisioterapia e o administrativo ficará responsável pelos agendamentos das avaliações.
- Os horários serão previamente agendados. Serão **feitos três (3) contatos em dias e horários distintos**, portanto, o paciente deverá manter seus dados atualizados no encaminhamento. **Caso o contato telefônico não seja efetivo o pedido será cancelado**, o paciente perderá o direito à vaga e **terá que protocolar novo encaminhamento**.
- No primeiro atendimento o paciente será **submetido a uma avaliação cinético-funcional** para definição dos objetivos terapêuticos e prescrição do tratamento fisioterapêutico.
- É vedada ao usuário a **falta sem justificativa prévia na avaliação e na 1ª sessão retornando para o fim da fila de regulação com nova solicitação**.
- O paciente **deverá assinar no momento da avaliação o Termo de Compromisso e Limite máximo de sessões/paciente/ano** de fisioterapia e terapia ocupacional por grupo de patologia (**anexo 3 e 4**).
- É vedada a permanência de exames complementares dos pacientes no CREAB.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

- Os atendimentos são realizados de **segunda a sexta-feira, de acordo com a disponibilidade de vaga na agenda, em horário comercial**, com a **duração de 40 (quarenta) minutos**, podendo variar a duração do atendimento de acordo com o grau de complexidade de cada caso estabelecido pela literatura científica.
- As sessões variam de **uma a duas vezes por semana, em grupo ou individual**, de acordo com a proposta terapêutica traçada pelo profissional.
- A quantidade de pacientes atendidos por horário segue as normas do CREFITO que se baseiam nas características clínicas e funcionais:
 - ✓ Pacientes clinicamente estáveis, autossuficientes em atividades humanas básicas são atendidos em trio.
 - ✓ Pacientes clinicamente estáveis e com dependência parcial em atividades humanas básicas são atendidos em dupla.
 - ✓ Pacientes clinicamente estáveis e com dependência total em atividades humanas básicas são atendidos individualmente.
 - ✓ Crianças clinicamente estáveis independente da condição funcional relativa às atividades humanas básicas são atendidas individualmente e, **salvo em algumas situações (evolução da criança e necessidade do profissional), com um ou dois usuários.**
- É vedada ao profissional **atendimento infantil sem a presença de um familiar.**
- O uso de **roupas inapropriadas impossibilitará o tratamento.**
- Durante os atendimentos o paciente receberá orientações sobre as **atividades a serem realizadas em domicílio para complementação do tratamento no ambulatório.**
- Os pacientes terão que **assinar no Controle Diário de Evolução (anexo 5) as sessões realizadas** nos respectivos dias de atendimento.
- É de responsabilidade do usuário o **comparecimento aos atendimentos agendados sob o risco de perder a vaga.**
- Cabe ao Fisioterapeuta prescrever órtese (s) e/ou prótese (s) ao paciente, quando necessário, repassar a RT, que deverá encaminhar a Assistência Social.
- Cabe ao profissional Fisioterapeuta preencher, guia de referência e contra referência, repassar para RT, que encaminhará para UBS do paciente para avaliação de outros

profissionais (psicólogo, assistente social, nutricionista, educador físico, médico) e/ou serviços (regulação) quando houver necessidade.

- É vedado retirar prontuários, exames e equipamentos das dependências do CREAB sem autorização prévia da coordenação do serviço.

ATRASOS E FALTAS

- Haverá **tolerância de dez (10) minutos de atraso**, sendo que superior ao citado **será descontado no tempo total do atendimento** sem compensação de minutos.
- Caso haja **atraso superior a metade do tempo da sessão, vinte (20) minutos**, o atendimento do dia será **suspenso** e considerado como **falta**.
- **Três (3) faltas, consecutivas ou alternadas, sem justificativa (atestado médico)**, o paciente receberá **alta por abandono/desistência** e será comunicado via contato telefônico pelo administrativo do CREAB.
- **Ocorrerá desligamento do paciente** ofertando a vaga para agendamento de prioridade, sendo **necessária uma nova consulta médica para solicitação do tratamento de reabilitação**.
- **Ausência do profissional não será contabilizada como falta para o paciente**. Será realizado contato telefônico para comunicar a desmarcação da sessão ou, havendo possibilidade, o paciente será assistido por outro Fisioterapeuta.
- **Não haverá reposição de atendimento (s) por falta (s) do Fisioterapeuta**, salvo casos acordados com o profissional, desde que não gere prejuízos para outro (s) paciente (s).
- Será estudado, caso a caso, através de **análise dos motivos das faltas com busca de justificativas**: no prontuário, ficha de frequência, contato telefônico e conversa com a equipe e/ou chefia imediata, utilizando como parâmetro o envolvimento da família no processo de reabilitação.
- **Serão consideradas faltas justificadas**: impedimento clínico (internação hospitalar e/ou atestado médico/declaração de comparecimento), óbito de familiar de 1º e 2º grau (atestado de óbito) e declaração de comparecimento em consulta, exame e/ou perícia médica.

TRANSPORTE

- É de **responsabilidade do paciente seu deslocamento até o CREAB**.

- Poderá ser ofertado **transporte pela Prefeitura Municipal de Lagoa Santa** aos **usuários que preencherem os critérios de vulnerabilidade do Setor Chegar bem e** desde que **haja vaga**.
- O **paciente deverá solicitar a vaga junto ao administrativo do CREAB**, que **encaminhará o pedido para o respectivo setor**, e o mesmo fará **contato telefônico com o paciente**.
- O **CREAB não se responsabiliza por demanda de agenda e rota de transporte**.

CRITÉRIOS DE ALTA

- É de **responsabilidade do Fisioterapeuta dar alta do atendimento** de acordo com a **evolução e reabilitação da patologia segundo o motivo do encaminhamento**:
 - ✓ **Por objetivos alcançados/alta por melhora**: é dada quando se atinge a proposta terapêutica.
 - ✓ **Por abandono/desistência**: após três (3) faltas consecutivas ou alternadas, em data e horário agendado para atendimento, sem justificativa (atestado médico), este perderá o direito à vaga.
 - ✓ **Por limite máximo de sessões/paciente/ano de fisioterapia e terapia ocupacional por grupo de patologia** (anexo 4).
 - ✓ **Por intercorrência clínica**: do paciente ou de algum membro da família, quando dependente.
 - ✓ **Encaminhamento para outra instituição e/ou a pedido do paciente**.
- **Após a alta não haverá retorno para reavaliação da continuidade do tratamento e não será aceito guia de contra referência e nem novos pedidos solicitando continuidade do tratamento pelo período de seis (6) meses**.
- Nos casos em que o **médico especialista** constatar **necessidade absoluta de continuação do tratamento**, além das sessões previamente autorizadas, o mesmo deverá preencher guia de contra referencia **explicando detalhadamente o motivo da necessidade dessa continuidade**.

CLÍNICAS CONVENIADAS

- Os serviços de Fisioterapia credenciados, clínicas conveniadas, **deverão informar sua capacidade de atendimento mensalmente para que não haja sobrecarga de**

pacientes em um serviço, nem espera para iniciar o tratamento após a autorização.

- **É de responsabilidade da (s) clínica (s) encaminhar ao CREAB até o quinto (5) dia útil do mês, via endereço eletrônico, o número de vagas para início imediato do tratamento e a relação de pacientes que receberam alta com detalhamento do motivo: melhora ou abandono/desistência.**
- **Após liberação dos atendimentos o paciente terá o prazo de até sete (7) dias corridos para iniciar a reabilitação, salvo casos de saúde, com apresentação de atestado médico.**
- **A liberação para Fisioterapia possui validade de trinta (30) dias. Após esse prazo é de total e exclusiva responsabilidade do paciente retornar ao médico responsável para aquisição de nova guia e reiniciar todo o processo.**
- **Pacientes que apresentarem necessidade de continuidade de atendimento deverão ser encaminhados ao CREAB para reavaliação.**

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE ESTRATIFICAÇÃO TRAUMATO-ORTOPÉDICA

QUESTIONARIO DE ESTRATIFICAÇÃO TRAUMATO-ORTOPEDICA			
NOME:			Total
1	Tempo de lesão	0-3 meses (4 pontos) 3-6 meses (3 pontos) 6-9 meses (2 pontos) acima de 9 meses (0 pontos)	
2	Pos operatórios em geral, amputação, trauma, queimados e desvios/alterações posturais	Sim (3 pontos) Não (0 pontos)	
3	Poli-traumatismo (comprometimento em mais de um local)	Sim (2 pontos) Não (0 pontos)	
4	Utiliza algum dispositivo de auxílio (muletas, bengalas, andadores), estabilização (coletes, tipóias, calhas), imobilização (placas e parafusos) ou endopróteses (artroplastias)	Sim (1 ponto) Não (0 pontos)	
5	Aspecto da lesão (sinais e sintomas)	dor em repouso (3 pontos) edema (2 pontos) dor ao movimento (1 ponto) restrição do movimento (3 pontos) alteração da FM (1 ponto) sem sinais e sintomas (0 pontos)	
6	Comprometimento neural (formigamento, dormência, irradiação, paralisia/paresia)	Sim (1 pontos) Não (0 pontos)	
7	AVALIAÇÃO FUNCIONAL		
	Membros Inferiores	Transferência no leito (rolar)	
		não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)	
		Sentar	
		não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)	
		Levantar	
	Membros Superiores	Deambular	
		não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)	
		Subir e descer escadas/rampas	
		não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)	
		Higiene pessoal	
Perguntar se realiza com o lado comprometido	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Segurar objetos com o membro afetado		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Alimentação		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
Coluna Vertebral	Tarefas domésticas/laborais		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Carregar objetos pesados acima de 3,5kg		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Transferência no leito (rolar)		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Sentar/levantar		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Deambular		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Tarefas domésticas/laborais		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Carregar peso		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	Tarefas domésticas/laborais		
	não realiza (2 pontos) realiza com dificuldade (1 ponto) realiza (0 pontos)		
	TOTAL		
	BAIXO RISCO 0 - 6 PONTOS		MEDIO RISCO 07 - 12 PONTOS
	ALTO RISCO 13 - 20 PONTOS		MUITO ALTO RISCO 21 - 31 PONTOS

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO PARA DIRECIONAMENTO DO PACIENTE NEUROLÓGICO
ADULTO

QUESTIONARIO PARA DIRECIONAMENTO DO PACIENTE NEUROLOGICO ADULTO

NOME DO PACIENTE:

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA		
	I Independente	A Auxílio
Consegue usar o telefone?		
I	Capaz de olhar números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda	3 pts
A	Capaz de receber chamadas ou ligar para emergência, mas necessita de um telefone especial ou ajudar para pegar o número ou discar	2 pts
U	Incapaz de usar o telefone	1 pts
UBS: pontuar com 1 ponto o paciente que nunca usou ou não tem o hábito de utilizar o telefone		
Consegue sair de casa utilizando algum transporte?		
I	Capaz de dirigir o veículo ou pegar um ônibus ou taxi sozinho	3 pts
A	Capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho	2 pts
U	Incapaz de se locomover fora de casa	1 pts
Consegue fazer compras?		
I	Capaz de realizar todas as compras	3 pts
A	Capaz de fazer compras, desde que acompanhado	2 pts
U	Incapaz de fazer compras	1 pts
Consegue preparar suas refeições?		
I	Capaz de planejar e preparar uma refeição completa	3 pts
A	Capaz de preparar pratos simples, mas incapaz de cozinhar uma refeição completa sozinho	2 pts
U	Incapaz de preparar qualquer comida	1 pts
UBS: Se o paciente nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo como preparar um sanduíche, fazer um café, pegar uma fruta para comer		
Consegue realizar tarefas domésticas?		
I	Capaz de realizar o trabalho doméstico pesado como, por exemplo, limpar o chão, lavar	3 pts
A	Capaz de fazer o trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nos trabalhos pesados	2 pts
U	Incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico	1 pts
UBS: pontuar com 1 ponto o paciente que não tem o hábito de realizar tarefas domésticas		
Consegue realizar trabalhos manuais?		
I	Capaz de realizar trabalhos manuais como, por exemplo, preparar um botão, fazer um remendo em roupa, trocar uma lâmpada	3 pts
A	Precisa de ajuda para realizar trabalhos manuais	2 pts
U	Não consegue realizar trabalhos manuais	1 pts
Consegue tomar seus remédios?		
I	Capaz de tomar seus remédios na dose e hora certa	3 pts
A	Capaz de tomar os remédios, mas precisa ser lembrado do horário ou alguém precisa preparar	2 pts
U	Incapaz de tomar seus remédios sozinho	1 pts
Consegue cuidar do dinheiro?		
I	Capaz de preencher cheques, pagar contas com dinheiro ou cartão	3 pts
A	Necessita de ajuda com o talão de cheques ou cartão e para pagar contas	2 pts
U	Incapaz de lidar com o dinheiro	1 pts
TOTAL		
19 - 24 pontos: Independente nas AIVDs ou semi independente		Encaminhar para atenção primária (eMulti)
9 - 18 pontos: Capacidade com assistência		Aplicar Questionário de Atividades de Vida Diária
8 pontos: Dependência nas AIVDs		
Fonte: utilização do Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody Modificados.		

Questionário de Atividades Instrumentais de Vida Diária			
		SIM	NAO
A	Banho: toma banho sozinho ou recebe ajuda para lavar somente uma parte do corpo		
B	Vestir-se: veste-se e despe-se sem qualquer ajuda, exceto para amarrar sapatos		
C	Higiene pessoal: vai até o banheiro, usa, faz a higiene, veste-se e retoma sem qualquer ajuda (pode utilizar a cadeira de rodas, andador ou bengala)		
D	Transferências: consegue deitar e levantar da cama, sentar e levantar de uma cadeira, transferir-se da cadeira de rodas para a cama e vice versa		
E	Alimentação: come sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga		
TOTAL (nº de respostas "SIM")			
5 pontos: Independente		Encaminhar para reabilitação em nível secundário (CREAB)	
3 a 4 pontos: Dependência parcial			
0 a 2 pontos: Dependência total		Encaminhar para atenção primária (eMulti)	

Fonte: utilização do Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody modificados.

Avaliador: _____

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo

ANEXO 3

TERMO DE COMPROMISSO



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA
Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária
CREAB - Centro de Reabilitação Sensório Motor

TERMO DE COMPROMISSO

- Seu tratamento iniciará no dia ____/____/____, às ____:____ horas.
A partir desta data você deverá comparecer sempre no mesmo horário, sem atraso no Centro de Reabilitação Sensório Motor (CREAB), localizado na Rua Conde Dolabela, nº 1635- Bairro: Várzea – Lagoa Santa- MG - Telefone: 3688-1433.
- Caso não compareça na data e horário agendados para o primeiro atendimento, a autorização será cancelada e o paciente perderá o direito à vaga. Sendo necessário um novo agendamento para avaliação.
- Haverá tolerância de 05 (cinco) minutos de atraso, sendo que superior ao citado será descontado no tempo do atendimento. Caso haja ocorrência freqüente de atrasos será considerado falta e o atendimento do dia será suspenso.
- 03 (três) faltas sem justificativa, o paciente perderá o direito à vaga, sendo necessária uma nova consulta médica para solicitação do tratamento de reabilitação.
- Considera-se como falta justificada motivos de saúde, consulta médica, compromisso jurídico, desde que devidamente documentado por declaração ou atestado.
- Recomenda-se sempre roupas confortáveis para os atendimentos (roupa de malha, moletom). As mulheres que optarem por utilizar saia e/ou vestido solicitamos usar short ou bermuda por baixo. O uso de roupas inapropriadas impossibilitará o seu tratamento.
- Autorizo o uso da minha imagem e voz para fins de divulgação, publicidade do trabalho realizado no CREAB/CEMM, em caráter definitivo e gratuito, constante de fotos e filmagens.
- Caso a opção seja pelo desligamento, afirmo que farei o comunicado ao profissional isentando-o, de qualquer responsabilidade.
- Comprometo-me de forma contínua, a seguir as orientações dadas pelo profissional em meu cotidiano a fim de dar seguimento ao tratamento realizado nas sessões fisioterápicas.

Lagoa Santa, ____/____/____

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ANEXO 4**LIMITE MÁXIMO DE SESSÕES/PACIENTE/ANO DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL POR GRUPO DE PATOLOGIA****LIMITE MAXIMO DE SESSOES/PACIENTE/ANO DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL POR GRUPO DE PATOLOGIA**

ACOMETIMENTOS	Nº DE ATENDIMENTOS POR ANO
Pneumofuncionais	60
Neurológicos: AVE, TRM, TCE, ELA, Parkinson, esclerose múltipla.	90
Acometimento neurológico infantil com disfunção motora sem associação de comprometimento neuropsicomotor	90
Lesão de plexos braquial e lesão de nervos periféricos em geral.	60
Doenças neurodegenerativas	90
Reumatológico	90
Vascular	60
Lesões ortopédicas: Lesões de tecidos moles: entorses, subluxação articular, distensão muscular, tendinite, bursite. Fraturas de ossos com tratamento conservador. Procedimentos cirúrgicos menos complexos. Artrose em geral, processo degenerativos das articulações de MMMS, MMII e afecções da coluna vertebral.	20 (podendo ser renovado mais 20 sessões pelo fisioterapeuta regulador em caso de necessidade de continuidade do tratamento.) Ao completar 40 sessões será obrigatória a reavaliação do médico especialista.
Traumato-ortopédica: Pós-operatório artroplastia de quadril, joelho, ombros. Pós-operatório: Fratura de MMSS, MMII, extremidades em geral, coluna; artrodese da coluna vertebral. Rupturas meniscais: abordagem conservadora, meniscectomia ou reparo meniscal.	40 (podendo ser renovado mais 20 sessões pelo fisioterapeuta regulador, em caso de necessidade de continuidade do tratamento.) Ao completar 60 sessões será obrigatória a reavaliação do médico especialista.

Estou ciente e orientado (a) quanto ao limite máximo de sessões fisioterápicas anuais por paciente e que receberei alta do CREAB, sendo encaminhado (a) para a eMulti para manutenção dos ganhos ao atingir o mesmo.

Lagoa Santa, ____/____/____

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ANEXO 5

CONTROLE DIÁRIO DE EVOLUÇÃO

 **CONTROLE DIÁRIO DE EVOLUÇÃO - CREAB**

NOME DO PACIENTE: _____ **SEXO:** ☐ F ☐ M

CNS: _____ **NOME DA MÃE:** _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ **ENDEREÇO:** _____ **CONTATO:** _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

1- DADOS CLÍNICOS:

2- NOME DO MÉDICO SOLICITANTE: _____ **2.1. ESPECIALIDADE:** _____

3- ORIGEM DO DIAGNÓSTICO: ☐ NEUROLÓGICO ☐ ONCOLÓGICO ☐ OBSTÉTRICO/NEONATAL/UROGINECOLÓGICO
☐ CARDIOVASCULAR E PNEUMOFUNCIONAL ☐ MÚSCULO-ESQUELÉTICO ☐ QUEIMADO

4- DIAGNÓSTICO: (Etiológico, funcional. Descrever detalhadamente o diagnóstico com utilização do CID-10 e Código do(s) procedimento(s))
CÓDIGO: _____ CID: _____ DESCRIÇÃO: _____
CÓDIGO: _____ CID: _____ DESCRIÇÃO: _____
CÓDIGO: _____ CID: _____ DESCRIÇÃO: _____

5- CONTROLE DE FREQUÊNCIA E DO TRATAMENTO:

Data	Assinatura do paciente/responsável	Data	Assinatura do paciente/responsável
1. / / Condição:		11. / / Condição:	
2. / / Condição:		12. / / Condição:	
3. / / Condição:		13. / / Condição:	
4. / / Condição:		14. / / Condição:	
5. / / Condição:		15. / / Condição:	
6. / / Condição:		16. / / Condição:	
7. / / Condição:		17. / / Condição:	
8. / / Condição:		18. / / Condição:	
9. / / Condição:		19. / / Condição:	
10. / / Condição:		20. / / Condição:	

6. Observações:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
2. **Decreto de Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969**, que provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências;
3. **Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994**, que fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;
4. **Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013**, que estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia;
5. **Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014 que altera a Resolução COFFITO nº 387/2011**, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo Fisioterapeuta
6. BELLOTI, J. C; COHEN; M. **Consensos Brasileiros de Ortopedia e Traumatologia**. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). São Paulo: Agência Na Jaca. 2019;
7. FERRER, et al. **Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária**. Fioter Pesq. 2015;22(3):223-30;
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica. N. 39. Brasília – 2014;
9. MURAMOTO, et al. **Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão de incapacidade**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V. 19, n 2, p. 121-130, maio/ago. 2008;
10. POZZI et al. **Manual de Trauma Ortopédico**. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT). São Paulo, 2011;
11. SUS BH. **Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH**. Belo Horizonte, 2022;
12. WENDT, et al. **Funcionalidade e incapacidade em pacientes com comprometimento musculoesquelético**. R. Sutiãs. Cj. e Mov. 2017;25(4):15-22.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2007;
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, 2013;
15. GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **RegulaSUS. Telessaúde RS. Protocolos de Encaminhamento para Neurologia Adulto**. UFRGS, 2016;
16. PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Câmara Técnica de Especialidades. **Protocolo de Encaminhamento para Neurologia Adulto**. Versão Preliminar Julho de 2020. Campinas, 2020;
17. PREFEITURA MUNICIPAL DE JUNDIAÍ. **Protocolo de Manejo e Acesso à Neurologia**. Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí – 2020 Versão I;
18. PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Encaminhamento Neurologia – Distúrbios de Movimento Doenças Dismelinizantes**. Ribeirão Preto, 2023.
19. CARVALHO, et al. **Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular**. Arq. Bras. Cardiol. 2020. 114 (5); 943-987;
20. COFFITO. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Fisioterapêuticas (PCDF) no Enfrentamento da COVID-19**. 2020;
21. CORTEZ, et al. **Diretriz de Reabilitação Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos Práticos e Responsabilidades**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Volume 86. N 1. Janeiro 2006;
22. GODOY, et al. **I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Outubro 1997. Volume 69. N 4;
23. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Doenças Respiratórias Crônicas**. Brasília – DF. 2010;
24. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Conjunta N 19, de 16 de Novembro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica**. 2021;
25. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Guia Manejo Pós-COVID-19**. Belo Horizonte. 2021;
26. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Guia de Diretrizes da Rede Ambulatorial Especializada de Reabilitação do SUS-BH**. Belo Horizonte, 2022.
27. SANDHU, et al. **Incontinence After Prostate Treatment: AUA/SUFU Guideline**. The Journal of Urology, U.S.A, Vol.202, p. 369-378, August, 2019;

-
28. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE UROLOGIA. **Diretrizes – Guia de Bolso. Uma referência rápida para os urologistas.** Traduzido pela Sociedade Brasileira de Urologia, 2017;
29. CHANTALE, et al. **Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2014. In: The Cochrane Library, Issue 4, Art. N° CD005654;
30. BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher.** 5ª Ed. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2018;
31. HADDAD, Jorge. **Manual de Uroginecologia e Cirurgia Vaginal.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASCO), 2015;
32. BRENNEN, et al. **Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than postnatal training for women with urinary incontinence: cost-effectiveness analysis of a systematic review.** Journal of Physiotherapy, Australian, Vol. 67, 2021;
33. HAGEN, et al. **Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2011. Issue 12, Art N° CD003882;
34. WOLPE, et al. **Atuação da Fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática.** Acta Fisiátrica: 22 (2) Jun.2015.