UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

DANIEL MARTINS COELHO

Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física
de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo.

RIBEIRÃO PRETO
2019

DANIEL MARTINS COELHO

Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Carlos Fernando Pereira da Silva Herrero

Co-orientador: Prof. Dr. Marcelo Riberto

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Coelho, Daniel Martins

Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo / Daniel Martins Coelho; orientador, Carlos Fernando Pereira da Silva Herrero; coorientador, Marcelo Riberto - 2019

135 f. : il.

Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Aplicadas ao Aparelho Locomotor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2019.

Versão Original

1. Fisioterapia. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Pessoa com deficiência. 4. Reabilitação.

Esta tese foi redigida de acordo com as Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso parte I (ABNT). 3ª edição. São Paulo, 2016 Disponível em: <http://www.livrosabertos.sibi.usp.br/portaldelivrosUSP/catalog/view/111/95/491-1>.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: COELHO, Daniel Martins

Título: Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Ciências
da Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha Família.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

A minha esposa e meus filhos por seu amor e por sempre estarem ao meu lado.

Aos meus pais, irmãos e avós pelos exemplos e ensinamentos

Ao meu orientado Prof. Dr. Fernando Herrero, pela amizade e confiança que sempre depositou em mim.

Ao meu co-orientado Prof. Dr. Marcelo Riberto pela auxílio e disponibilidade durante o desenvolvimento do trabalho.

A Amira, chefe e amiga que esteve presente em todos os passos do trabalho. Este trabalho é seu também.

A todos que contribuíram com o desenvolvimento do trabalho em cada um dos pequenos processos. Estes unidos formaram uma rede que tenho a esperança que ajudará quem mais precisa.

RESUMO

COELHO, Daniel Martins. **Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo**. 2019. 135f Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2019.

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Apesar de ter sido criado em 1988 a pessoa com deficiência não possui uma rede estruturada de reabilitação, apresentando iniciativas específicas apenas nos últimos anos. O objetivo deste estudo foi propor a estruturação de uma rede de cuidado da pessoa com deficiência física entre os 26 municípios do 13º Departamento Regional de Saúde do interior do estado de São Paulo. Materiais e Métodos: Trata-se de um pesquisa exploratória e descritiva que desenvolveu seus trabalhos por meio de reuniões administrativas e técnicas entre os 5 Centros de Reabilitação credenciados nesta região. Os trabalhos técnicos foram realizados por profissionais da saúde selecionados pelos representantes dos CERs para definir protocolos específicos de reabilitação e critérios de inserção para os diferentes níveis de complexidade. Os critérios foram avaliados por profissionais de reabilitação para determinar se os mesmos identificaram de maneira correta o nível de complexidade de casos clínicos fictícios, sem o conhecimento dos critérios e após a apresentação dos critérios. Foi enviado aos serviços de reabilitação dos municípios um questionário com objetivo de identificar o perfil de atendimento, demanda reprimida e recursos humanos disponíveis na rede. Os dados foram analisados de forma quantitativa e relacionados entre si. Resultados: Desenvolveu-se objetivos específicos, critérios de elegibilidade e protocolos de reabilitação para os níveis secundários e terciários de reabilitação. A análise dos critérios pelos profissionais na área de neurologia adulto identificou que 71% das respostas selecionaram o nível correto de atenção que o pacientes se enquadravam e mantiveram a escolha mesmo após a apresentação dos critérios desta área. Na área de neurologia infantil foram identificados 73% das resposta corretas com manutenção da mesma após apresentação dos critérios. A avaliação da rede básica de reabilitação identificou que todos os municípios apresentavam fisioterapeutas em seu quadro de profissionais, sendo falha em profissionais de outras áreas. Foi identificada uma fila de espera de 7479 solicitações não atendidas sendo a principal demanda a ortopedia e traumatologia com 78,9%, seguida pela neurologia adulto com 9,2% dos casos. Foi realizada uma proposta de fluxo da rede com um sistema de regulação específico para reabilitação que controlasse as referências e contra-referências da rede. Conclusão: O desenvolvimento de uma rede de reabilitação é possível de ser realizada com a atuação ativa dos membros desta rede com definição das especificidades de cada serviço e critérios bem estabelecidos.

Palavras Chaves: Fisioterapia. Sistema Único de Saúde. Pessoa com deficiência. Reabilitação.

ABSTRACT

COELHO, Daniel Martins. **Structuring and organization proposal of the flow and hierarchy of the physical rehabilitation network of the state of São Paulo's Regional Health Department** 2019. 135f Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2019.

The Brazilian Unified Health System is one of the largest public health systems in the world. It was created in 1988 and although that the disabled person does not have a structured rehabilitation network, presenting specific initiatives only in recent years. The objective of this study was to propose the structuring of a care network for people with physical disabilities among the 26 cities of the 13th Regional Health Department in the state of São Paulo interior. Materials and Methods: This is an exploratory and descriptive research that developed its work through administrative and technical meetings among the 5 Rehabilitation Centers accredited in this region. The technical work was carried out by health professionals selected by representatives of CERs to define specific rehabilitation protocols and insertion criteria for the different levels of complexity. The criteria were evaluated by rehabilitation professionals to determine if they correctly identified the level of complexity of fictitious clinical cases, without knowledge of the criteria and after the presentation of the criteria. A questionnaire was sent to the municipal rehabilitation services to identify the service profile, repressed demand and available human resources in the network. The data were analyzed in a quantitative and related way. Results: Specific objectives, eligibility criteria and rehabilitation protocols were developed for the secondary and tertiary levels of rehabilitation. The analysis of the criteria by the professionals in the area of adult neurology identified that 71% of the answers selected the correct level of attention that the patients fit and maintained the choice even after the presentation of the criteria of this area. In the area of children's neurology, 73% of the correct responses were identified and maintained after the criteria were presented. The evaluation of the basic rehabilitation network identified that all the municipalities presented physical therapists in their professional staff, being fault in professionals of other areas. A waiting list of 7479 unanswered requests was identified, the main demand being for orthopedics and traumatology with 78.9%, followed by adult neurology with 9.2% of the cases. A network flow proposal was carried out with a specific regulation system for rehabilitation that controlled the references and counter-references of the network. Conclusion: The development of a rehabilitation network is possible to be carried out with the active action of the members of this network with definition of the specificities of each service and well established criteria.

Keywords: Physical Therapy. Unified Health System. Disabled Persons. Rehabilitation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01. Porcentagem das escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia adulto	33
Figura 02. Porcentagem das escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia infantil.....	34
Figura 03 – Fluxo dos pacientes entre os municípios da DRS XIII prévio ao estudo	36
Figura 04 - Fluxo dos pacientes para reabilitação da rede proposta.....	37
Figura 05 - Representação da demanda reprimida de solicitações de reabilitação física na DRS XIII.....	43
Figura 06 – Gráfico com a relação fisioterapeutas por habitantes estratificado em municípios com demanda reprimida e sem demanda reprimida e ponto crítico de média de relação fisioterapeuta por habitante.....	45
Figura 07 – Primeira etapa da proposta apresentada pelos técnicos do Sistema CROSS.....	50
Figura 08 – Segunda etapa da proposta apresentada pelos técnicos do Sistema CROSS.....	50
Figura 09 - Representação geográfica do Centros de Reabilitação na DRS XIII do estado de São Paulo.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Centros especializados em reabilitação da Rede Viver sem Limites.....	19
Tabela 02 – Escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia adulto.....	31
Tabela 03 – Escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia infantil.....	32
Tabela 04 - Quadro de profissionais que atuam com reabilitação física na DRS XIII estratificado por municípios no ano de 2017.....	40
Tabela 05 - Quadro de profissionais contratados por município na DRS XIII no ano de 2013.....	41
Tabela 06 - Demanda da população que busca serviço de reabilitação física nível primário e proporção de atendimentos em comparação com a população estratificado por municípios.....	42
Tabela 07 – Número de fisioterapeuta e sua relação por habitante estratificado por município.....	44
Tabela 08 - Quantidade de atendimentos e porcentagem referente a todos atendimentos realizados nos municípios da DRS XIII.....	46
Tabela 09 - Demanda reprimida na área de reabilitação de neurologia nos municípios da DRS XIII.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS

APAE	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CER-Batatais	CER do município de Batatais
CER-HCRP	CER do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão
CIR-HERP	CER do Hospital Estadual de Ribeirão Preto
CER-Jaboticabal	CER do município de Jaboticabal
CER-Ribeirão Preto	CER do município de Ribeirão Preto
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CID10	Codificação Internacional de Saúde
CIR	Comissão Intergestores Regional
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DRS	Departamentos Regionais de Saúde Preto
GMFCS	<i>Gross Motor Function Classification System</i>
NASF	Núcleos de apoio a Saúde da Família
OPM	Órtese, Prótese e Meio auxiliares de marcha
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SARA	Sistema de Apoio à Regulação Assistencial
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	15
1.1. O Sistema Único de Saúde – SUS	15
1.2. Rede de Atenção à Saúde – RAS	16
1.3. Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência - DCPC.....	16
1.4. Regulação, Referência e Contra-Referência	21
2. OBJETIVO	24
2.1. Objetivo Principal	24
2.2. Objetivo Secundário	24
3. MATERIAIS E MÉTODOS	26
3.1. Tipo de Estudo	26
3.2 Equipe Técnica	26
3.3 Etapas	26
3.3.1 Pactuação entre CERs e trabalhos técnicos	27
3.3.2. Pactuação com gestores, equipe técnica e mapeamento da atenção básica de reabilitação física.....	29
3.3.3. Estruturação de Sistema de Regulação da RCPD física	30
4. RESULTADOS	32
4.1 Pactuação entre CERs e trabalhos técnicos	32
4.2. Pactuação com gestores, equipe técnica e mapeamento da atenção básica de reabilitação física.....	39
4.3. Estruturação de Sistema de Regulação da RCPD física	48
5. DISCUSSÃO	53
5.1 Pactuação entre CERs e trabalhos técnicos	53
5.2. Pactuação com gestores, equipe técnica e mapeamento da atenção básica de reabilitação física.....	62
5.3. Estruturação de Sistema de Regulação da RCPD física	67
6. CONCLUSÕES	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXO.....	81
APÊNDICE	84

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. O Sistema Único de Saúde - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do Brasil. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros. (BRASIL, 1988). Este sistema estabeleceu que as ações e serviços públicos integram uma rede hierarquizada e constituem um sistema único e organizado de acordo com as diretrizes de descentralização e integralidade desde a atenção básica até a de alta e média complexidade (BRASIL, 1988).

Entretanto o sistema de saúde brasileiro, na prática, é organizado majoritariamente de maneira fragmentada, o que leva a inexistência da continuidade da atenção; foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade do usuário; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico e o financiamento por procedimentos (MENDES, 2010).

Esta inadequação da proposta inicial do SUS com a situação vivenciada na prática está relacionada às profundas transformações socioeconômicas na população brasileira e consequentemente de estilo de vida com impacto direto na saúde dos indivíduos e comunidades. Uma das mudanças mais claras foi a ascensão das condições crônicas de doença. A rápida ascensão epidemiológica deste tipo de doença demonstrou, entre outros fatores, a ineficácia do sistema de saúde brasileiro em lidar com essa demanda, já que está centrado em eventos agudos e organizado segundo preceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização. Diante desta problemática foi necessário estabelecer novos processos organizativos, de gestão e atenção à saúde no SUS, baseados em evidências científicas, que levem em conta as reais necessidades de saúde da população e que de fato sejam efetivos e eficientes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a)

Neste contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do SUS e o perfil epidemiológico da população brasileira.

1.2. Rede de Atenção à Saúde - RAS

As RAS foram definidas pela portaria GM no 4.279/2010 como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a).

Historicamente as RAS tiveram seu início no Reino Unido na década de 1920 com uma discussão no sistema de previdência social após a primeira Guerra Mundial. Mais recentemente diversas experiências têm sido descritas como nos Estados Unidos, na década de 90, onde o sistema de saúde apresentava-se fragmentado. Investiu-se na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada na Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvidos de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde, bem como com sistemas de informação.

No Brasil, diversas experiências foram postas em prática desde o final dos anos 1990 como o Programa Viva Vida no estado de Minas Gerais com objetivo de reduzir da mortalidade materno-infantil. (MINAS GERAIS, 2010). No estado do Espírito Santo, na cidade de Vitória foi implementado o Projeto Integrar, com objetivos de implantar a Estratégia Saúde da Família, integrar o centro de especialidades regional às unidades de saúde da família e desenvolver a linha de cuidado materno-infantil (COSTA-E-SILVA e col., 2007). No estado do Paraná, foi constituída o Programa Mãe Curitibana, uma rede de atenção integral à saúde materno-infantil, em vigor desde 1999 (MENDES, 2011).

1.3. Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência - RCPD

De acordo com o censo demográfico de 2010, o Brasil possui 45 milhões de pessoas que declararam possuir algum tipo de deficiência, representando 23,9% da população brasileira, taxa essa considerada elevada em comparação à média mundial que é de 15% (IBGE, 2010; PARAÍBA, 2016). Segundo o decreto no 3.298/99, Art. 3, Inciso I, a deficiência é definida como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho da atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”, sendo a deficiência classificada

em: física, auditiva, visual e mental (BRASIL, 1999). Considerando a classificação de deficiência, o CENSO de 2010 demonstra que 18,6% da população possui pelo menos uma deficiência relacionada às funções visuais, 5,10% às funções auditivas, 1,4% às funções mentais e 7% às funções motoras (IBGE, 2010).

A saúde da pessoa com deficiência foi uma agenda preterida no Sistema Único de Saúde (SUS) apresentando até o ano de 2012 iniciativas pontuais, muitas vezes parceladas, e sem relação com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde. Estas iniciativas não alcançaram uma articulação consistente com os pontos e níveis de atenção à saúde do SUS apresentando caráter fragmentário e de pouca eficácia (CAMPOS e col., 2015).

Com o desenvolvimento internacional no campo da pessoa com deficiência, e, no Brasil o avanço dos movimentos sociais relacionados ao tema e o incremento da agenda dos Direitos Humanos, o governo brasileiro começou a se aproximar da problemática e em 2011 foi lançando o Programa Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, que envolveu mais de 15 ministérios e contou com investimentos previstos da ordem de 14 bilhões de reais até 2014. Dentre os 15 ministérios envolvidos, o Ministério da Saúde foi o responsável por realizar ações relacionadas à saúde das pessoas com deficiência, tornando assim estruturante essa agenda no SUS, por meio da criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) (CAMPOS e col., 2015).

Uma rede de atenção em saúde é um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si com uma mesma missão, objetivos comuns e que operam de forma cooperativa e interdependente, permitindo a oferta de uma atenção contínua e integral para a população (MENDES, 2011). Para a efetivação desta integração interinstitucional é necessário que os profissionais pertençam a um conjunto contínuo de serviços e não a uma unidade isolada, ou seja, a equipe hospitalar se preocupar com o paciente/família na continuidade da atenção após a alta e vice-versa. Desta forma os profissionais se sentem integrados nos serviços de saúde tanto hospitalar quanto na Atenção Básica (FRATINI, 2007)

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, se relacionam horizontalmente, implicando em uma atenção contínua nos níveis primário, secundário e terciário, levando assim a uma atenção integral considerando intervenções proporcionais, preventivas, paliativas, curativas, reabilitadoras e cuidadoras (SILVA, 2008).

O processo de formulação e implementação dessa Rede teve início em 2012, com a publicação da Portaria 793, de 25 de abril de 2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Esta rede tem como objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS. Objetiva-se também promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (BRASIL, 2012b).

A RCPD é formada pela atenção básica, atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência. A atenção básica tem como pontos de atenção às unidades básicas de saúde (UBS) e como principais objetivos a identificação precoce das deficiências, educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas, incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência, acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar e apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência (BRASIL, 2012b).

A atenção básica adequada determina uma menor sobrecarga de saúde como um todo, além de permitir um escalonamento dos atendimentos por gravidade dos casos, evitando o agravamento de casos leves e permitindo o acesso direto dos casos mais graves à rede de maior alta complexidade (VERHAAG, 1993).

O componente Atenção Especializada em Reabilitação é formado por estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, representados pelas unidades ambulatoriais especializadas em reabilitação e em Centros Especializados em Reabilitação (CER), que são pontos de atenção ambulatorial especializada em reabilitação em que se realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referências para a rede de atenção à saúde no território (BRASIL, 2012b). Com a instalação da RCPD foram habilitados 136 CER entre 2013 e 2016. O processo de habilitação envolveu o reconhecimento das vocações de reabilitação de serviços já existentes, estando estes em conformidade com as exigências em relação a recursos humanos e físicos. Além dos centros credenciados oficialmente e que passaram a receber os recursos previstos pela RCPD, foram construídos 78 novos centros em todo o

Brasil em seus 26 estados e distrito federal (SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, 2016).

O credenciamento de centros de reabilitação na RCPD exige uma série de requisitos de pessoal, equipamentos e estrutura física para adequação ao atendimento das pessoas com deficiências conforme suas necessidades clínicas. Quando o CER realiza a reabilitação em quaisquer duas dessas modalidades, será classificado como CER II, se forem quaisquer 3 modalidades, CER III e finalmente, CER IV quando todas as modalidades estiverem em curso. O repasse de verbas a partir do Ministério da Saúde é diferenciado para cada nível de CER. Também podem ser credenciadas oficinas de produção de órteses, próteses e meios auxiliares de marcha (OPM). A consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2018 identificou 212 Centros Especializados de Reabilitação no Brasil, sendo distribuídos por regiões e em CER 2, 3 ou 4 conforme apresentado no Tabela 01.

Tabela 01 – Centros especializados em reabilitação da Rede Viver sem Limites

Região	CER 2	CER 3	CER 4
Centro oeste	18	4	2
Nordeste	55	15	9
Norte	11	2	1
Sudeste	50	20	10
Sul	13	1	1
Subtotais	147	42	23

Fonte: CNES consultado em Setembro de 2018

O Estado de São Paulo é dividido em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil (SÃO PAULO, 2006). A DRS XIII - Ribeirão Preto é formada por 26 municípios dividido em três regiões de saúde, o Aquífero Guarani com 10 municípios, Horizonte Verde com 09 municípios e Vale das Cachoeiras com 07 municípios. Em sua estrutura para atendimento da pessoa com deficiência física, possui, 5 CERs que formam uma rede de centros especializadas em reabilitação física distribuída entre as 3 regiões de saúde sendo eles (SÃO PAULO, 2013):

- CER do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CER-HCRP),
- CER do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (CIR-HERP),
- CER do município de Ribeirão Preto (CER-Ribeirao Preto),
- CER do município de Batatais (CER-Batatais),
- CER do município de Jaboticabal (CER-Jaboticabal)

Entretanto a existência de CERs e de uma rede de atenção básica não representa por si só a existência de uma rede integrada para o fornecimento de um atendimento integral para a pessoa com deficiência. De acordo com a Portaria de consolidação GM/MS 3 (BRASIL, 2017), que descreve a RCPD, para a criação de uma rede é necessário a realização de um diagnóstico e a sua estruturação deve ser realizada em 4 ações:

- apresentação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- realização de diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Comissão Intergestores Regional (CIR), considerando as necessidades das pessoas com deficiência
- pactuação do desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e da proposta de Plano de Ação Regional na Comissão Intergestores Regional (CIR), com a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos;
- elaboração dos Planos de Ação Municipal dos Municípios integrantes da CIR.

1.4. Regulação, Referência e Contra-Referência

Conforme determinado pela Portaria 793 de 2012, os componentes da RCPD deverão ser articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários (BRASIL, 2012b). Entretanto, a integração desta rede ocorre de maneira descoordenada e desordenada, o que predispõe a falhas no processo de reabilitação dos pacientes com deficiências físicas.

Um dos componentes de uma rede de atenção à saúde são os sistemas logísticos de regulação. Eles são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contra-referência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

O principal elemento para a integração das redes de atenção em saúde é um efetivo sistema de referência e contra-referência, definido como a articulação do paciente entre os serviços da rede com diferentes tecnologias, tipos de intervenção e segmentação, propiciando que o paciente seja assistido com base em seu histórico de saúde e tratamentos passados (FRATINI, 2007).

Referência é quando o paciente é encaminhado para um nível de atenção que exige maior especialidade, maior tecnologia e maior intervenção, como os hospitais e serviços especializados. Já a contra-referência ocorre quando o paciente é encaminhado para um nível de atendimento que exige menor grau de intervenção e menor tecnologia (BRASIL, 2003; FRATINI, SAUPE E MASSAROLI, 2008). A contra-referência é indispensável para o adequado seguimento das patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais no nível de assistência menos complexa (BRASIL, 2002a).

Para a consolidação de um sistema de regulação é fundamental a existência de armazenamento e registro de informações e a comunicação entre os profissionais envolvidos, a fim de repercutir na melhora da qualidade da assistência oferecida ao paciente bem como na instrução de todos os envolvidos nesse processo promovendo a integralidade do cuidado (FRATINI, 2007). A carência de uma comunicação eficaz nos sistemas de referência e contrarreferência reforça a fragmentação do cuidado e da atenção, prejudicando a atenção contínua à população (VIEGAS; PENNA, 2013). Dessa maneira, a atenção básica não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis não se comunicam com a atenção terciária em saúde, fazendo com que a atenção primária não exerça seu papel de centro de comunicação e coordenação do cuidado (MENDES, 2010).

É sabido que apesar da clara direcionalidade e decisão gestora na implementação das redes de atenção à saúde no território nacional, muitos são os desafios que se colocam para

que estas redes consigam de fato produzir resultados para a população brasileira como a falta de cultura e de práticas de trabalhos em rede, financiamento insuficiente para as dimensões das necessidades dos sistema, capacidade gestora insuficientemente para o monitoramento de todos os processos, pactos regionais que visam muito mais a captação do recurso e pouca intervenção das práticas assistenciais, pactuação competitiva, pouco solidária e com descumprimento do acordado como a falta de repasse dos fundos municipais e estaduais para os prestadores de serviço, implantação de regulação efetiva – processo ainda frágil e burocrático, com pouca decisão gestora de exercê-la, contratualização formal em pequeno número dos estabelecimentos das redes e ausência de metas de qualidade e segurança do paciente, falta de formação, capacitação, qualificação e educação permanente dos trabalhadores (BRASIL, 2014a).

Diante deste contexto, e apesar das dificuldades elencadas acima, são necessárias ações para a organização da RCPD física dentro do SUS para que a pessoa com deficiência física possa gozar de um processo de reabilitação integral que venha a suprir suas necessidades e anseios.

O presente estudo parte da hipótese de ser possível estruturar uma rede de cuidados da pessoa com deficiência física especificamente na área de neurologia adulto e infantil com diferentes níveis de complexidade articulados entre si e com um sistema de regulação eficiente que permita o trânsito do paciente entre os diferentes serviços de reabilitação conforme a sua necessidade.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Principal

O presente estudo tem como objetivo propor a estruturação de uma rede de cuidado da pessoa com deficiência física entre os 26 municípios do 13º Departamento Regional de Saúde do interior do estado de São Paulo.

2.2. Objetivos Secundários

- Desenvolver critérios de complexidade para pacientes neurológicos adultos e infantis.
- Padronização os protocolos de tratamento de pacientes neurológicos adultos e infantis nos níveis terciários e secundários;
- Analisar a estrutura de reabilitação na atenção básica existente e atuante na DRS XIII
- Propor um sistema de regulação para a RCPD física do DRS XIII.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória, uma vez que identifica-se o problema por meio de referências encontradas na literatura, e descritiva, pois descreveremos as características da RCPC física, bem como o sistema desenvolvido para regulação do paciente na rede.

3.2 Equipe Técnica

Em 2016, o Departamento Regional de Saúde XII (DRS XIII) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, junto com o Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CER-HCRP) formaram uma parceria com objetivo de propor a criação de uma RCPD Física.

Diante deste contexto foi criada uma equipe técnica com representantes da DRS XIII, do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, do Centro Integrado de Reabilitação do Hospital Estadual de Ribeirão Preto (CIR-HERP), do Centro de Reabilitação de Batatais (CER-Batatais), do Centro de Reabilitação de Ribeirão Preto (CER-Ribeirão Preto) e do Centro de Reabilitação de Jaboticabal (CER-Jaboticabal). A presença de representantes destes centros permitiu abranger as três Regiões de Saúde (RS) da DRS XIII, Aquífero Guarani pelo CER-Ribeirão Preto, Vale das Cachoeiras pelo CER-Batatais, Horizonte Verde pelo CER-Jaboticabal, além do CER-HCRP e CIR-HERP como prestadores de atendimento para as três regiões de saúde.

3.3 Etapas

A operacionalização da implementação da RCPD física foi executada em 03 etapas:

3.3.1. Pactuação entre CERs e trabalhos técnicos.

3.3.2. Pactuação com gestores, equipe técnica e mapeamento da atenção básica de reabilitação física.

3.3.3. Estruturação de Sistema de Regulação da RCPD física.

3.3.1 Pactuação entre CERs e trabalhos técnicos

O desenvolvimento dos trabalhos foram realizados em reuniões técnico-administrativas. O objetivo inicial das reuniões administrativas foi pactuar metas comuns entre os CERs, determinar membros da equipe para reuniões técnicas, planejar fluxo entre os pacientes, definir via de interação e comunicação entre os CERs.

Os trabalhos técnicos foram realizados por profissionais da saúde selecionados pelos representantes dos CERs onde por meio de grupos de trabalho definiu-se:

3.3.1.1. As aptidões dos CER e objetivos de reabilitação para o nível terciário, secundário e primário da rede de reabilitação física para pacientes com quadro neurológico adulto e infantil;

3.3.1.2. Os critérios clínicos de elegibilidade para as diferentes complexidades;

3.3.1.3. Os protocolos de reabilitação para os diferentes níveis de complexidade;

3.3.1.4. O modelo de Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência Física da DRS XIII

A definição das aptidões dos CERs, objetivos de reabilitação por nível de complexidade e fluxo da rede foram estruturados por um grupo de trabalho formada por 02 profissionais do CER-HCRP, 02 representantes da DRS XIII, 02 representante do CER-Batatais, 02 representantes do CER-Jaboticabal, 02 representantes do CER-Ribeirão Preto e 03 representantes do CIR-HERP em 03 reuniões realizadas no intervalo de 01 meses.

Os critérios clínicos de elegibilidade para as diferentes complexidades para os casos de neurologia adulto e infantil assim como os protocolos de tratamento foram estruturados em subgrupos de trabalho formados por especialistas nas respectivas áreas em três reuniões em um intervalo de 04 meses. Os critérios foram definidos em grupos de representantes de cada um dos CERs envolvidos nas discussões e os protocolos de reabilitação para o nível terciário foi definido pela equipe do CER-HCRP, o nível secundário pelas equipes dos CERs de Batatais, Jaboticabal e Ribeirão Preto e o protocolo específico para o CIR-HERP, estruturado pela sua própria equipe. Por não ser descrito na literatura critérios clínicos vinculados a complexidade do paciente para protocolos de reabilitação física, os critérios foram baseados na experiência clínico-científica dos técnicos representantes dos CERs.

Os critérios para os níveis de complexidade para os pacientes neurológicos adultos e infantis foram avaliados em relação a percepção de profissionais da área de saúde por meio de

apresentações de casos clínicos fictícios por meio de formulários eletrônicos desenvolvidos na plataforma Google Forms.

O Google Forms permite a criação de formulários personalizáveis com opções de respostas nos formatos múltipla escolha, checkbox, respostas em menu dropdown, resposta curta, resposta em parágrafo, grid de múltipla escolha, escala linear de opções, e também data e hora. As respostas de um formulário são agrupadas em uma planilha, também dentro da estrutura Google além de um resumo das respostas em modelo gráfico, a fim de melhorar a visualização (OLIVEIRA E JACINSKI, 2017).

Foram utilizados dois formulários distintos, sendo um para os pacientes neurológicos adultos e outro para pacientes neurológicos infantis. Os formulários eram compostos casos clínicos fictícios de pacientes com características de diferentes níveis de complexidade. Foram apresentados 09 casos clínicos fictícios de pacientes neurológicos adultos e 10 casos de pacientes neurológicos infantis (Apêndice 01). Estes foram enviados por e-mail ou por whatsapp para 10 profissionais que atuavam na reabilitação de pacientes neurológicos adultos e 10 profissionais que atuavam na reabilitação de pacientes neurológicos infantis.

Na primeira tela o profissional deveria identificar o nível de complexidade que atuava e em seguida era levado aos casos clínicos específicos. Os casos foram apresentados de maneira individuais e solicitado que os profissionais identificassem a qual nível de complexidade aquele paciente fictício se caracterizava, sendo apresentada as opções Alta complexidade, Média complexidade e Baixa complexidade. Apenas uma resposta podia ser selecionada.

Após julgamento dos 09 casos no formulário de pacientes neurológicos adultos ou dos 10 casos de pacientes neurológicos infantis, era apresentado ao profissional de forma descritiva os critérios pré estabelecidos para os níveis de complexidade e solicitado que os mesmos realizassem novo julgamento levando em consideração estes critérios. A comparação de respostas antes e depois da apresentação dos critérios visou avaliar as mudança de percepção em relação aos níveis de complexidade.

Os dados quantitativos foram analisados conforme a estatística descritiva, sendo considerada a distribuição em números absolutos e percentuais de concordância entre respostas para cada um dos casos de cada perfil antes da apresentação dos critérios e pós apresentação dos mesmos. Os dados foram analisados também de forma estratificada por nível de complexidade de onde o profissional atua.

A etapa de desenvolvimento de um modelo de Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência Física da DRS XIII foi realizado baseado nas informações obtidas nas etapas de definição de objetivos dos diferentes níveis de complexidades, definições dos critérios de elegibilidade e protocolos de tratamento e apresentado em modelo de fluxograma identificando a interação entre os diferentes serviços de reabilitação. Os dados foram apresentados baseados em uma análise de apresentação geográfica e de aptidão dos CERs e possíveis interações entre os serviços de atenção básica, intermediária e alta complexidade.

3.3.2. Pactuação com gestores, equipe técnica e mapeamento da atenção básica de reabilitação física.

Com a conclusão da primeira etapa foi apresentado o projeto para os gestores da saúde dos 26 municípios na Comissão Intergestores Regional (CIR) realizada mensalmente na DRS XIII para apreciação e debate. Este passo formalizou o projeto perante os gestores e permitiu que ações fossem colocadas em prática, viabilizando assim o projeto.

Por intermédio da DRS XIII foi enviado um formulário por email para os gestores de saúde dos 26 municípios para levantamento de dados relacionados ao serviço de reabilitação próprio (Apêndice 02). O formulário avaliou a presença de demanda reprimida e o perfil do paciente que aguarda reabilitação física; a quantidade de pacientes em reabilitação física e o perfil do mesmo.

Referente aos recursos humanos disponíveis em cada município, foi realizado um levantamento do número de profissionais por área de atuação alocados para a reabilitação física. Estes dados foram comparados com os apresentados no relatório da Rede de atenção à pessoa com deficiência da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13) de 2013 que apresenta o quadro de profissionais que atuam nos municípios e não necessariamente na reabilitação física (SÃO PAULO, 2013).

Os dados foram analisados de maneira descritiva individualizada por município e em relação a DRS XIII. Foi calculado a proporção de fisioterapeutas por habitantes utilizando a fórmula de divisão de habitantes quantificados no Censo de 2010, pelo número de fisioterapeutas. Com esta proporção por município, foi analisado uma relação que pudesse ser um valor preditivo para identificação da existência da demanda reprimida com melhor sensibilidade e especificidade.

Os dados ainda foram analisados de maneira específica na área de neurologia adulto e infantil em relação a capacidade de atendimento e a demanda reprimida em relação a todas as área de reabilitação física. Os dados foram apresentados em valor absoluto e em porcentagem.

Com a compreensão da atenção básica da RCPD da área física, foi convocada reunião com os técnicos do serviço de reabilitação dos 26 municípios dividido em 04 dias. O primeiro dia envolveu os 09 municípios do Aquífero Guarani com exceção de Ribeirão Preto, o segundo dia foram reunidos os 09 municípios do Horizonte Verde, o terceiro dia os 07 municípios do Vale das Cachoeiras e o quarto dia os prestadores de serviço em reabilitação do município de Ribeirão Preto. Este último foi abordado de maneira individual devido ao maior número de habitantes e maior complexidade de sua rede de reabilitação própria.

Nestas reuniões foram apresentados o projeto de criação da rede de reabilitação física da DRS XIII, apresentados os serviços de alta e média complexidade disponível para cada um dos municípios além dos critérios de elegibilidade específicos e respondidas questões referentes a RCPD física.

3.3.3. Estruturação de Sistema de Regulação da RCPD Física

Uma subcomissão composta por membros do CER-HCRP, CIR-HERP e da DRS VIII reuniram-se para estruturar um sistema regulação que envolvesse referência e contra-referência na RCPD física que permitisse um fluxo do paciente entre os diferente níveis de complexidade, assim como criar uma triagem eletrônica entre os níveis de complexidades da rede baseada nos critérios pré estabelecidos pela comissão técnica.

Os trabalhos foram realizados na forma de grupos de discussão entre a subcomissão e representantes da Secretaria Estadual de Saúde responsáveis pela implementação do sistema dentro da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

4. RESULTADOS

4.1 Pactuação entre CERs e trabalhos técnicos

Apesar do credenciamento dos CERs na região da DRS XIII, não havia ocorrido iniciativa de integração e formação de uma plano de trabalhos para o desenvolvimento de uma Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência. O contato inicial entre as equipes gestoras dos mesmos foi realizada em forma de apresentação das características individuais, do quadro técnico e capacidade de atendimento de cada CER. Identificou-se que os CERs apresentam características distintas de capacidade de atendimento e perfil do paciente a qual a equipe técnica estava capacitada para os atendimentos.

4.1.1. Determinação das aptidões e Objetivos por nível de complexidade

A determinação das aptidões dos CERs para pacientes neurológicos adultos e infantis foi desenvolvida baseada no modelo de hierarquização proposto pelo SUS, definindo-se os objetivos terapêuticos de cada nível de complexidade sendo:

- Terciário (Alta complexidade): Adquirir habilidades e orientações iniciais para paciente e cuidador. Representado na rede pelo CER-HCRP e CIR-HERP
- Secundário (Média complexidade): Aprimorar habilidades específicas adquiridas. Representado na rede pelo CER-Jaboticabal, CER-Batatais e CER-Ribeirão Preto
- Primário (Baixa complexidade): Manutenção e acompanhamento do paciente. Representado na rede pelos postos de atendimento vinculados a reabilitação física na rede de atenção básica dos 26 municípios.

4.1.2. Critérios clínicos de elegibilidade para as diferentes complexidades

Definidos os objetivos de cada nível de complexidade a equipe desenvolveu critérios clínicos de elegibilidade para as diferentes complexidades, sendo estas baseadas no diagnóstico clínico e característica clínica dos pacientes (Apêndice 03). Os paciente neurológicos adultos foram divididos em pacientes com Acidente Vascular Encefálico/Traumatismo Craniano e Lesões Medulares, sendo esta dividida em Tetraplegia e Paraplegia. Os paciente neurológicos infantis com lesão encefálica foram descritos pela classificação de GMFCS, escala traduzida e validada para o português e amplamente utilizada na área de neurologia infantil (SILVA, BOMBARDA E PFEIFER, 2016).

Os critérios de elegibilidade foram testados para identificar a aplicabilidade dos mesmos dentro de uma amostra de profissionais que trabalham com triagem na área secundária e terciária. Dos 20 avaliadores, 10 atuantes com pacientes neurológicos adulto e 10 atuantes com pacientes neurológicos infantis, que receberam o formulário, foram retornados 09 respostas na área de neurologia adulto, com perda de 1% e 06 na área de neurologia infantil, com perda de 40%

Na área de neurologia adulto foi identificado que 71% (58) das respostas identificaram o nível correto de atenção que o pacientes se enquadravam e mantiveram a escolha mesmo após a apresentação dos critérios desta área. Aproximadamente 13% (11) mudaram de escolha após a apresentação do critério, sendo 7% (6) para a escolha correta e 6% (5) para uma escolha incorreta. Quinze por cento (12) das respostas foram erradas em relação ao nível de complexidade e mantiveram a escolha errada após a apresentação dos critérios. Dos 09 avaliadores dos pacientes neurológicos adultos, 05 atuavam no nível terciário e 4 atuavam no nível secundário (Tabela 02) (Figura 01).

Tabela 02 – Escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia adulto.

	Total	%	Nível Secundário	%	Nível Terciário	%
Acertos Mantidos	58	71,6	28	77,8	33	73,3
Mudança para acerto	6	7,4	3	8,3	1	2,2
Mudança para errado	5	6,2	3	8,3	6	13,3
Erro mantido	12	14,8	2	5,6	5	11,1
Total	81	100,0	36	100	45	100,0

Figura 01. Porcentagem das escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia adulto.

Na área de neurologia infantil foi identificado que 73,3% (44) das respostas identificaram o nível correto de atenção que o pacientes se enquadravam e mantiveram a escolha mesmo após a apresentação dos critérios desta área. Aproximadamente 15% (09) mudaram de escolha após a apresentação do critério, sendo 6,7% (04) para a escolha correta e 8,3% (5) para uma escolha incorreta. Onze por cento (7) das respostas foram erradas em relação ao nível de complexidade e mantiveram a escolha errada após a apresentação dos critérios. Dos 06 avaliadores dos pacientes neurológicos adultos, 03 atuavam no nível terciário e 3 atuavam no nível secundário (Tabela 03) (Figura 02).

Tabela 03 – Escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia infantil.

	Total	%	Nível Secundário	%	Nível Terciário	%
Acertos Mantidos	44	73,3	21	70,0	23	76,7
Mudança para acerto	4	6,7	2	6,7	2	6,7
Mudança para errado	5	8,3	4	13,3	1	3,3
Erro mantido	7	11,7	3	10,0	4	13,3
Total	60	100	30	100	30	100

TOTAL NEUROLÓGICO INFANTIL

Figura 02. Porcentagem das escolhas do nível de complexidade de casos clínicos fictícios geral e por nível de complexidade do avaliador na área de neurologia infantil.

4.1.3. Protocolos de reabilitação para os diferentes níveis de complexidade

Uma vez inseridos para reabilitação baseado em seu nível de complexidade foram desenvolvidos protocolos de reabilitação com cronograma pré estabelecido, avaliação multiprofissional padronizada, objetivos por área de reabilitação e critérios objetivos de acompanhamento de resultados e indicadores da reabilitação individual. Os protocolos foram divididos por níveis de complexidade e perfil do paciente. Os protocolos do CER-HCRP eram protocolos já utilizados no serviço e desenvolvido pela equipe técnica multiprofissional, sendo eles (Apêndice 04):

- Neurológico Adulto Agudo: Voltado para pacientes que sofreram acidente vascular cerebral ou traumatismo craniano a menos de 6 meses.
- Neurológico Adulto Crônico: Voltado para pacientes que sofreram acidente vascular cerebral ou traumatismo craniano a mais de 06 meses.
- Traumatismo raquimedular: Voltado para pacientes vítimas de traumas que levaram a sequela de paraplegia ou tetraplegia.

- Neurológico Infantil: Voltado para crianças entre 06 meses e 17 anos e 11 meses
- Grupo de estimulação Precoce: Voltado para recém nascidos até crianças de 06 meses

Os protocolos do nível secundário foram estabelecidos em reuniões técnicas entre o CER-Batatais, CER-Jaboticabal e CER-Ribeirão Preto, sendo eles (Apêndice 05):

- Neurológico Adulto
- Traumatismo Raquimedular
- Neurológico Infantil

O CIR-HERP definiu protocolos próprios por apresentar equipe técnica distinta dos outros CERs, sendo eles (Apêndice 06):

- Neurológico Adulto
- Neurológico Infantil

4.1.4. Modelo de Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência Física da DRS XIII

Ainda no primeiro estágio do estudo, foi realizada uma análise sobre o modelo de RDPC física da DRS XIII com detalhamento do fluxo dos pacientes entre os diferentes serviços de reabilitação dos municípios e os CERs credenciados. Previamente a estes estudo a referência do paciente era realizada por intermédio de uma central de regulação na DRS XIII por meio do Sistema de Apoio à Regulação Assistencial (SARA) onde os pedidos de reabilitação oriundas dos municípios eram distribuídos para o CER-HCRP ou para o CIR-HERP. O Sistema SARA, desenvolvido pela equipe de informática do HCRP, regulava a oferta e demanda de atendimentos entre Municípios, Departamento Regional de Saúde e HCFMRP-USP e permitia em seu módulo de reabilitação o preenchimento de critérios de encaminhamento entre o CER-HCRP e CIR-HERP (ANEXO 01).

No início deste estudo, os CERs de Jaboticabal, Batatais e Ribeirão Preto estavam habilitados para recebimento dos pacientes na rede, porém o seu volume de atendimento era baixo, sendo os pacientes de diferentes complexidades encaminhados para o CER-HCRP ou CIR-HERP. Neste modelo o paciente era encaminhado do nível primário para os níveis de mais alta complexidade e após processo de reabilitação o paciente era contra referenciado para o serviço de sua cidade de origem sem o gerenciamento da DRS XIII. A Figura 03 representa o fluxo dos pacientes para reabilitação existente previamente ao desenvolvimento

deste estudo. O modelo existente apresentava falhas que levavam a problemas crônicos na rede, como a superestimativa de complexidade dos quadros, onde os pacientes eram encaminhados diretamente para os níveis de alta complexidade. A contra referência não era regulada pela DRS XIII ou qualquer outro sistema, dependendo exclusivamente do paciente encaminhar a guia ao serviço do município de origem, inexistindo controle do tempo de espera para ser chamado, podendo ser preterido por outros casos a serem selecionados pelo triador.

Figura 03 – Fluxo dos pacientes entre os municípios da DRS XIII prévio ao estudo

Com o credenciamento dos novos CERs, pactuação em níveis de complexidade e definição de protocolos de reabilitação, foi possível o planejamento de um novo fluxo de pacientes na rede, onde o CER-HCRP e o CIR-HERP são referências de alta complexidade e os CERs de Jaboticabal, Batatais e Ribeirão Preto são de complexidade intermediária. Neste novo modelo o paciente pode transitar do serviço primário em seu município de origem para o CER referência em sua Região de Saúde ou para os níveis de mais alta complexidade. Da mesma forma é possível que um paciente inicie a sua reabilitação e transite para o nível secundário e em seguida para o nível primário ou mesmo transitando de nível terciário para o nível primário, a depender de sua evolução clínica. A Figura 04 representa o fluxo dos pacientes para reabilitação da rede proposta.

Figura 04 - Fluxo dos pacientes para reabilitação da rede proposta.

4.2 Pactuação com Gestores, equipe técnica e mapeamento da Atenção Básica de Reabilitação Física

Após a realização da proposta da RCPD física com estabelecimento da hierarquização dos CERs, definições de critérios de elegibilidade, protocolos de reabilitação para cada serviço de pacientes neurológicos adultos e infantis e definição de um fluxograma dentro da RCPD física, o projeto foi apresentado em forma oral, com auxílio de recurso audiovisuais em 3 dias distintos nas reuniões de Comissão Intergestores Regional (CIR) da DRS XIII e seguinte abertura de espaço para sanar possíveis dúvidas. O projeto foi aprovado pelos 10 secretários municipais de saúde da região do Aquífero Guarani, 09 secretários municipais de saúde do Horizonte Verde e 07 secretários municipais de saúde do Vale das Cachoeiras, possibilitando assim a continuidade do projeto e implementação da RCPD física.

Após envio do questionário referente a quantidade de atendimento, demanda reprimida e recursos humanos da rede, foi possível ter uma visão abrangente dos serviços de reabilitação na área básica. Identificou-se que todos os municípios possuem fisioterapeutas em seu quadro de profissionais que trabalham com reabilitação, 05 apresentavam terapeuta ocupacional, 10 apresentavam fonoaudiólogos, 03 apresentavam enfermeiros que atuavam em reabilitação, 05 apresentavam nutricionistas que atuavam em reabilitação e 03 apresentavam assistentes sociais que atuavam com reabilitação. A tabela 04 apresenta a quantidade de profissionais por município sendo que o município de Ribeirão Preto não informou seu quadro. Os dados são referentes ao ano de 2017.

A tabela 05 demonstra o quadro de profissionais dos mesmos municípios no ano de 2013 apresentado no relatório da Rede de atenção à pessoa com deficiência da Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS 13) de 2013 (SÃO PAULO, 2013). Vale destacar o quadro apresentado demonstra o número de profissionais contratados por municípios e não que atuem diretamente com reabilitação física.

Tabela 04 - Quadro de profissionais que atuam com reabilitação física na DRS XIII estratificado por municípios no ano de 2017.

Município	Fisioterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Fonoaudiólogo	Enfermeiro	Nutricionista	Assistente Social
Altinópolis	2	0	1	0	1	0
Barrinha	2	0	0	0	0	0
Batatais	11	3	2	0	1	1
Brodowski	9	0	2	0	0	0
Cajuru	3	1	0	0	0	0
Cassia dos Coqueiros	1	1	0	0	0	0
Cravinhos	5	0	2	4	2	1
Dumont	1	0	0	0	0	0
Guariba	6	1	5	0	1	1
Guatapar	2	0	1	0	0	0
Jaboticabal	4	0	0	0	0	0
Jardinópolis	4	0	3	0	0	0
Luís Antnio	4	0	2	0	0	0
Monte Alto	5	0	0	0	0	0
Pitangueiras	7	0	0	0	0	0
Pontal	11	0	0	0	0	0
Pradópolis	3	0	0	0	0	0
Santa R. do P. Quatro	4	0	0	0	0	0
São Simão	5	0	0	0	0	0
Serra Azul	2	0	1	0	0	0
Serrana	7	0	0	0	0	0
Sertãozinho	5	0	1	0	0	0
Sta Cruz Esperança	2	0	0	1	1	0
Sta Rosa	6	0	0	0	0	0
Sto A. da Alegria	2	1	0	0	0	0
Total da DRS XIII	118	9	22	7	8	4

Tabela 05 - Quadro de profissionais contratados por município na DRS XIII no ano de 2013.

Município	Fisioterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Fonoaudiólogo
Altinópolis	5	1	1
Barrinha	3	0	1
Batatais	11	7	7
Brodowski	9	1	3
Cajuru	11	0	1
Cassia dos Coqueiros	1	0	1
Cravinhos	4	0	2
Dumont	1	0	1
Guatapar	2	0	1
Guariba	6	1	4
Jaboticabal	16	5	9
Jardinópolis	4	0	3
Luís Antnio	6	0	1
Monte Alto	12	3	3
Pitangueiras	9	2	4
Pontal	12	1	4
Pradópolis	4	0	0
Ribeirão Preto	12	6	17
Santa R. do P. Quatro	4	0	3
São Simão	5	0	2
Serrana	7	2	4
Serra Azul	4	0	1
Sertãozinho	6	0	2
Sta Cruz Esperança	1	0	1
Sta Rosa	10	1	3
Sto Antnio Alegria	2	0	0
Total da DRS XIII	167	30	79

Os dados levantados demonstram a demanda da população que busca os serviços de reabilitação física na área básica na região da DRS XIII nos 24 municípios que responderam o questionário (Tabela 06). O município de Ribeirão Preto não foi inserido nesta tabela por não ter informado a quantidade de atendimentos realizados, porém informou a existência de 5309 solicitações de reabilitação em fila de espera.

Tabela 06 - Demanda da população que busca serviço de reabilitação física nível primário e proporção de atendimentos em comparação com a população estratificado por municípios

Município	População	Demanda Total Reabilitação	% População	Atendidos	% População atendida
Altinópolis *	15.627	110	0,70	91	0,58
Barrinha *	29.144	336	1,15	139	0,50
Batatais *	57.286	795	1,38	347	0,60
Brodowski	21.707	198	0,91	198	0,91
Cajuru	23.763	353	1,49	353	1,49
Cassia dos Coqueiros	2.599	65	2,50	65	2,50
Cravinhos *	32.187	305	0,95	231	0,72
Dumont	8.421	21	0,24	21	0,24
Guatapar	7.496	26	0,34	26	0,34
Guariba *	36.151	393	1,09	146	0,4
Jaboticabal *	72.305	478	0,66	239	0,33
Jardinópolis *	38.708	453	1,17	119	0,30
Luís Antnio	11.910	136	1,14	136	1,14
Monte Alto *	47.100	183	0,39	158	0,33
Pitangueiras	35.934	131	0,36	131	0,36
Pontal	41.840	216	0,52	216	0,52
Pradópolis *	14.404	70	0,49	54	0,37
Santa Rita *	26.530	90	0,34	67	0,25
São Simão	14.448	158	1,1	158	1,1
Serra Azul *	11.832	153	1,29	114	0,96
Serrana *	39.826	600	1,51	150	0,38
Sta Cruz Esperança *	1.977	83	4,20	63	3,18
Sta Rosa *	24.229	279	1,15	240	1,00
Sto Antnio Alegria	6.386	138	2,16	138	2,16

* Municípios com demanda reprimida para reabilitação física

Com a inclusão dos dados do município de Ribeirão Preto sobre sua fila de espera, chega-se a 7479 solicitação não atendidas para reabilitação física. Estratificando as solicitações por áreas, encontra-se como principal demanda a ortopedia e traumatologia com 6.170 solicitações (78,9%), seguida pela neurologia adulto com 657 solicitações (9,2%), reumatologia com 574 solicitações (7,3%), geriatria com 268 solicitações (3,4%), neuropediatria com 49 solicitações (0,8%) e saúde da mulher e pneumologia com 14 solicitações cada (0,4%) conforme apresentado na figura 05.

Figura 05 - Representação da demanda reprimida de solicitações de reabilitação física na DRS XIII.

A análise de número de fisioterapeutas por habitante leva a uma média de um fisioterapeuta para cada 6183 habitantes nos 24 municípios que forneceram dados sobre quadro técnico. A mesma análise quando realizada de maneira segmentada entre municípios que apresentam fila de espera e os que não apresentam nos levam a uma média de 7521 habitantes por fisioterapeuta nos municípios com demanda reprimida e de 4309 para os que não apresentam demanda reprimida (Tabela 07).

Conforme apresentado na figura 06, a relação de 5150 habitantes por fisioterapeuta permite estratificar os municípios com demanda reprimida com uma sensibilidade de 84% e a especificidade é de 73%. Nos municípios sem fila de espera, 80% apresentaram relação abaixo da proposta. Nos municípios com fila de espera observou-se que apenas 3 municípios ficaram abaixo desta relação, sendo que Santa Cruz da Esperança possui 1977 habitantes e a presença de um fisioterapeuta já o colocaria abaixo desta relação.

Tabela 07 – Número de fisioterapeuta e sua relação por habitante estratificado por município.

Município	População	Número Fisioterapeutas	Fisioterapeutas /Habitante
Altinópolis *	15627	2	7814
Barrinha *	29144	2	14572
Batatais *	57286	11	5207
Brodowski	21707	9	2412
Cajuru	23763	3	7921
Cassia dos Coqueiros	2599	1	2599
Cravinhos *	32187	5	6437
Dumont	8421	1	8421
Guatapar	7496	2	3748
Guariba *	36151	6	6025
Jaboticabal *	72305	4	18076
Jardinópolis *	38708	4	9677
Luis Antnio	11910	4	2978
Monte Alto *	47100	5	9420
Pitangueiras	35934	7	5133
Pontal	41840	11	3804
Pradópolis *	14404	3	4801
Santa Rita *	26530	4	6633
São Simão	14448	5	2890
Serra Azul *	11832	2	5916
Serrana *	39826	7	5689
Sta Cruz Esperança *	1977	2	989
Sta Rosa *	24229	6	4038
Sto Antnio Alegria	6386	2	3193
Média		4,83	6218,15

* Municípios com demanda reprimida

Figura 06 – Gráfico com a relação fisioterapeutas por habitantes estratificado em municípios com demanda reprimida e sem demanda reprimida e ponto crítico de média de relação fisioterapeuta por habitante.

A tabela 08 e 09 apresentam a quantidade de pacientes atendidos e a demanda reprimida na área de neurologia adulto e infantil, respectivamente, e o quanto esta demanda representa em toda a demanda do município. Destaca-se que os dados apresentados na tabela 08 referem-se a 24 municípios pois Ribeirão Preto e Sertãozinho não informaram sua capacidade de atendimentos. Treze dos municípios analisados apresentavam demanda reprimida de atendimento para reabilitação física de pacientes neurológicos adultos ou infantis.

Tabela 08 - Quantidade de atendimentos e porcentagem referente a todos atendimentos realizados nos municípios da DRS XIII

Municípios	Atendimentos Neurologia Adulto	% Atendimentos Totais	Atendimentos Neuro Pediatria	% Atendimentos Totais	Todos Atendimentos
Altinópolis	33	36,3	1	1,1	91
Barrinha	14	10,1	3	2,2	139
Batatais	196	37,3	92	17,5	526
Brodowski	44	22,2	10	5,1	198
Cajuru	58	16,4	5	1,4	353
Cassia dos Coqueiros	3	4,6	0	0,0	65
Cravinhos	64	27,7	4	1,7	231
Dumont	2	9,5	2	9,5	21
Guariba	45	30,8	4	2,7	146
Guataporá	0	0	1	3,8	26
Jaboticabal	67	28,0	0	0,0	239
Jardinópolis	23	19,3	0	0,0	119
Luis Antonio	21	15,4	13	9,6	136
Monte Alto	33	20,9	0	0,0	158
Pitangueiras	30	22,9	7	5,3	131
Pontal	68	31,5	16	7,4	216
Pradópolis	15	27,8	2,0	3,7	54
Santa Rita do Passa Quatro	8	11,9	3	4,5	67
São Simão	18	11,4	0	0,0	158
Serrana	30	20,0	20	13,3	150
Serra Azul	6	6,9	2	2,3	87
Sta Cruz Esperança	10	15,9	2	3,2	63
Sta Rosa	54	22,5	8	3,3	240
Sto Antonio Alegria	39	28,3	1	0,7	138
TOTAL/Média	881	23,6	195	5,2	3726

Tabela 09 - Demanda reprimida na área de reabilitação de neurologia nos municípios da DRS XIII.

Município	Neurologia Adulto	% Demanda Reprimida	Neuro Pediatria	% Demanda Reprimida	Todas Áreas
Altinópolis	2	10,5	0	0,0	19
Batatais	20	2,8	0	0	709
Cravinhos	11	13,1	1	1,2	84
Guariba	20	8,1	1	0,4	248
Jaboticabal	3	1,3	0	0,0	240
Jardinópolis	40	12,0	0	0,0	330
Monte Alto	2	8,0	0	0,0	25
Pradópolis	2	12,5	0	0,0	16
Ribeirão Preto	517	9,7	16	0,3	5309
Santa Rita do Passa Quatro	2	8,7	0	0,0	23
Serrana	30	6,5	30	6,5	460
Serra Azul	2	11,1	1	5,6	18
Sta Rosa	6	15,4	0	0,0	39
TOTAL/Média	719	9,2	62	0,8	7816

4.3 Estruturação de Sistema de Regulação da RCPD física

O trabalho da subcomissão foi realizado em 09 reuniões com o objetivo de desenvolver um sistema de referência e contra-referência que se adequasse aos moldes da RCPD física, baseada em uma triagem virtual e que permitisse comunicação entre os CERs e municípios.

Uma proposta inicial foi desenvolvida com um algoritmo baseado na condição clínica do paciente, sendo que as informações inseridas em um formulário eletrônico levaria a combinação de dados que direcionaria o paciente para o nível de complexidade adequada. As informações para determinação do nível de complexidade eleito foram baseadas nos critérios clínicos determinados neste trabalho (Apêndice 03). Neste momento ainda não havia sido previsto um modelo de contra-referência, onde os níveis de maiores complexidades encaminhariam aos municípios de origem. Foram propostos 02 formulários (Apêndice 08), sendo um para os pacientes neurológicos adultos e outro para os pacientes neurológicos infantis que seriam inseridos no Sistema SARA para a realização da triagem eletrônica.

A rotina de encaminhamento do paciente iniciaria pela avaliação de um membro da equipe de saúde dos municípios da DRS XIII que preencheria um formulário de papel disponibilizado para as secretarias municipais de saúde, visto que a realidade dos postos de atendimento não possuíam sistema informatizado. As informações seriam inseridas no Sistema SARA por um escriturário, que já realizava a inserção de fichas de encaminhamento para todas as especialidades da DRS XIII. O paciente seria elencado para um nível de complexidade baseado na região de saúde do município de origem e nos critérios pré determinado. Nos níveis de complexidade secundário ou terciário, seria feito uma nova análise das informações por um triador especializado do referido nível e sendo aceito o encaminhamento o paciente seria convocado para uma avaliação presencial para eleição do paciente para o tratamento ou reencaminhamento para nível mais adequado.

Entretanto a implementação deste modelo não foi possível devido restrições que o sistema SARA impunha para inserção de novos formulários de encaminhamento e a dificuldade logística para treinamento do profissional encaminhador que precisaria inserir as informações adequadas para que a triagem eletrônica fosse realizada e ter a sua disposição uma guia específica de encaminhamento além de toda a rotina burocrática já existente.

Uma estratégia provisória elaborada pela subcomissão era que as guias fossem encaminhadas a DRS XIII e que esta realizasse a triagem baseada nos critérios pré

estabelecidos e agendasse a avaliação no CER adequado. No entanto no início do ano de 2018, antes da efetivação da rede de forma prática, foi implementada pela secretaria do estado de saúde do estado de São Paulo um módulo de regulação único para a área de reabilitação dentro da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

Este sistema tem como objetivo gerar a equidade do acesso ao sistema de saúde estadual por meio da coordenação de ações que objetivassem a integralidade da assistência, proporcionando o ajuste de oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão (SÃO PAULO, 2018). O CROSS possui método parametrizado de trabalho onde as consultas são agendadas de acordo com o diagnóstico e Codificação Internacional de Saúde (CID 10), não havendo possibilidade de erros grosseiros como especialidade errada ou diagnósticos não atendidos por determinado serviço. O sistema de agendamento eletrônico disponibiliza previamente o horário de cada ambulatório de especialidade e sub-especialidades e compatibiliza as necessidades dos pacientes com a habilidade e conhecimento de cada médico, perfil e complexidade do serviço (SOUZA E SERINOLLI, 2015).

Com a implementação deste sistema, foi possível elaborar uma nova estratégia de regulação para a RCPD física finalizando o processo necessário para que rede tivesse uma integração efetiva. Esta etapa foi realizada em conjunto com membros da equipe da Secretaria Estadual de Saúde que atuavam com o Sistema CROSS para implementação da referência e contra-referência da reabilitação física no sistema estadual. A implementação e treinamento foram realizados em 2 momentos distintos, sendo o primeiro a apresentação da rede e necessidades da interface do sistema CROSS dentro da RCPD área física da DRS XIII e o segundo a apresentação final do fluxo e treinamento dos CERs.

Participaram da primeira etapa representantes de todos os CERs e de representantes da DRS XIII e da Secretaria Estadual de Saúde. Após a reunião inicial os técnicos do Sistema CROSS fizeram uma proposta de desenho do fluxo da rede de reabilitação física. Entretanto o modelo apresentava algumas inconsistências com a proposta inicial. Na etapa inicial da triagem, o modelo inclui a necessidade da DRS XIII realizar a triagem da guia para seleção do serviço de maior complexidade ao qual o paciente seria encaminhado (Figura 07). Outra incompatibilidade com a proposta era a exclusividade do CIR-HERP para os municípios da região de saúde do Aquífero Guarani e a exclusividade do CER-Ribeirão Preto para o município de Ribeirão Preto. Na etapa final do fluxo, no momento que o paciente era recepcionado no nível de complexidade intermediária ou alta, a proposta estava adequada, permitindo compreender a possibilidade de atendimento do mesmo ou reencaminhamento

para o outro nível de complexidade após triagem inicial ou mesmo após término de um protocolo de reabilitação (Figura 08).

Figura 07 – Primeira parte da proposta apresentada pelos técnicos do Sistema CROSS.

Figura 08 – Segunda parte da proposta apresentada pelos técnicos do Sistema CROSS.

A segunda etapa envolveu 05 dias de reuniões com um técnico do Sistema CROSS. Nos 2 primeiros dias foi apresentada e debatida uma segunda versão de fluxo para a RCPD física da DRS XIII. Os outros 02 dias envolveram treinamento para os escriturários dos CERs que foram responsabilizados para inserção das guias no sistema. O último dia foi realizado um treinamento com os triadores dos CERs em conjunto com os escriturários.

Nos dois primeiros dias da segunda etapa foi apresentada uma proposta com um fluxo distinto da proposta inicial apresentado pelo sistema CROSS apresentados na figura 08 e 09. Nesta nova proposta o sistema não possuía uma triagem baseado em algoritmo dos critérios pré estabelecidos ou mesmo uma triagem do formulário de encaminhamento por técnicos da DRS XIII. A elegibilidade nos níveis de complexidade seria feito pelo encaminhador que teria os serviços de reabilitação de complexidade intermediária e alta a sua disposição e com a apresentação dos critérios dos respectivos níveis a ser confirmado pelo encaminhador. Realizado o encaminhamento, um triador do nível de complexidade selecionado realiza a triagem da guia, sendo possível a devolução para o município de origem com solicitação de novas informações, orientações de encaminhamento para um nível mais adequado ao quadro ou agendamento para avaliação presencial do paciente. Ainda como procedimento de triagem, a avaliação pode determinar em eleição para seguimento do protocolo ou ser novamente encaminhado para a rede para outro nível de complexidade.

5. Discussão

5.1 Pactuação entre CERs e trabalhos técnicos

5.1.1. Determinação das aptidões e Objetivos por nível de complexidade

Apesar da portaria GM no 4.279/2010 (BRASIL, 2010b) que instituiu as redes de atenção a saúde no SUS apresentar em sua matriz conceitual a definição de que as redes devem formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção e da portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS não diferenciar o nível de complexidade entre os CERs II, III ou IV, identificou-se entre os CERs participantes deste estudo, perfis de pacientes com características clínicas distintas, já existindo de maneira natural uma hierarquização entre os centros.

A análise do perfil dos serviços previamente ao credenciamento destes como CERs demonstrou que o CER-HCRP era um serviço de reabilitação vinculado a um hospital de alta complexidade, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, responsável pela reabilitação de grandes incapacitados de toda a Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), composta por 90 municípios. Dispunha de equipes multiprofissionais e já possuía no momento de seu credenciamento como CER IV em dezembro de 2013 (BRASIL, 2013a) mais de 20 setores de reabilitação, sendo o único da região que dispensava órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, auxílios ópticos e auditivos.

O CIR-HERP, serviço sob gestão estadual, vinculado ao Hospital Estadual de Ribeirão Preto já era referência para a população dos 26 municípios da área de abrangência do DRS XIII, nas especialidades física, auditiva e intelectual. O Centro Integrado de Reabilitação iniciou as atividades em março de 2009 com a realização de exames e atendimento clínico-ambulatorial (diagnóstico e reabilitação) em baixa e média complexidade, nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, contando ainda com atendimento interno nas áreas de Serviço Social e Psicologia. Destaca-se que o CIR não possui em sua equipe perfil de profissionais semelhantes aos outros CER, como a ausência de médicos e enfermeiros.

O CER-Jaboticabal, credenciado como CER II em 2015 (BRASIL, 2015) oferecia atendimento clínico e especializado em Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Assistência Social, Nutrição, Pedagogia e Enfermagem de forma individual e/ou grupo, além do acompanhamento odontológico, médico (Psiquiatria, Neurologia, Clínica Geral e Genética) e de orientação familiar na área de neurologia, realizando diagnósticos por

meio de avaliação multiprofissionais, atendimento especializado multiprofissional além de intervenção precoce. Previamente ao seu credenciamento como CER II, o serviço era credenciado exclusivamente a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Jaboticabal.

O CER-Batatais, credenciado como CER III em 2014 (BRASIL, 2014b) oferecia serviço de reabilitação física de complexidade intermediária ao paciente neurológico com a prestação de serviços de fisioterapia, odontologia, fonoaudiologia, nutrição, terapia ocupacional, genética e clínica geral. Previamente ao seu credenciamento como CER III, o serviço era credenciado exclusivamente a APAE de Batatais.

O CER-Ribeirão Preto, credenciado como CER II em 2014 (BRASIL, 2014b) oferecia serviço de desenvolvimento neuropsicomotor com o intuito de promovendo ganhos na capacidade funcional do indivíduo nas áreas de pedagogia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social, nutrição, medicina e enfermagem. Previamente ao seu credenciamento como CER II, o serviço era credenciado exclusivamente a APAE de Ribeirão Preto.

Verificou-se portanto que diversos serviços ofereciam atendimento de média complexidade, porém no perfil específico de paciente neurológico adulto e infantil. Foi possível observar a não existência de uma rede de atenção à saúde estruturada, mas sim um sistema que apresentava vazios assistenciais e que encontrava-se fragmentada e desarticulada com filas de espera e ausência de um dispositivo regulação que permitisse a continuidade de atendimento dos pacientes com deficiência física.

Identificada as diferentes aptidões dos CERs presentes na DRS XIII foi proposta um sistema hierarquizado, seguindo os princípios do SUS criando assim uma rede na qual ocorra uma prevalência da ordem e conseqüentemente um aumento da eficácia do tratamento (QUINELLATO, 2009). O princípio de regionalização e hierarquização do SUS propõe que os serviços devam ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O estudo de Dubow, Garcia e Krug (2018) que investigou a percepção dos profissionais sobre uma RCPD na região sul do país identificou que as trajetória dos pacientes nos serviços de

saúde ainda está focada, mais do que em suas necessidades de saúde, na oferta de serviços e procedimentos disponíveis, culminando em uma atenção muitas vezes fragmentada e que não garante a continuidade e integralidade do cuidado. A definição de aptidões entre os serviços determina que o motivo do encaminhamento é a da necessidade do paciente e não a ausência ou presença de vagas em serviços semelhantes, vendo-se desta forma, benefícios no desenvolvimento de complexidade dentro da rede e de criação de critérios para as mesmas. Os mesmos autores afirmam que para que a RCPD cumpra seu papel, torna-se necessária uma clara definição e conhecimento público da missão assistencial de cada ponto de atenção, bem como dos fluxos entre os serviços (DUBOW, GARCIA E KRUG, 2018).

5.1.2. Critérios clínicos de elegibilidade para as diferentes complexidades

Não há referência prévia em relação a característica clínica do paciente portador de deficiência física a ser enquadrado como dependente de reabilitação na atenção básica, secundária e terciária. Baseou-se portanto as discussões dos critérios nas definições na portaria MS/GM N° 1.060, de 05 de junho de 2002 (BRASIL, 2002b) que define as características dos serviços de reabilitação de diferente complexidade.

Com relação à atenção básica, as ações de reabilitação visam favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação. As medidas, definidas neste nível deverão partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações deverão ser desenvolvidas por familiares ou agentes comunitários capacitados e supervisionados, com avaliação constante e sistematizada (BRASIL, 2002b).

Já no nível de atenção secundária, a organização das ações devem compor um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas e ter caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo como base um sistema de referência e contra-referência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. Neste nível será essencial o fornecimento de órteses e próteses; equipamentos auxiliares e bolsas de ostomia. Suas ações deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar.

O nível terciário está qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau, justifiquem uma intervenção mais freqüente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados.

A equipe técnica extrapolou as caracterizações dos níveis de complexidade para as características dos CERs participantes da rede e definiu critérios clínicos específicos para os pacientes neurológicos adultos e infantis. Os critérios foram desenvolvidos com o foco no pacientes levando em consideração todas as suas possíveis necessidades relacionadas a reabilitação física, sendo elencados critérios da equipe médica, de enfermagem, de fisioterapia, de terapia ocupacional, entre outras como descrito no Apêndice 03.

Apesar da resolução elencar a dispensação de órteses, próteses e meios de locomoção como competência do nível secundário, os pacientes com estas necessidades foram elencados para o nível terciário, devido característica prévia dos serviços participantes. O CER-HCRP possui em sua estrutura uma oficina ortopédica e pactuação com a DRS XIII com direcionamento de verba para a dispensação de tais equipamentos para toda a RRAS 13, além de possuir em seu quadro técnico, profissionais capacitados e ambulatórios especializados para este objetivo.

Os critérios dos diferentes níveis de complexidade foram testados na forma de seleção do nível de complexidade de diferentes casos clínicos fictícios sem e após conhecimento dos critérios. A análise dos dados demonstra que tanto para o paciente neurológico adulto e infantil existe uma grande porcentagem de acerto do nível de complexidade do paciente mesmo sem a apresentação dos critérios determinados pelo estudo. Pode-se relacionar este fato aos profissionais participantes da análise serem atuantes no nível de alta e média complexidade, já apresentando percepção dos pacientes que participam de sua rotina e de quais normalmente são encaminhados para outros serviços de reabilitação.

A taxa de mudança de escolha de nível de complexidade foi baixa e não foram realizadas escolhas somente para o acerto, mas sim em proporção semelhante para escolha errada e correta em pacientes neurológicos adultos (6% e 7% respectivamente) e neurológicos infantis (6,7 e 8,3 respectivamente). Este fato indica que o conhecimento dos critérios não apresentou importância significativa na tomada de decisão dos profissionais, apresentado valor final de acerto para os caso neurológicos ortopédicos de 79% e nos casos neurológicos infantis de 80%. Considera-se que esta taxa de acerto do nível de complexidade é adequado

para o início de uma RCPD física, visto que existem outras etapas para elencar o paciente para atendimento como a triagem presencial o que poderia elevar a melhor alocação do paciente para reabilitação.

A mesma análise em uma população de profissionais de reabilitação atuantes na área básica poderia apresentar resultados diferentes devido ao pouco conhecimento da realidade dos níveis de maior complexidade, entretanto este não foi o objetivo do estudo, podendo ser analisado no futuro.

5.1.3. Protocolos de reabilitação para os diferentes níveis de complexidade

O uso de protocolos de reabilitação, permite uma atuação interdisciplinar para que o tratamento desenvolva-se simultaneamente nas áreas motoras, cognitivas, emocionais, sociais e familiares, levando assim uma visão sistêmica do paciente, onde todos os aspectos são levados em consideração, permitindo assim uma reinserção social do indivíduo.

Os protocolos são iniciados pela realização de avaliações clínicas e instrumentais especializadas indicadas para detectar o nível de comprometimento e definir cuidados destinados à recuperação de déficits ou desenvolvimento de compensações. Esta avaliação é realizada de maneira interdisciplinar e acompanhada em reuniões periódicas dos profissionais envolvidos para a discussão de cada caso, incluindo as estratégias de atendimento. Dessa forma, o paciente e a família recebem orientações uniformes e consensuadas pela equipe envolvida na reabilitação, o que facilita a adesão ao tratamento (BRASIL, 2013b)

A intervenção precoce leva a uma melhoria dos resultados nos aspectos físicos e funcionais, devendo ser iniciada logo que a condição dos doentes o permita. No caso de pacientes com Acidente Vascular Cerebral os três primeiros meses são vistos como o período mais crítico, onde são conseguidos os maiores ganhos na reabilitação. Além disso, muitas das complicações presentes em casos de lesões neurológicas como trombose venosa profunda, úlceras de pressão, contratura, obstipação e pneumonia de aspiração estão relacionadas com a imobilidade e assim, a abordagem precoce é um componente fundamental da reabilitação (SILVA, 2010) . Diante deste fato, os protocolos do nível terciário foram divididos em protocolo agudo e crônico no caso dos pacientes neurológicos adultos e desenvolvido um protocolo de estimulação precoce nos casos neurológicos infantis.

Embora a intensidade da terapia não esteja ainda claramente estabelecida, verificou-se uma associação entre o aumento da intensidade da reabilitação, especialmente do tempo

dedicado ao treino das atividades de vida diária, e a melhoria dos resultados funcionais nos casos de pacientes com acidente vascular cerebral (KWAKKEL e col., 2004). Na definição dos protocolos dos diferentes quadros abordados neste estudo, a frequência de terapia é variável e depende da avaliação inicial multidisciplinar, sendo que esta pode ser alterada conforme a evolução do quadro clínico do paciente.

A definição de protocolos para diferentes níveis de complexidade para o mesmo diagnóstico clínico permite a integração da RCPD criando assim um tratamento contínuo dentro da rede, levando o paciente a receber atendimento longitudinal e protocolar conforme sua necessidade. A exemplificar, o paciente vítima de acidente vascular encefálico com menos de 06 semanas inicia sua reabilitação no CER-HCRP, seguindo no protocolo de 14 ou 28 semanas. No momento de sua alta, inicia o protocolo no CER secundário de sua região de saúde, seguindo até o momento de alta após mais 14 semanas e então é encaminhado para rede básica para manutenção de seu quadro clínico.

A literatura específica de reabilitação de pacientes neurológicos adultos e infantis não possui estudos que compararam diferentes protocolos de reabilitação, não apresentando unanimidade sobre quais cuidados específicos a serem utilizados em níveis específicos de complexidade. A proposta de protocolos apresentada respeitou a especificidade dos serviços participantes do estudo e por meio de discussões técnicas criou-se uma lógica de continuidade de cuidado entre os protocolos dos diferentes níveis de complexidade.

5.1.4. Modelo de Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência Física da DRS XIII

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) apresentam diversas definições na literatura, apresentando em comum o conceito de integralidade de cuidado e trânsito dos pacientes entre diferentes pontos de atenção à saúde conforme sua necessidade conforme proposto no modelo da figura 02.

Shortell (1996) definiu as redes de atenção como um conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde a uma determinada população e que é responsável pelos custos e resultados de saúde desta, cujos objetivos devem melhorar a continuidade do cuidado através da coordenação e ganhos na eficiência global da provisão. Ouverney e Noronha (20013) propoem que uma vez instituída, uma rede de atenção se apresente como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde com o

objetivo de prover atenção integral e contínua de acordo com as necessidades de cada cidadão, a partir de uma combinação custo/efetiva de alocação de recursos.

A criação de uma RCPD na área física é uma tentativa de corrigir uma fragmentação de serviços e ações existentes quando serviços atuam de forma independente e desconexas. A integração na atenção em saúde não é tarefa simples, especialmente, pelo caráter multifatorial envolvido na dinâmica de funcionamento deste sistema, que abrange diferentes níveis de atenção, profissionais de diversas formações e especialidades, disparidade estrutural e de recursos (ARRUDA e col., 2015).

Os sistemas fragmentados organizam-se de forma isolada e sem comunicação entre os pontos, como a atenção primária em relação à secundária e terciária mostrando-se incapazes de prestar uma atenção contínua a população. Outra variável que necessita adequação de atuação dentro de uma rede é a atuação do profissional em si. Grande parte destes, realizam a assistência de forma individual, sem se preocupar com a necessidade das articulações e conexões com outros profissionais e serviços para proporcionar a continuidade da assistência.

Diferentemente, os sistemas integrados, ou seja, as Redes de Atenção em Saúde organizam-se por conjuntos coordenados de pontos para prestar assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011). Estas redes têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles. Neste modelo os profissionais de saúde compreendem seu papel dentro da rede identificando-se como uma fração de um mecanismo que somente funcionará se todos trabalharem, permitindo o fluxo livre entre seus diferentes pontos, que se manifesta no trabalho em equipe dentro da rede (ARRUDA e col, 2015).

A efetivação das RAS no Brasil é um desafio enorme a ser enfrentada por usuários, trabalhadores e gestores em saúde habituados a assistência focada nas partes e não no todo articulado e interdependente do sistema de saúde (LAVRAS, 2011), porém a comunicação e integração entre os serviços de diferentes complexidades, utilização de um sistema de referência e contra-referência e constante atualização dos profissionais participantes da rede são possibilidades para que esta forma de atuação seja eficiente e consiga oferecer ao paciente os benefícios de uma Rede de Atenção à Saúde efetiva.

Cada sistema de saúde possui suas próprias características, sendo que as estratégias de integração do cuidado têm sido desenvolvidas para cada contexto nacional específico, podendo provocar equívocos quando transportados a outros contextos (OUVERNEY E NORONHA, 2013). O fluxograma apresentado na figura 04 é resultado da análise detalhada dos CERs e de suas aptidões realizadas nas etapas anteriores, o que lhe dá uma característica única e específica para a realidade da reabilitação física da DRS XIII, sendo necessário cuidado ao tentar extrapolar seu formato para outras regiões ou mesmo para outros perfis de pacientes dentro da própria DRS XIII. De forma paralela a construção da RCPD na área física, objeto deste estudo, foi realizado o estudo para a estruturação da RCPD na área auditiva. Suas características são distintas e apesar de muitas vezes ser utilizada pelo mesmo paciente e serviços, não apresentam outras características em comum.

Ouverney e Noronha (20013) em seu trabalho sobre modelos de organização e gestão da atenção à saúde propoe princípios de organização para promover a integração do cuidado em rede, sendo alguns deles a Orientação para as necessidades de saúde, Complexidade da abordagem, Multidisciplinaridade da intervenção, Longitudinalidade do cuidado, Interdependência e Compartilhamento de análise clínica e a Territorialização.

A Orientação para as Necessidades de Saúde consiste no bem estar da população usuária, de forma que as estratégias de coordenação do cuidado devem considerar sempre os impactos efetivos sobre os níveis de saúde dos usuários. Na RCPD proposta o foco de cuidado está relacionado a necessidade do paciente, sendo que no processo de triagem e avaliação do paciente são identificadas metas individuais, indicadores e critérios de alta específicos. Os protocolos definidos nos diferentes níveis de complexidade envolvem o paciente e sua família produzindo resultados positivos em todos os aspectos que envolvam sua reabilitação física.

A Complexidade da Abordagem e a multidisciplinaridade da intervenção são duas variáveis que se complementam no sentido de compreender que a condição do paciente tem características amplas e a abordagem complexa considera a possibilidade de múltiplas causas de adoecimento provenientes de diferentes dimensões como a biológica, a psicossocial, a socioeconômica e cultural (OUVERNEY E NORONHA, 2013). Considerando este aspecto complexo, apenas uma abordagem multidisciplinar é capaz de abordar de forma efetiva todos os aspectos do paciente. A fundamentação da rede construída neste estudo é a abordagem multidisciplinar que aborda causas diversas e suas interações no quadro do paciente. Os protocolos de atendimento dos diferentes níveis de complexidade oferece a possibilidade do paciente ser assistido por equipe multidisciplinar conforme a necessidade seja identificada.

A longitudinalidade do cuidado e a interdependências correspondem a integração entre serviços e pressupõe contatos prolongados entre profissionais e pacientes. Estes conceitos vislumbram o trânsito do paciente entre os diferentes serviços de reabilitação física, podendo o paciente iniciar sua reabilitação em um CER de alta complexidade, cumprir o protocolo neste nível e ser encaminhado para continuidade de sua reabilitação no nível secundário. Após ser assistido no nível intermediário de complexidade, pode ser encaminhado para manutenção de seu quadro e acompanhamento na serviço de reabilitação primário em seu município de origem. O processo de reabilitação no nível terciário e secundário pode durar até 28 semanas e o seguimento no nível primário pode ser contínuo por anos, com frequência de tratamento variável pela necessidade apresentada pelo paciente. Seguindo os preceitos da longitudinalidade do cuidado e a interdependências o paciente pode transitar na rede no sentido contrário, sendo iniciado sua reabilitação no nível primário e devido alguma necessidade específica que surja, ser encaminhado para níveis de maior complexidade por períodos específicos e depois retornar.

A territorialização da política de saúde compreende o referenciamento espacial das estruturas unidades de saúde, das informações, indicadores, relações, fluxos e estruturas físicas (transporte, comunicação, energia, serviços, produção, lazer, etc.) considerados relevantes para o sistema de saúde (SILVA, 2008). A DRS XIII compreende 26 municípios divididos em 3 regiões de saúde, o Aquífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde, sendo que na organização da RCPC na modalidade física, cada região possui um CER secundário de referência. A territorial em regiões de saúde fica dividido em 10 municípios no Aquífero Guaraní com seus respectivos serviços de reabilitação física de nível primário, o CER-Ribeirão Preto com referência secundária e o CER-HCRP e CIR-HERP como alta complexidade. O Horizonte Verde é representado por 09 municípios e seus serviços de reabilitação física de nível primário, o CER-Jaboticabal como referência secundária e o CER-HCRP e CIR-HERP como alta complexidade. O Vale das Cachoeiras com 07 municípios com seus respectivos serviços de reabilitação física de nível primário, o CER-Batatais com referência secundária e o CER-HCRP e CIR-HERP como alta complexidade (Figura 09).

Figura 09 - Representação geográfica do Centros de Reabilitação na DRS XIII do estado de São Paulo.

É possível conceber as redes de atenção como sendo uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade do cuidado permitindo assim a atenção integral a pessoa com deficiência física em toda sua complexidade.

5.2 Pactuação com Gestores, equipe técnica e mapeamento da Atenção Básica de Reabilitação Física

A atenção básica é fundamental na estruturação da do SUS e exerce o mesmo papel em uma RCPD por ser a porta de entrada da rede e executar papel de resolução da maioria dos casos. Uma atenção básica em bom funcionamento permite o bom funcionamento dos níveis de maior complexidade, triando os casos que realmente exigem maiores cuidados dos que podem ser solucionados com medidas de mais baixa tecnologia.

O predomínio de fisioterapeutas no quadro técnico demonstra um desequilíbrio na relação de profissionais que atuam no nível primário de reabilitação o que pode acarretar em uma assistência inadequada ao portador de deficiência física dentro de toda a sua complexidade. A caracterização da atenção primária como a prestadora de uma especialidade apenas não significa ausência de consequências pela falta de um profissional. A terapia ocupacional tem importante papel de atuação com pacientes em ambulatórios ou no próprio domicílio, sendo possível trabalhar aspectos como a saída do leito para a posição

sentada, a alimentação sem ajuda, a higienização com mais independência, as orientações aos cuidadores, entre outras atividades essenciais da vida, por meio da criação de tecnologias assistivas de baixo custo realizadas com materiais existentes na própria comunidade (PIMENTEL, COSTA E SOUZA, 2011). Os fonoaudiólogos têm grande atuação clínica na resolução dos distúrbios da comunicação já instalados em pacientes neurológicos por exemplo ou em crianças com déficits de desenvolvimento (LIPAY E ALMEIDA, 2007).

A análise da tabela 04 expõe as lacunas no serviço de atenção do portador de deficiência física. Todos os municípios possuem fisioterapeutas em seu quadro, porém uma pequena parcela possui outros profissionais atuando diretamente neste perfil de paciente, o que demonstra falhas na atenção integral ao paciente, dependendo de serviços de mais alta complexidade para orientações nutricionais, adaptações de funções ou mesmo treino de deglutição ou de oralidade. Nenhum municípios apresentou um quadro completo dos profissionais relacionados a reabilitação física.

Este cenário sobre os recursos humanos presentes na rede básica leva a reflexão sobre um possível aumento na demanda nos níveis de mais alta complexidade que poderiam ser supridas com a contratação para atuação nos municípios, permitindo que os pacientes fossem atendidos de maneira mais eficiente nos serviços de complexidade adequada para cada caso. Em contrapartida, a contratação desses profissionais ainda é uma realidade distante para muitos locais, sendo a ausência de profissionais da área de reabilitação nos municípios fator limitante para a atenção integral. Muitos dos municípios participantes de redes de atenção à saúde são, em sua maioria, de pequeno porte, e, segundo alguns gestores de saúde, a inserção de tais profissionais originaria mais despesas. Nesse sentido, um grande empecilho para a efetiva implementação da RCPD sobretudo para gestores e coordenadores de serviços, é a insuficiência de recursos financeiros para investimentos, execução de ações e, principalmente, para a ampliação das equipes de saúde (DUBOW, GARCIA E KRUG, 2018).

A comparação entre os números de profissionais entre os anos de 2013 e 2017 demonstra uma redução de 30% no número de fisioterapeutas, 70% de terapeutas ocupacionais, 73% de fonoaudiólogos nos municípios da DRS XIII. Não é possível realizar uma interpretação clara nesta redução de profissionais no período avaliado visto que os métodos utilizados para coleta das informações são distintos. Entretanto, visto a aptidão dos fisioterapeutas na reabilitação física, pode-se supor que houve uma redução significativa no número de profissionais. Os fisioterapeutas na atenção básica atuam diretamente com a

reabilitação física não atuando de maneira efetiva na reabilitação auditiva, intelectual, visual ou até mesmo na educação.

A redução no número de fisioterapeutas nos quadros técnicos dos municípios gera uma preocupação visto que a atuação do fisioterapeuta na atenção básica não está relacionado exclusivamente a reabilitação de disfunções físicas, mas também em campanhas e trabalhos de prevenção de doenças e manutenção da saúde (BISPO JUNIOR, 2010; AVEIRO e col., 2011).

O número reduzido de profissionais pode levar a uma deficiência na capacidade de atendimento da população que necessite de reabilitação física. O levantamento dos dados sobre atendimento dos municípios demonstra que 58,3% destes não conseguem atender toda a demanda, criando assim uma fila de espera de 2170 solicitações não atendidas que equivale a 37,6% de toda a demanda da rede de reabilitação da DRS XIII.

Este dado corrobora com os estudos que identificaram um desequilíbrio entre demanda e oferta nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial (OLIVEIRA, CARVALHO E TRAVASSOS, 2004; CASTRO, 2005; O'DONNELL, 2007) Especificamente relacionado a rede básica, a literatura indica que houve uma ampliação de sua atuação, porém verificou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Este déficit pode estar relacionado ao modelo clássico de assistência a doenças baseado em demandas espontâneas, devido à limitação da assistência integral, causada pela ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência (SOUZA, 2008). A falha em atender toda a demanda gerada pela rede reflete a importância da formulação e implementação de políticas públicas que possam gerar mudanças na organização do SUS (ASSIS E WASHINGTON, 2012). Justificar a presença de fila de espera por uma grande quantidade de solicitação é equivocado, visto que comparado com a prevalência de pessoas com deficiências físicas de 7% conforme demonstrado no CENSO (2010), a demanda de reabilitação física na DRS XIII é baixa, apresentando uma média de 1,12% da população dos 24 municípios analisados o que não justificaria a presença de filas de esperas no serviço.

Analizando especificamente a área objeto deste estudo, observa-se que a média de pacientes neurológicos atendidos, sejam eles adultos (23,6%) ou infantis (5,2%) é maior que a média de pacientes do mesmo perfil na fila de espera (9,2% e 0,8% respectivamente). Pode-se interpretar este dado como havendo uma prioridade para os quadros neurológicos em detrimento dos quadros ortopédicos ou reumatológicos dentro dos serviços de atenção primária

de reabilitação, onde são encontrados maior quantidade de pacientes aguardando atendimentos em relação aos assistidos.

No Brasil, os elevados tempos de espera para agendamento de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do SUS (BRASIL, 2003b). A insuficiência de recursos financeiros ou de serviços são os principais determinantes para explicar a existência de listas de espera, pois as comparações internacionais mostram que uma oferta mais ampla está associada com menores esperas. Porém, fatores organizacionais e gerenciais com uso ineficiente da rede são igualmente citados como fatores explicativos entre eles a baixa resolubilidade da atenção básica, referências inapropriadas e remarcações desnecessárias pelo especialista com baixa contra-referência (CONILL, GIOVANELLA E ALMEIDA, 2011).

As estratégias para enfrentamento das listas coincidem com os problemas levantados anteriormente. Para aumento da oferta algumas medidas são tomadas com frequência, como ampliação de leitos, da quantidade de especialistas e a compra de serviços ao setor privado (CONILL, GIOVANELLA E ALMEIDA, 2011). Entretanto analisando o comparativo entre 2013 e 2017 uma redução do número de profissionais pelos municípios, vai na contra-mão desta proposta, criando um déficit ainda maior de profissionais para atenção básica. O contingenciamento de gastos nos níveis de alta complexidade demonstra seu efeito prático na não reposição de profissionais que se demitem ou mesmo na não contratação de profissionais para criação ou ampliação de serviços. A estratégia de compra de serviços do setor privado ocorreu neste estudo pelo município de Sertãozinho. Entretanto o não envio de dados sobre a sua capacidade de atendimento ou mesmo a presença de demanda reprimida, demonstra desorganização e falta de gestão da reabilitação neste município o que leva a uma solução a curto prazo, porém sem perspectiva de solução definitiva ou controle adequado dos gastos públicos.

No seu estudo sobre uma RCPD, Dobuw, Garcia e Krug (2018) apresentam que alguns municípios realizaram a inserção de profissionais da área da reabilitação na atenção básica, como fisioterapeutas e fonoaudiólogos, seja na composição e equipes mínimas ou compondo os Núcleos de apoio a Saúde da Família (NASF). A inclusão de tais profissionais nesse nível de atenção possibilitaria uma relação muito próxima com os usuários, especialmente aqueles com alguma deficiência, permitindo identificar riscos e possibilidades de intervenções da equipe junto aos indivíduos e suas famílias baseados em um cuidado à saúde que respeite a dimensão do encontro. Assim, o atendimento desses usuários no nível de atenção básica,

quando possível, pode representar um elemento facilitador do acesso ao cuidado pelos pacientes, diminuindo a demanda reprimida nos setores especializados em função do modelo assistencial tradicional que não permite a integralidade na atenção às pessoas com deficiência. Entretanto este processo passa pela contratação de novos profissionais e desenvolvimentos de novas tecnologias dentro de municípios como uma estratégia de cuidado da pessoa com deficiência.

O estudo de Conill, Giovanella e Almeida (2011) analisou o sistema de saúde espanhol e suas estratégias de atuação com as filas de espera. Observou-se que mesmo em um sistema orientado pelos princípios de territorialização e da coordenação das ações há várias décadas, ainda é frágil a integração entre a atenção básica e os níveis de maior complexidade, que funcionam com estruturas de gestão separadas, o que mostra as dificuldades para modificar culturas e interesses. Os autores sugerem que a perspectiva de um trabalho em rede propicia novas formas de interação entre profissionais com potencial para aumentar a resolubilidade da atenção básica e diminuir filas em todos os níveis de complexidade. O território espanhol é dividido em Comunidades Autônomas, onde algumas regiões estabelecem prazos máximos para resolução de problemas de saúde. A Andaluzia foi a primeira região espanhola a tornar público os tempos de espera para cirurgias, fixando uma garantia de tempo máximo que, desde 2006, é de até 120 dias para onze das intervenções mais comuns. A primeira consulta com especialista é garantida em tempo máximo de 60 dias e de 30 dias para realização de procedimento diagnóstico. A transparência nas esperas faz parte do compromisso assumido por esta região, sendo possível acompanhar as listas pela Internet. Quando o tempo máximo é superado, o usuário pode solicitar atendimento no setor privado.

O estudo sobre a análise do sistema de saúde Espanhol demonstrou a importância de dois eixos centrais de medidas para enfrentamento das listas de espera: políticas com garantias de prazos máximos associadas a medidas para aumento da resolubilidade da atenção básica de saúde e da coordenação do sistema no âmbito da gestão e das práticas locais. Mas para que prazos estabelecidos se tornem realidade, é necessário assegurar financiamento adequado para garantir a oferta de serviços (FREIRE, 2004).

O presente estudo levantou uma relação de habitante por fisioterapeuta que permite identificar com alta sensibilidade e especificidade a presença de fila de espera nos municípios. Não foi identificada na literatura nenhum estudo que tenha avaliado esta relação ou que faça menção a esta possibilidade. A amostra estudada é pequena, porém os valores de sensibilidade e especificidade demonstram haver relação entre o número de profissionais contratados na

atenção básica com a presença de demanda reprimida. Entretanto os dados devem ser analisados com cuidado para a realidade brasileira, visto que a média de habitantes que necessitam de reabilitação nos 26 municípios estudados está abaixo do número de habitantes com deficiência física segundo o CENSO (2010).

A magnitude do SUS e a sua forma de gestão são complicantes para a estruturação de um sistema com prazos máximos para agendamento com especialistas ou para cirurgias. Na realidade dos serviços de reabilitação da DRS XIII foi apresentado o número de solicitações de reabilitação na fila de espera, entretanto não foi investigado o tempo de espera dos pacientes para terem acesso à reabilitação ou mesmo a quantidade de pacientes que não necessitam mais de reabilitação quando convocados ou que possuam guias de solicitações duplicadas. A maneira que a reabilitação era organizada não permitia o referido controle, porém com a criação de uma rede integrada e com um sistema de regulação eficiente e único, é possível ter a compreensão das necessidades da população e a forma que os mesmos são assistidos.

Entretanto acredita-se que a mudança de cultura da população, profissionais envolvidos na reabilitação e gestão governamental, são fatores perpetuantes dos erros que levam a presença de demanda reprimida e que a estratégia de divulgação de datas para consultas com prazos máximos pré estabelecidos, ainda é uma realidade longínqua para a RCPD física proposta. Acredita-se porém que a formação de profissionais com a cultura de redes de assistência a saúde pode levar a médio prazo uma melhora neste cenário.

5.3 Estruturação de Sistema de Regulação da RCPD física

A apresentação de uma nova proposta oriunda da CROSS foi argumentada pela impossibilidade técnica de criar uma lógica exclusiva dentro do sistema para a rede de reabilitação da DRS XIII pois o HCRP já se articula com outras redes dentro dos SUS, dentro de uma árvore de decisão. Uma árvore de decisão é um mapa dos possíveis resultados de uma série de escolhas relacionadas. Permite que um indivíduo ou organização compare possíveis ações com base em seus custos, probabilidades e benefícios. Podem ser usadas tanto para conduzir diálogos informais quanto para mapear um algoritmo que prevê a melhor escolha, matematicamente (GARCIA, 2003). A lógica de árvores de decisão não permitiu que o CER-HCRP fosse vinculado em uma rede exclusiva da DRS XIII, visto que o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto atende toda a RRAS 13 que inclui a DRS de Franca, DRS de Barretos e DRS de Araraquara e DRS de Ribeirão Preto.

A utilização de um sistema de regulação único, onde os agendamentos são gerados pelo sistema e não pelo profissional, permite possibilidade de acesso semelhante a todos os usuários, não sendo possível a seleção de pacientes para prioridade ou que não respeite a fila. Diante desta nova apresentação criou-se um problema dentro da contra-referência entre o nível terciário e secundário para o seguimento dos protocolos específicos de reabilitação. A exemplificar, um paciente de origem do município de Barrinha que seguiu o protocolo de reabilitação no CER-HCRP, ao término de seu protocolo neste nível de complexidade e com necessidade de reabilitação no nível secundário, teria seu encaminhamento direcionado a fila de espera de toda a rede dos municípios da região de saúde do Horizonte Verde, perdendo assim o tempo de continuidade, podendo aguardar longos períodos e perder os ganhos de sua reabilitação por esta interrupção. A proposta para resolver o referido problema foi a criação de vagas exclusivas para o CER-HCRP nos CERs de características secundárias de reabilitação física, permitindo assim, acesso mais ágil e continuidade nos cuidados do paciente. Estas vagas serão pactuadas todos os meses a depender de contato com entre as equipes, permitindo assim uma programação de vagas entre os serviços, disponibilizando vagas remanescentes para o acesso de novos pacientes da rede.

Os sistemas de regulação do acesso à assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, efetivada pela disponibilização da alternativa mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, leitos e outros que se fizerem necessários (BRASIL, 2007). Entretanto diversos problemas são encontrados para o desenvolvimento de uma regulação eficiente, o que leva a maioria das vezes criação de filas de espera longas e cuidado insuficiente ou retardado em relação a necessidade dos usuários da rede.

A prática mostra que a existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde não é real. Os exemplos do não esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são frequentes e caracterizam a pouca utilização deste nível de complexidade e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde. Esse quadro exige a reflexão sobre a restrição de acesso aos recursos de alta e média complexidade, apontando o fracasso dos fluxos existentes, configurando longas filas de espera para o atendimento pretendido, que não conseguem ser resolvida pelos fluxos normais preconizados (GAWRYSZEWSKI e col., 2012).

O problema da presença de longas filas de espera no níveis de mais alta complexidade são realidade e uma regulação adequada é uma das formas de reduzir este problema crônico na RCPD. A triagem eletrônica possibilita ao triador identificar as características dos pacientes que se candidatam a uma avaliação e caso haja dúvida sobre o esgotamento de possibilidades terapêuticas ou incompatibilidade do quadro clínico com o nível solicitado, o triador tem a possibilidade de recusar ou solicitar maiores informações sobre o processo de reabilitação do paciente.

Gaweyszewski e colaboradores (2012) levantam que um dos problemas na regulação no estado do Rio de Janeiro, local de seu estudo, é a ausência de um comando único, o que leva a realização de ações fragmentadas. O estado de São Paulo apresentou uma evolução no seu sistema de regulação com a implementação do sistema CROSS, gerado assim uma ação centralizada e guiada por princípios comuns em todas as diretorias regionais de saúde, diferentemente do modelo prévio que era baseado em ações individuais como a criação do sistema SARA que regulava a demanda do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Um sistema unificado previne a presença de ações baseadas em contatos pessoais, onde o regulador ou triador dão preferência a um caso, ou ao então denominado “Escolha de Sofia” onde é escolhido o caso de maior gravidade em detrimento dos outros casos.

O avanço no princípio da integralidade e da equidade de uma RCPD, necessita de arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de cuidados. Isto é, dispositivos que atuem na articulação e coordenação da rede e deve-se considerar a existência de um constante movimento e transformação, devendo ser considerados não apenas os valores quantitativos, mas também os qualitativos e subjetivos, como os interesses dos atores envolvidos (BADUY e col, 2011). Um exemplo da busca por maior transparência nas atividades de regulação assistencial é a Espanha que por meio de publicação de uma lei definiu um catálogo de ofertas comuns de serviços e fixou tempos máximos nas filas de espera para consultas e exames. Além disso o sistema de saúde espanhol assumiu o compromisso de dar publicidade individual da fila de espera na internet (CONILL, GIOVANELLA E ALMEIDA, 2011). Estamos distantes desta realidade no Brasil, entretanto a RCPD regulada pelo sistema CROSS solicita dos serviços de reabilitação a quantidade de vagas disponibilizadas mensalmente para avaliação e exames disponíveis na rede, podendo estas serem ajustadas conforme rotina dos serviços específicos com ampliações ou reduções.

Os sistemas informatizados de regulação nas RAS permite aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de absenteísmo de consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade e transparência no controle das agendas. As centrais produzem dados que podem ser discutidos com as equipes de saúde da família, que por sua vez, têm atuação que impactam na gestão do absenteísmo de consultas especializadas (CAVALCANTI e col.; 2018).

Cavalcanti e colaboradores (2018) em seu estudo sobre os desafios da regulação no SUS identificou as principais dificuldades na realidade brasileira. Uma das dificuldades foi a precariedade da referência e contrarreferência que envolve conflitos envolvendo o envio e retorno da história clínica perpassam por disputas de saberes entre especialistas e generalistas, e desorganização e desarticulação entre os níveis assistenciais. Considerando este aspecto a proposta de sistema de referência e contra-referência proposto neste estudo permite comunicação direta entre o encaminhador e o prestador do serviço, permitindo solicitação de maiores informações clínicas do paciente, incluindo a possibilidade de inserção de anexos como relatórios de alta, que ajudariam na continuidade do tratamento e compreensão das conquistas adquiridas na reabilitação.

Outras dificuldade apresentada foi o não monitoramento das referências dos profissionais da atenção básica para a especializada. No sistema CROSS as guias são monitoras, ficando salvas no histórico do paciente todos os encaminhamentos e resposta sobre as solicitações, inclusive sendo o agendamento realizado pelo sistema e não por um membro do serviço de reabilitação, o que garante que o agendamento será realizado baseado em critério objetivos, conforme a disponibilização da vaga pelo serviço.

A baixa utilização ou inexistência de protocolos para encaminhamentos foi outro problema identificado e este relacionado a diferentes outros fatores como a desarticulação regional de serviços; desconhecimento da estruturação e fluxo da rede assistencial; ausência de comunicação e postura colaborativa entre profissionais da rede (CAVALCANTI e col.; 2018). Os cuidados iniciais na criação da RCPD física da DRS XIII foram a criação de protocolos de encaminhamento técnicos e específicos para os perfis de pacientes abordados, assim como a identificação da estrutura e demandas atendidas nos diferentes níveis de complexidade. A maneira como os trabalhos de estruturação da rede levou a uma grande integração entre os membros dos diferentes serviços de reabilitação física e contou com uma postura colaborativa onde o centro das atenções era o paciente e não a valorização de serviços

específicos, sendo assim grande parte dos problemas identificados pelos autores foram pontos de atenção neste estudo.

Como último ponto de cuidado foi apresentada a fragilidade de sistemas de informação e comunicação no gerenciamento dos encaminhamentos, de demanda reprimida e do absenteísmo de consultas especializadas e exames, tais como a ausência de controles ou controles fragmentados e inconsistentes. O absenteísmo de consultas especializadas foi apresentado como um problema relevante e que acarreta aumento da fila de espera e de custos, sendo um fenômeno multicausal, onde as relações de causa e efeito perpassam todos os atores envolvidos: trabalhador, gestão e usuário (CAVALCANTI e col., 2018). A implementação do sistema permitirá a identificação destas variáveis com a possibilidade de desenvolvimento de estratégias futuras para mapeamento dos problemas do sistema e resolução dos mesmos.

CONCLUSÃO

6. CONCLUSÃO

A elaboração de uma RCPD é complexa e passa por diversas etapas de construção, desde a pactuação entre equipe técnica e gestores, elaboração de protocolos e critérios de elegibilidade e desenvolvimento de sistemas de regulação que permitam assistir o paciente em suas necessidades.

A finalização do trabalho confirmou a hipótese de ser possível se estrutura uma rede de cuidado da pessoa com deficiência física na área de neurologia adulto e infantil. Para tal foi realizado um processo complexo de integração entre diferentes CERs e desenvolvimento de material e conteúdo amplo sobre os serviços de reabilitação física.

Desenvolveu-se critérios de complexidade para pacientes neurológicos adultos e infantis que permitiram segmentar a reabilitação entre os serviços existentes, tirando a sobrecarga existente nos serviços de alta e baixa complexidade. Padronizou-se protocolos de tratamento de pacientes neurológicos adultos e infantis nos níveis terciários e secundários que permitem uma assistência integral e contínua, melhor assistindo os pacientes com demanda de reabilitação física.

A análise da estrutura de reabilitação na atenção básica existente na DRS XIII identificou problemas crônicos e não exclusivos destes serviços, como a fila de espera e falta de profissionais dedicados à reabilitação física dos municípios investigados.

Finalmente o trabalho propôs um sistema de regulação para a RCPD física do DRS XIII que permite a integração entre os diferentes níveis de complexidade, permitindo pôr em prática o conteúdo desenvolvido neste estudo como a criação de critérios de elegibilidade e protocolos de níveis de complexidade

Conclui-se que uma RCPD é um processo técnico e político e que para a manutenção de sua efetividade são necessários avaliações contínuas e observação de novas demandas por uma equipe gestora, permitindo assim constantes aprimoramentos e adequações com as necessidades do momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, C.; LOPES, S.C.G.; KOERCH, M.H.L., Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**;19(1):p169-173. 2015.

ASSIS, M.M.A.; WASHINGTON, L.A.J. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012

AVEIRO, M.C, ACIOLE, G.G.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1467-1478, 2011.

BADYU, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro.; 27(2):295-304. 2011

BISPO JÚNIOR, J.P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol 15 (Supl. 1), 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. ABC do SUS: Doutrinas e princípios. 1990.
<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf> Acesso em 07 de maio de 2019

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: Conass; 2003.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. p292. 1988.

BRASIL. Decreto no 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário oficial, Brasília, DF, 20 dez.1999.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010** Disponível em <[http:// https://censo2010.ibge.gov.br/](http://https://censo2010.ibge.gov.br/)> Acesso em: outubro, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, 2013:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf> Acesso em 23 de fevereiro de 2013)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 4.279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação no 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017 <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/atencao-basica/portarias-ab-aps/saude-mental-1/14635-portaria-de-consolidacao-n-3-1/file>> Acesso em 07 de maio de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde. **Manual básico**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. **Pessoa com deficiência**. 2017. Disponível em <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia>> Acesso em: 10 de out, 2017.

BRASIL. Portaria GM no 4.279/2010 de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em 05 setembro 2019

BRASIL. Portaria MS/GM Nº 1.060, de 05 de junho de 2002 que define políticas voltadas para pessoa com deficiência. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html> Acesso em 04 de maio de 2019

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 1.046 de 06 de outubro de 2015 que habilita centros especializados de reabilitação (CER). <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2021_07_12_2015.html> Acesso em 10 de janeiro de 2019.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 1.323 de 27 de novembro de 2014 que estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e Municípios. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2663_04_12_2014.html> Acesso em fevereiro de 2019.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº 1.357 de 02 de dezembro de 2013 que habilita centros especializados de reabilitação (CER). <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt1357_02_12_2013.html>. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

BRASIL. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 25 abr. 2012. Disponível em: . Acesso em: 14 out. 2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/ Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). VIVER SEM LIMITE – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, SDH-PR/SNPD, 2002.

BRASIL. Secretaria do desenvolvimento humano. Pessoa com deficiência física. Disponível em <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia>> . Acesso em 12 de outubro de 2017.

CAMPOS, M.F.; SOUZA, L.A.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 19. 207-210. 2015

CASTRO, M.S.M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev Saude Publica**; 39(2): 277-284. 2005

CAVALCANTI, P.; CRUZ, R.F.; WILTON, D.P. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 22. 181-188. 10.4034/RBCS.2018.22.02.12. 2018.

CONILL, E.M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P.F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**; 16(6): 2783 – 2794, 2011.

COSTA-E-SILVA, V.C.; RIVERA, F.J.U.; HORTALE, V.A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 23(6):1405-1414, jun, 2007.

DUBOW, C.; GARCIA, E.L.; KRUG, S.B.F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, N. 117, P. 455-467, Abr-Jun 2018.

FRATINI, J.R.G. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde**. Dissertação. (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí (SC), Centro de Ciências da Saúde, Itajaí. 2007.

FRATÍNI, J.R.G.; SAUPE R.; MASSAROLI, A. Referência e contra-referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p.65-72, 2008.

FREIRE JM. La atención primaria de la salud y los hospitales en el Sistema Nacional de Salud. In: Navarro VL, editor. El Estado de Bien Estar en España. Madrid: Tecnos;, p. 239-291. 2004.

GARCIA, S.C. **O uso de árvores de decisão na descoberta do conhecimento na área da saúde**. Dissertação (Mestrado em Computação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013

GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Access to SUS: representations and practices of professionals developed in Regulation Centers. **PHYSIS**. 22(1):119-140.2012

KWAKKEL, G.; VAN PEPPEN, R.; WAGENAAR, R.C.; WOOD DAUPHINEE, S.; RICHARDS C.; ASHBURN, A.; MILLER, K.; LINCOLN, N.; PARTRIGDE, C.; WELLWOOD, I.; LANGHORNE, P. Effects of augmented exercise therapy time after stroke: a meta-analysis. **Stroke**;35:p2529-39. 2004

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.** [online]. Vol.20, n.4, pp.867-874. 2011

LIPAY, M.S.; ALMEIDA, E.C. A fonoaudiologia e sua inserção na saúde pública. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, 16(1):31-41, jan./fev., 2007

MENDES, E V. As redes de atenção à saúde. **Organização Panamericana da Saúde**, 2a edição. Brasília. p549 . 2011

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiv.** v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MINAS GERAIS (Estado) Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Projeto Mães de Minas: a vida merece esse cuidado**. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<http://www.maesdeminas.com.br/publicacoes/maes-de-minas/files/assets/downloads/maes-de-minas.pdf>>. Acesso em julho 2018.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad Saude Publica**; 23(12):2820-2834. 2007

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad Saude Publica** 2004; 20(2):386-402.

OLIVEIRA, George W. de Bessa; JACINSKI, Lucas. **Desenvolvimento de um questionário para coleta e análise de dados de uma pesquisa, em substituição ao modelo Google Forms**. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2017

OUVERNEY, AM., and NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. ISBN 978-85-8110-017-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Plano regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. 2016. Disponível em: <<http://static.paraiba.pb.gov.br/2017/02/Resolucao-10-Anexo.pdf>>. Acesso em: dez. 2017.

PIMENTEL, A. M.; COSTA, M. T. B.; SOUZA, F. R. Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 110-116, maio/ago. 2011.

QUINELLATO, L.V. **A diretriz de hierarquização do SUS:** mudando a antiga perspectiva do modelo médico assistencial privatista. Dissertação (Mestrado em International Management) Fundação Getúlio Vargas, São Paulo 2009

SÃO PAULO (Estado). Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo- SP, 28 dez. 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência – RRAS 13. 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia/plano-de-acao-regional/rras_13.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2017.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado da Saúde. CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços em Saúde. <<http://www.cross.saude.sp.gov.br/>> Acesso em 04 de novembro de 2018.

SHORTELL, S.M.; GILLIES, R.R.; ANDERSON, D.A.; ERICSON, K.M.; MITCHELL, J.B. Remaking health care in America: building organized delivery systems. **Hosp Health Netw.** San Francisco. Mar 20;70(6):43-4, 46, 48 1996.

SILVA, D.; BOMBARDA DIAS, L.; PFEIFER, L. Confiabilidade do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto (GMFCS E & R) entre estudantes e profissionais de saúde no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa.** 23. 142-147. 2016

SILVA, E.J.A **Reabilitação após o AVC.** Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Universidade do Porto, Portugal, 2010.

SILVA, SF. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde.** Campinas: IDISA/CONASEMS; Cap III. 2. p. 117-36. 2008

SILVA, S. F. **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas: Idisa; Conasems, 2008.

SOUZA, D.C.C.; SERINOLLI, M.I. Impacto do sistema de agendamento eletrônico (CROSS) sobre o funcionamento de um ambulatório hospitalar de atenção médica especializada em cardiologia. **Anais do IV Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade SINGEP** – São Paulo – SP – Brasil – 08, 09 e 10/11/2015

SOUZA, E.C.F. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica;** 24(Supl.):s100-s110. 2008

VERHAAK, P.F. Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. **Br J Gen Pract.**, v.43, n.370, p.203-208, 1993

VIEGAS, S.M. F.; PENNA, C.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18, n.1, p.181-190, 2013.

APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO 01**Módulo do sistema SARA para encaminhamento de pacientes para a reabilitação**

REABILITAÇÃO

► Guia Reabilitação - Início

Campos com * são obrigatórios

História pregressa e quadro clínico *:
APRESENTA QUADRO DE PARALISIA CEREBRAL HEMIPARETICA SECUNDARIA, ANOXIA NEONATAL, MARCHA INDEPENDENTE
HEMIPARETICA A ESQ.
NÃO TEM CRISE CONVULSIVA

1852

Diagnóstico ou Hipótese Diagnóstica:
DIAGNOSTICO PARALISIA CEREBRAL

1970

CID 10:
G800 PARALISIA CEREBRAL ESPASTICA

O encaminhamento é exclusivo para *:
☐ Distúrbio ortopédico primária
☐ Atendimento de amputado
☐ Atendimento de trauma raquimedular - TRM
☐ Prescrição de OPM (órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção)
☒ Outro

AVANÇAR **DESISTIR**

10.165.100.5 | HML | SILVIO CESAR SOMERA

PROTOCOLO REABILITAÇÃO QUESTIONÁRIO

Pressão Arterial *

☒ Normal ☐ Controlada com Medicação ☐ Sem Controle com Medicação ☐ Sem Controle sem Medicação ☐ Não Aferida

Diabete *

☒ Normal ☐ Controlada com Medicação ☐ Sem Controle com Medicação ☐ Sem Controle sem Medicação ☐ Não sabe

Crise Convulsiva *

☒ Não Apresenta ☐ Controlada com Medicação ☐ Sem Controle com Medicação ☐ Sem Controle sem Medicação

Condição Respiratória *

☒ Ar Ambiente ☐ O₂ Nasal ☐ Traqueostomia ☐ Necessidade de Equipamento

Via de Alimentação

☒ Oral ☐ SNG ☐ Gastronomia

Função Auditiva *

☐ Normal ☐ Alterada

Função Visual *

☒ Normal ☐ Alt. Leves ☐ Baixa Visão ☐ Cegueira

Condições da Pele *

☒ Sem Lesão ☐ Úlcera de Pressão

Pós-cirúrgico *

☒ Não se aplica ☐ Tardio mais que 1 mês ☐ Imediato

Locomoção *

☒ Anda sem Limitação ☐ Anda com Limitação ☐ Uso de Cadeira de Rodas

Equilíbrio *

☒ Normal ☐ Medo de Quedas ☐ Quedas Esporádicas ☐ Quedas Frequentes

Alterações Posturais (coluna, assimetria de membros, problemas no pé, deformidades) *

☒ Ausente ☐ Leve ☐ Acentuada

Função Manual *

☒ Manipula Objetos com Eficiência ☐ Manipula Objetos com Pouca Eficiência ☐ Não Manipula Objetos

Função Cognitiva *

☒ Interage com Ambiente com Eficiência ☐ Interage com Ajuda ☐ Não Interage com Ambiente

Demência *

☒ Ausente ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

Dificuldade Escolar *

☒ Ausente ☐ Presente

[ANTERIOR](#)
[PRÓXIMO](#)
[DESISTIR](#)

PROTOCOLO REABILITAÇÃO TRIAGEM CIR

► Informe os dados abaixo

Destino:

☒ Fisioterapia ☐ Fonoaudiologia ☐ Terapia ocupacional ☐ Avaliação integrada

Exames realizados - Data e Resultados:

RESSONANCIA CISTO PORENCEFALICO A DIR

1963

Conduta terapêutica:

REABILITAÇÃO MOTORA

1981

Motivo:

TRATAMENTO

Anexar exames:

Procurar... **ADICIONAR**

ANTERIOR **CONCLUIR** **DESISTIR**

10.165.100.5 | HML | SILVIO CESAR SOMERA

APÊNDICES

APÊNDICE 01. Casos clínicos fictícios apresentados aos profissionais para escolha de nível de complexidade em que se enquadra.

NEUROLÓGICOS ADULTOS

Caso 01. Paciente vítima de colisão entre moto e carro, sofrendo Traumatismo Crânio-encefálico com encefalopatia grave. Foi submetido a tratamento cirúrgico com craniectomia há um ano e meio.

Paciente acamado com alimentação via gastrostomia, eliminações fisiológicas em fralda com presença de úlcera por pressão sacral.

Apresenta em seu histórico Inúmeras internações prolongadas por infecções tanto urinárias quanto pulmonares.

Conforme relato de mãe, o filho é capaz de entender as situações, apesar de não conseguir se comunicar. acredita

que ele é muito agitado, rangendo os dentes frequentemente.

Ao exame físico apresenta-se extremamente emagrecido, afasia global, hemiplégico à direita, com espasticidade importante - a4 em cotovelo e joelho com deformidade estruturada nessas articulações e a2 punho e dedos.

Caso 02. Paciente encaminhado por neurologista para reabilitação após quadro de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico em junho/18 evoluindo após com ataxia e desde então não iniciou nenhum programa de reabilitação.

É independente para atividades de vida diárias, deambula curtas distâncias sem auxílio sendo limitado rapidamente por tontura importante. Para longas distâncias locomove-se com cadeira de rodas.

Realiza alimentação via oral, nega disfagia, dorme bem e refere algumas oscilações de humor, porém não se adaptou com sertralina, prescrito por neurologista.

Apresenta hábito urinário e intestinal preservados, é continente.

Nega queixas algicas ou alterações cutâneas.

Ao exame físico foi observado marcha independente, sem auxiliares de marcha, com desequilíbrio importante.

A amplitude articular e força muscular apresentação normais e preservadas.

Caso 03. Paciente vítima de acidente vascular cerebral isquêmico em 2011 evoluindo com hemiparesia à esquerda. Paciente é destro. Apresenta diagnóstico associado de hipertensão arterial sistêmica e é tabagista, fumando 3 maços por dia, interrompendo apenas no período da internação.

Paciente realizou acompanhamento em reabilitação, incluindo aplicações de toxina botulínica em membro superior esquerdo em 2017.

Atualmente se encontra parcialmente dependente para atividades de vida diária porém necessita de auxílio para tomar banho. Alimenta-se por gastrostomia (possuiu internação recente por broncopneumonia aspirativa, sendo realizada gastrostomia).

Deambula de forma independente sem auxílio porém com necessidade de órtese articulado para tornozelo em membro inferior esquerdo.

Nega algias, alterações do humor, percebe apenas insônia inicial.

Ao exame físico apresenta sialorréia, afasia motora, hemiparesia esquerda espástica.

Em membro superior esquerdo apresenta abdução ativa de ombro de 90°, espasticidade a1+ para abdução de ombro, a3 para extensão de cotovelo e de punho, a2 para extensão dos dedos e abdução do polegar.

Em membro inferior esquerdo apresenta amplitude de movimento preservada, sem espasticidade.

Apresenta marcha ceifante, com apoio inicial no antepé quando sem auxílio de órtese.

Caso 04. Paciente de 74 anos com diagnóstico de estenose lombar L3-L4 e L4-L5 tratada cirurgicamente em 2010 com artrodese via posterior de L2 a L5 e descompressão L3-L4 e L4-L5.

Paciente vive com a esposa, totalmente independente para atividades de vida diária, inclusive dirige carro adaptado

Para marcha utiliza auxílio de andador devido perda de equilíbrio e mola de codevilla a esquerda.

Apresenta queixa de dor em região lombar baixa diariamente, que piora a movimentação e melhora com repouso em uma escala 7/10. Dor com padrão de irradiação para membros inferiores, acompanhada de parestesia em pés, pior direita.

nega espasmos.

Ao exame físico apresenta marcha claudicante com andador e mola de codevilla a esquerda.

Apresenta amplitude de movimento preservada e força global grau 5 para todos os segmentos de membros superiores

Em membro inferior esquerdo apresenta amplitude de movimento preservada força muscular grau II para miótomo de L5, sensibilidade preservada, sem clônus ou espasticidade.

Caso 05. Paciente vítima de Acidente vascular cerebral isquêmico há 2 mês. Com quadro de hemiparesia aguda há esquerda.

Paciente retorna referindo que apresentou melhora importante da hemiparesia, refere que não têm queixas com relação ao membro inferior esquerdo e apresenta redução de destreza de membro superior esquerdo porém o membro é funcional. Nega engasgos ou tosse durante deglutição.

Nega uso de órteses, próteses ou meios de locomoção.

Nega alterações de hábitos urinários e hábitos intestinais.

Refere sensação de queimação/formigamento/prurido em dimídio esquerdo.

Relata dificuldade em iniciar e manter o sono.

Ao exame físico apresenta marcha independente sem auxílio com discretamente lentificação.

Ausência de espasticidade,

força muscular grau 4 em membro superior esquerdo e demais grupos musculares grau 5.

Caso 06. Paciente de 51 anos, vítima de acidente de moto em julho de 2018, sofreu lesão medular nível C4/C5, politrauma com hemorragia interna, fratura de costelas, tempo prolongado de internação, saiu de alta com traqueostomia e dificuldades respiratórias, úlceras por pressão sacral, calcâneos.

Sem controle de tronco sentado, com hipotensão ortostática e deformidades em MMSS em flexo de cotovelo e punho e dedos de ambas as mãos.

Caso 07. Paciente de 23 anos, sofreu lesão medular nível T2-T7-T8 por ferimento por arma de fogo em 2013, apresentou paraplegia espástica, realizou- cirurgia de rizotomia seletiva de L1-S1 em abril de 2018. Recebeu tutor longo há um mês sem realização de treino após aquisição

do mesmo. Totalmente independente para AVDs, toca cadeira de rodas monobloco na comunidade.

Caso 08. Paciente de 32 anos, sofreu lesão medular com luxação C5-C6 por mergulho em água rasa, realizou artrodese em fevereiro de 2018, apresenta tetraplegia espástica incompleta, ótimo controle de tronco de sentado, toca a cadeira de rodas na comunidade, está treinando rugby de cadeirantes, iniciando marcha terapêutica nas barras paralelas.

Caso 09. Paciente 33 anos, sofreu lesão medular nível motor T4 acidente automobilístico em 2014, apresentou paraplegia espástica, atualmente locomove-se com cadeira de rodas em comunidade, faz esporte adaptado corrida e crossfit.

NEUROLÓGICOS INFANTÍIS

Caso 01. Paciente do sexo masculino, 04 anos de idade.

Diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral

Paciente não compactua com o ambiente, não reage a estímulos luminosos e/ou auditivos.

Não possui controle de tronco e de cabeça na postura sentada.

Faz uso de traqueostomia e gastrostomia além de apresentar deformidades na coluna e tornozelos

Caso 02. Paciente do sexo feminino, 06 anos de idade.

Frequenta escola regular e necessita de dispositivos auxiliares de mobilidade para sentar-se na sala de aula e para locomoção.

Faz uso de órtese suropodálica e de posicionamento de punho e dedos.

Utiliza medicamentos para crises convulsivas, que ainda estão sendo controlados.

Na escola precisa de um cuidador ou responsável para hora do lanche e para ser conduzido

Caso 03. Paciente sexo feminino, 05 anos de idade.

Dependente para todas as trocas posturais e cuidados de vida diária.

Apresenta crises convulsivas de difícil controle. Apresenta problemas de constipação.

É carregado no colo e não fica em pé. Não frequenta escola e passa o dia todo com a avó materna.

Caso 04. Paciente do sexo masculino, 02 anos de idade.

Interage com a família através de sons e gestos, toma banho em banheira

Nunca fez acompanhamento em serviço de reabilitação.

Passa o dia todo na creche. Mãe leva um assento adaptado para que ele possa brincar com as outras crianças.

Caso 05. Sexo masculino 10 anos, vítima de traumatismo crânio-encefálico há 2 meses.

Está acamado, dependente para todas as trocas posturais. Não possui controle de esfínteres.

Alimenta-se através de sonda nasointestinal.

Família com dificuldades para realizar curativos e detectar sinais de crises convulsivas, que ainda estão descontroladas.

Devido ao período de internação apresenta úlceras por pressão na região dos maléolos e occipital.

Pobre interação com o meio.

Caso 06. Paciente do sexo feminino, 10 anos de idade.

Faz uso de órteses de posicionamento de membros inferiores e membros superiores.

Possui cadeira de rodas com dispositivos de ajustes posturais de acordo com sua condição física, que inclui apoio de cabeça e de tronco.

As crises convulsivas estão controladas e o medicamento está ajustado de acordo com o peso da criança.

Faz uso de gastrotomia e traqueostomia e não há queixas quanto aos cuidados.

Mãe realiza movimentos passivos diariamente conforme orientado em serviço de reabilitação.

Caso 07. Paciente do sexo feminino, 08 anos de idade.

Rola para ambos os lados em busca de brinquedos e senta com auxílio para assistir vídeos em celular da mãe.

Possui um par de órteses suropodálicas fixas e um colete para auxiliar na sustentação do tronco. Possui cadeira de rodas com encosto e assento adaptado.

Faz uso de medicamentos anticonvulsionantes com controle das crises.

Está em escola regular, mas passado por dificuldades na inclusão.

Caso 08. Paciente do sexo feminino, 06 anos de idade.

Possui cadeira de rodas para longas distâncias e um andador posterior para uso domiciliar.

Retira camisa, calça e vestido de forma independente. Necessita de auxílio para vestir-se.

Frequenta escola regular, mas vem apresentando dificuldades quanto a escrita. Recebe orientação quanto a dieta laxativa durante períodos de constipação.

Caso 09. Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade.

Sequela de retirada de tumor cerebral levando a um quadro de diplegia.

Capaz de impulsionar cadeira de rodas em locais planos e deambula com auxílio de um andador.

Senta-se com apoio, alimenta-se, vestes-se e toma banho de forma independente, sendo este realizado em cadeira de banho.

Realiza fisioterapia três vezes na semana e nos outros dias realiza exercícios domiciliares orientados por equipe multidisciplinar e nos períodos de interrupção no período de internação.

As crises convulsivas estão controladas e a equipe médico iniciou processo de desmame desta medicação.

Caso 10. Paciente do sexo masculino, 03 anos de idade, deambula de forma independente.

Faz uso de órtese suropodálica à esquerda. É independente para todas as atividades de vida diária.

Apresentando dificuldade em relação a fala e linguagem

APÊNDICE 02. Formulário para mapeamento dos serviços de reabilitação nos municípios da DRS XIII.

Demanda Reprimida em Reabilitação Física		
Área	Número de Guias	Número de Pacientes
Neurologia		
Neuro Pediatria		
Ortopedia		
Cardiologia		
Reumatologia		
Geriatria		
Saúde da Mulher		
Pneumologia		
Outros		

Recursos Humanos em Reabilitação Física			
Profissional	Nº de Profissionais	Carga Horária Semanal	Pacientes/Dia
Fisioterapeuta			
Terapeuta Ocupacional			
Fonoaudiólogo			
Enfermeiro			
Nutricionista			
Assistente Social			

Em Atendimento em Reabilitação Física		
Área	Número de Pacientes	Duração Média da Reabilitação
Neurologia		
Neuro Pediatria		
Ortopedia		
Cardiologia		
Reumatologia		
Geriatria		
Saúde da Mulher		
Pneumologia		
Outros		

APÊNDICE 03: Critérios de elegibilidade para reabilitação nos diferentes níveis de complexidade da RCPD da DRS XIII

Critérios para Reabilitação Neurologia Adulto
PACIENTES COM AVC E TCE

NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIO

Tempo de lesão inferior a 1 ano
Não ter realizado reabilitação prévia
Inabilidade para realizar transferências, trocas posturais e/ ou marcha de forma independente
Dependência total ou parcial AVDs
Intolerância em permanecer na posição em pé
Paciente necessita de orientações e capacitação quanto à prevenção de complicações secundárias à lesão, como: deformidades, úlceras por pressão e complicações respiratórias
Pacientes que apresentam alto risco (braden de 06- 12) para desenvolvimento de lesão por pressão como também pacientes que já possuem lesão por pressão instalada sendo estas estágio 1,2,3 e 4, lesão por pressão não classificável e lesão por pressão tissular profunda sem sinais aparentes de infecção
Cuidador/ paciente necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Apresentar alterações de linguagem e/ ou fala e deglutição
Necessitar de vias alternativas para alimentação (sonda/gastrostomia)
Necessidade de ajustamento do controle emocional
Dependência total ou parcial no autocuidado e manobras de esvaziamento intestinal e vesical
Necessidade de investigação de diagnósticos complementares
Dor musculoesquelética de difícil controle
Apresentar alterações cognitivas
Ter condições sociais, transporte e acompanhante, para comparecer de 2 a 3 vezes por semana

NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO

Mais de 1 ano de lesão
Ter realizado protocolo no CER IV por mínimo 14 semanas e máximo 28 semanas, atingindo ou não objetivos estipulados
Melhora de mínimo 20% na escala MIF

Realizar transferências e trocas posturais sem ou mínimo auxílio
Realizar marcha independente ou com meio auxiliar
Paciente e cuidadores orientados e capacitado em relação à prevenção de complicações secundárias à lesão, deformidades e complicações respiratórias
Paciente com risco moderado (braden de 13- 18) para desenvolvimento de lesão por pressão. Pacientes/cuidador orientados e capacitados para prevenção de lesão por pressão e quanto a terapêutica apropriada para tratamento da lesão instalada sendo estas estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Paciente capacitado em relação ao manejo da bexiga e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Habilidade de auxiliar nos cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene
Habilidade de realizar transferência básica independente ou assistida de forma segura previamente orientado
Aquisição parcial ou total de ortostatismo
Aquisição da posição sentada
Prognóstico de melhora da fala e linguagem
Necessidade de completar reabilitação de deglutição

NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIO

Necessidade de acompanhamento das orientações ao paciente e cuidador
Manutenção ou acompanhamento das habilidades adquiridas de acordo com o nível da lesão e condições clínicas, incluindo cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário), trocas posturais, transferências, manejo da bexiga e intestino.
Paciente com risco mínimo (braden de 19- 23) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção pela Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Assistência Domiciliar.
Necessidade exclusiva de acompanhamento fisioterapêutico, ou seja, ausência de demanda de outras áreas
Necessidade de seguimento de complicações de upp e dispositivos auxiliares de respiração

PACIENTES COM TETRAPLEGIA

NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIO

Duração do protocolo: 14 semanas, podendo ser prorrogado por mais 14 semanas

Intolerância em permanecer na posição sentada
Condições respiratórias que necessitem de intervenção médica/ fisioterapêutica/ enfermagem.
Cuidador/ paciente necessitam de orientações e capacitação quanto à prevenção de complicações secundárias à lesão medular, como: deformidades e complicações respiratórias
Pacientes que apresentam alto risco (braden de 06- 12) para desenvolvimento de lesão por pressão como também pacientes que já possuem lesão por pressão instalada sendo estas estágio 1,2,3 e 4, lesão por pressão não classificável e lesão por pressão tissular profunda sem sinais aparentes de infecção
Cuidador/ paciente necessitam de capacitação em relação ao cateterismo vesical intermitente e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Sintomas de depressão avaliadas pelo instrumento “Inventário de Depressão de Beck” - BDI: pontuação de 20 a 63 (depressão moderada e grave)
Medida de Independência de Medula Espinhal - Escore do instrumento SCIM III de 25 pontos ou menos (dependência total)

NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO

Realização de mudanças de decúbito de maneira assistida ou não
Boa tolerância em permanecer na posição sentada
Adequadas condições respiratórias de acordo com o nível de lesão medular
Cuidador/ paciente orientados e capacitados em relação à prevenção de complicações secundárias à lesão medular, como deformidades e complicações respiratórias
Paciente com risco moderado a alto (braden de 06- 18) para desenvolvimento de lesão por pressão. Pacientes/cuidador orientados e capacitados para prevenção de lesão por pressão e quanto a terapêutica apropriada para tratamento da lesão instalada sendo estas estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Cuidador/ paciente capacitados em relação ao cateterismo vesical intermitente e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Depressão avaliada pelo instrumento “Inventário de Depressão de Beck” - BDI: pontuação de 0 a 19 (nenhuma depressão ou depressão leve)
Medida de Independência de Medula Espinhal - Escore do instrumento SCIM III de 26 pontos ou acima
Cumprimento do tempo de protocolo estabelecido pela equipe multiprofissional

NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIO

Necessidade de acompanhamento das orientações ao paciente e cuidador
Manutenção ou acompanhamento das habilidades adquiridas de acordo com o nível de lesão medular e condições clínicas, incluindo cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário), trocas posturais, transferências, cuidados com a pele, manejo da bexiga e intestino.
Paciente com risco mínimo a moderado (braden de 13- 23) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção pela Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Assistência Domiciliar.
Necessidade exclusiva de acompanhamento fisioterapêutico, ou seja, ausência de demanda de outras áreas da reabilitação

PACIENTES COM PARAPLEGIA

NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIO

Inabilidade de auxiliar as mudanças de decúbito ou trocas posturais
Intolerância em permanecer na posição sentada
Ausência completa de controle de tronco
Inabilidade de conduzir cadeira de rodas
Intolerância em permanecer na posição em pé (em mesa ortostática)
Inabilidade de auxiliar na transferência cama-cadeira de rodas (com o uso de prancha de transferência ou não)
Dependência completa para os cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene
Condições respiratórias que necessitem de intervenção médica/ fisioterapêutica/ enfermagem
Paciente necessita de orientações e capacitação quanto à prevenção de complicações secundárias à lesão medular, como: deformidades e complicações respiratórias
Pacientes que apresentam alto risco (braden de 06- 12) para desenvolvimento de lesão por pressão como também pacientes que já possuem lesão por pressão instalada sendo estas estágio 1,2,3 e 4, lesão por pressão não classificável e lesão por pressão tissular profunda sem sinais aparentes de infecção
Pacientes que necessitem de capacitação em relação ao cateterismo vesical intermitente e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Sintomas de depressão avaliadas pelo instrumento “Inventário de Depressão de Beck” - BDI: pontuação de 20 a 63 (depressão moderada e grave)
Medida de Independência de Medula Espinhal - Escore do instrumento SCIM III de 50 pontos ou menos (dependência severa ou total)

NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO

Habilidade de auxiliar as trocas posturais, incluindo as mudanças de decúbito e assumir a posição sentada
Boa tolerância em permanecer na posição sentada
Controle de tronco compatível com o nível de lesão
Habilidade de conduzir cadeira de rodas
Boa tolerância em permanecer na posição em pé (em mesa ortostática ou não)
Habilidade de realizar transferência cama-cadeira de rodas de maneira assistida ou não
Habilidade de auxiliar nos cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene
Paciente orientado e capacitado em relação à prevenção de complicações secundárias à lesão

medular, deformidades e complicações respiratórias
Paciente com risco moderado (braden de 13- 18) para desenvolvimento de lesão por pressão. Pacientes/cuidador orientados e capacitados para prevenção de lesão por pressão e quanto a terapêutica apropriada para tratamento da lesão instalada sendo estas estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Paciente capacitado em relação ao autocateterismo e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal.
Depressão avaliada pelo instrumento “Inventário de Depressão de Beck” - BDI: pontuação de 0 a 19 (nenhuma depressão ou depressão leve)
Medida de Independência de Medula Espinhal - Escore do instrumento SCIM III de 51 pontos ou acima
Cumprimento do tempo de protocolo estabelecido pela equipe multiprofissional

NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIO

Necessidade de acompanhamento das orientações ao paciente e cuidador
Manutenção ou acompanhamento das habilidades adquiridas de acordo com o nível de lesão medular e condições clínicas, incluindo cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário), trocas posturais, transferências, manejo da bexiga e intestino.
Paciente com risco mínimo (braden de 19- 23) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção pela Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Assistência Domiciliar.
Necessidade exclusiva de acompanhamento fisioterapêutico, ou seja, ausência de demanda de outras áreas da reabilitação

LESÃO ENCEFÁLICA INFANTIL

NÍVEL DE ATENÇÃO TERCIÁRIO

Duração do protocolo: 14 semanas, podendo ser prorrogado por mais 14 semanas

Pacientes GMFCS V (menor que 6 anos de idade)¹
Condições respiratórias que necessitem de intervenção médica/ fisioterapêutica/ enfermagem.
Cuidador que necessita de orientações e capacitação quanto à prevenção de complicações secundárias, como: deformidades e complicações respiratórias.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Cuidador que necessita de treinamento em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e vias de alimentação.
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Paciente que necessita de prescrição de cadeira de rodas, cadeira de banho e órteses de acordo com a necessidade (equipamentos de reabilitação).
Paciente que necessita de seguimento médico e ajustes da terapia medicamentosa.
Medida da função motora grossa- GMFM menor que 10%.

Pacientes GMFCS IV (menor que 6 anos de idade)¹
Paciente que necessita de auxílio total para as trocas posturais, incluindo as mudanças de decúbito e assumir a posição sentada com apoio.
Cuidador que necessita de orientações e capacitação quanto à prevenção de complicações secundárias, como: deformidades e complicações respiratórias.
Cuidador que necessita de treinamento em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e vias de alimentação.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Paciente que necessita de prescrição de cadeira de rodas, cadeira de banho e órteses de acordo com a necessidade (equipamentos de reabilitação).
Paciente que necessita de prescrição de Tecnologia Assistiva de acordo com a necessidade (escolares e Atividades de Vida Diária).

Orientações em relação a inclusão escolar.
Paciente que necessita de seguimento médico e ajustes da terapia medicamentosa.
Medida da função motora grossa- GMFM menor que 25%.

¹ Paciente maior que 6 anos de idade será submetido apenas à orientações multiprofissionais e encaminhado para nível primário; se o paciente nesta faixa etária for submetido a um procedimento cirúrgico poderá ser inserido em protocolo.

Pacientes GMFCS III (menor que 6 anos de idade)¹
Paciente incapaz de realizar trocas posturais e transferências de forma independente.
Paciente incapaz de conduzir cadeira de rodas e/ou de conduzir outro dispositivo auxiliar de marcha.
Paciente incapaz de auxiliar nos cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene.
Cuidador que necessita de treinamento em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e vias de alimentação.
Cuidador que necessita de treinamento em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e vias de alimentação.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Paciente que necessita de prescrição de Tecnologia Assistiva de acordo com a necessidade (escolares e Atividades de Vida Diária).
Orientações em relação a inclusão escolar.
Paciente que necessita de seguimento médico e ajustes da terapia medicamentosa.
Medida da função motora grossa- GMFM menor que 35%.

Pacientes com Lesão Encefálica Adquirida (tempo de lesão menor ou igual a 2 anos ou até 6 meses de pós- operatório).
Paciente incapaz de auxiliar as trocas posturais, incluindo as mudanças de decúbito e assumir a posição sentada com apoio, capacidade de conduzir cadeira de rodas e/ou de conduzir outro dispositivo auxiliar de marcha, de acordo com o nível funcional do paciente.
Cuidador ou paciente incapazes de realizar os cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene, de acordo com o nível funcional do paciente.
Cuidador que necessita de orientações e capacitação quanto à prevenção de complicações

secundárias, como: deformidades, úlceras por pressão e complicações respiratórias
Cuidador que necessita de treinamento em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e vias de alimentação.
Cuidador que necessita de treinamento em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e vias de alimentação.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Paciente que necessita de prescrição de cadeira de rodas, cadeira de banho e órteses de acordo com a necessidade (equipamentos de reabilitação).
Paciente que necessita de prescrição de Tecnologia Assistiva de acordo com a necessidade (escolares e Atividades de Vida Diária).
Orientações em relação a inclusão escolar.
Paciente que necessita de seguimento médico e ajustes da terapia medicamentosa.

¹ Paciente maior que 6 anos de idade será submetido apenas à orientações multiprofissionais e encaminhado para nível primário; se o paciente nesta faixa etária for submetido a um procedimento cirúrgico poderá ser inserido em protocolo.

NÍVEL DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO

Pacientes GMFCS V
Cuidador treinado em relação à prevenção de complicações secundárias à lesão encefálica, como contraturas/ deformidades e complicações respiratórias. Esse aspecto envolve as orientações quanto às movimentações passivas, estimulação sensorial, posicionamento correto no leito e cadeira de rodas.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Cuidador treinado em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e manutenção da via de alimentação.
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Prescrição de cadeira de rodas, cadeira de banho e órteses de acordo com a necessidade.
Acompanhamento médico e terapia medicamentosa adequada.
Medida da função motora grossa- GMFM igual ou maior que 10%.

Pacientes GMFCS IV
Capacidade de auxiliar as trocas posturais, incluindo as mudanças de decúbito e assumir a posição sentada com apoio.
Cuidador treinado em relação à prevenção de complicações secundárias à lesão encefálica, como contraturas/ deformidades e complicações respiratórias. Esse aspecto envolve as orientações quanto às movimentações passivas, estimulação sensorial, posicionamento correto no leito e cadeira de rodas.
Cuidador treinado em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e manutenção da via de alimentação.
Prescrição de cadeira de rodas, cadeira de banho, órteses e andador de acordo com a necessidade.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Prescrição de Tecnologia Assistiva de acordo com a necessidade (escolares e Atividades de Vida Diária).
Orientações em relação a inclusão escolar.
Acompanhamento médico e terapia medicamentosa adequada.
Medida da função motora grossa- GMFM igual ou maior que 25%.

Pacientes GMFCS III
Trocas posturais e transferências de forma independente.
Capacidade de conduzir cadeira de rodas e/ou de conduzir outro dispositivo auxiliar de marcha.
Capacidade de auxiliar nos cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene.
Cuidador treinado em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e manutenção da via de alimentação.
Cuidador treinado em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e manutenção da via de alimentação.
Prescrição de cadeira de rodas, cadeira de banho, órteses e dispositivos auxiliares de marcha de acordo com a necessidade.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia

comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Prescrição de Tecnologia Assistiva de acordo com a necessidade (escolares e Atividades de Vida Diária).
Orientações em relação a inclusão escolar.
Acompanhamento médico e terapia medicamentosa adequada.
Medida da função motora grossa- GMFM igual ou maior que 35%.

Pacientes com Lesão Encefálica Adquirida
Capacidade de auxiliar as trocas posturais, incluindo as mudanças de decúbito e assumir a posição sentada com apoio, capacidade de conduzir cadeira de rodas e/ou de conduzir outro dispositivo auxiliar de marcha, de acordo com o nível funcional do paciente.
Capacidade de auxiliar nos cuidados pessoais, como alimentação, vestuário e higiene, de acordo com o nível funcional do paciente.
Cuidador necessitam de capacitação em relação ao manejo da bexiga(terapia comportamental) e manobras de estimulação e esvaziamento intestinal
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q < 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção.
Cuidador treinado em relação aos sinais de crises convulsivas, sinais de constipação, sinais de alteração da deglutição e manutenção da via de alimentação.
Cuidador treinado em relação à prevenção de complicações secundárias à lesão encefálica, como contraturas/ deformidades e complicações respiratórias. Esse aspecto envolve as orientações quanto às movimentações passivas, estimulação sensorial, posicionamento correto no leito e cadeira de rodas.
Prescrição de cadeira de rodas, cadeira de banho e órteses e dispositivos auxiliares de marcha de acordo com a necessidade.
Prescrição de Tecnologia Assistiva de acordo com a necessidade (escolares e Atividades de Vida Diária).
Orientações em relação a inclusão escolar.
Acompanhamento médico e terapia medicamentosa adequada.

NÍVEL DE ATENÇÃO PRIMÁRIO

Necessidade de acompanhamento das orientações ao paciente e cuidador.
Manutenção ou acompanhamento das habilidades adquiridas de acordo com o GMFCS e condições clínicas, incluindo cuidados pessoais (alimentação, higiene, vestuário), trocas posturais, transferências, cuidados com a pele, contraturas/ deformidades e complicações respiratórias.
Paciente acima de 1 ano com risco alto (braden Q $\geq$ 22) para desenvolvimento de lesão por pressão. Manutenção dos cuidados com a pele ou acompanhamento da lesão por pressão estágio 1,2,3 e 4 sem sinais aparentes de infecção pela Unidade Básica de Saúde ou Serviço de Assistência Domiciliar.
Necessidade exclusiva de uma área de reabilitação, ou seja, ausência de demanda multiprofissional.

APÊNDICE 04: PROTOCOLOS DE REABILITAÇÃO DO NÍVEL TERCIÁRIO PARA OS DIFERENTES PERFÍS ESTUDADOS

Protocolo reabilitação neurológico adulto agudo nível terciário (Alta Complexidade)

Situação clínica: Pacientes com lesões agudas estáveis do SNC, principalmente AVC ou TCE, podendo incluir pós-operatório neurocirúrgico, infecções ou anóxia.

Frente a afecção neurológica em fase aguda ou sub-aguda:

Lesões instaladas há 6 meses ou menos.

Paciente frequentemente chega ao serviço totalmente dependente em maca sem controle de tronco, após tempo de internação prolongado, totalmente dependente para realizar as atividades de vida diária e para qualquer transferência, sem controle de esfíncteres normalmente necessita de sondas, pode estar traqueostomizado e com dificuldades de alimentação.

Tipicamente, o indivíduo pode apresentar as demandas funcionais:

- Dependência para atividades de vida diária
- Dependência para locomoção
- Mau controle da deglutição e ventilação
- Dor musculoesquelética ou neuropática
- Alterações de comportamento ou humor
- Convulsões
- Deformidades musculoesqueléticas
- Necessidade de adaptação de OPM

Tempo: No máximo 14 semanas, com prorrogação para 14 semanas após reavaliação e discussão em reunião de equipe. Caso o paciente tenha atingido os objetivos traçados ou não atenda ao critérios de inclusão antes do período proposto, o caso será discutido em reunião de equipe e antecipada a reavaliação e dado alta antecipada

Objetivos gerais:

- Promover a independência na realização das atividades de vida diária e propor adaptações e tecnologia assistiva;
- Avaliar e tratar os transtornos cognitivos, emocionais, sono e comportamento;
- Melhorar ou reaquisição da funcionalidade;
- Iniciar treino de força muscular e coordenação motora;
- Realizar treino de controle de tronco e transferências em diversos decúbitos;
- Iniciar ortostatismo;
- Locomoção e ajuste postural adequado;
- Adaptação e enfrentamento a nova situação;
- Orientação de cuidados com a pele e funções gastrointestinais;
- Realizar reabilitação da deglutição e comunicação;
- Realizar orientações gerais aos cuidadores;
- Prescrição e treino de meios auxiliares de marcha (cadeira de rodas e adaptação postural adequada do paciente sentado na cadeira, andador, muletas);
- Prescrição de órteses.
- Sugerir modificações ambientais no domicílio e outros locais de convívio

- Preparo para retomada de papéis sociais
- Encaminhamento para serviços especializados para continuidade das intervenções de reabilitação após a alta

MÉDICO

Avaliação de aptidão (Critérios de inclusão):

História e exame físico.

Confirmação do diagnóstico.

Avaliação da estabilidade clínica suficiente para suportar a demanda da reabilitação.

Avaliação de condições mórbidas concorrentes e seu impacto sobre o processo e prognóstico de reabilitação. Verificação da necessidade de acompanhamento por outros especialistas.

Avaliação da capacidade física para participar do programa multidisciplinar.

Avaliação musculoesquelética, dor e cardiovascular.

Avaliação da capacidade cognitiva e emocional para participar do programa multidisciplinar.

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Nível de consciência

Transtornos cognitivos e emocionais

Avaliação de força, coordenação e sensibilidade

Avaliação funcional de marcha e transferências

Avaliação da dor

Nível de dependência para atividade de vida diária

Necessidade de ortetização e meios auxiliares de locomoção

Frequência: 1 vez a cada 14 semanas

Avaliação final e conduta: Consulta médica no ambulatório ao fim do protocolo.

Encaminhamento para outros recursos da comunidade e Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto

Determinação do prognóstico funcional.

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar situação previdenciária, de transporte e acompanhante.

Orientar funcionamento do protocolo de reabilitação.

Orientar sobre Direito das Pessoas com Deficiência.

Atender às necessidades que surgiram no decorrer do tratamento, tanto do usuário, quanto da equipe de reabilitação.

Frequência: 1 vez a cada 14 semanas e conforme demanda

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação das capacidades funcionais nas doenças neurológicas como transferências, trocas posturais, locomoção, e uso de meios auxiliares de locomoção e órteses

Treino de independência funcional: ortostatismo, treino de transferência e trocas posturais, ajustes posturais e controle de tronco em diversas posições, fortalecimento e recrutamento muscular, treino de uso de meios auxiliares de locomoção (cadeira de rodas, andador, muletas) e adequação do uso das órteses prescritas, treino de marcha, orientação ao paciente e cuidador

Instrumentos utilizados:

Amplitude de movimento –Tônus e trofismo muscular - Escala de Ashworth

Força - teste de força muscular manual (0 a 5)

Time Up And Go

Tinetti

Rivermead

Frequência: 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Encaminhamentos para outros serviços de reabilitação, Manutenção no protocolo de reabilitação, Alta

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação do desempenho ocupacional nas áreas: atividades de vida diária, instrumentais e práticas, educação, trabalho, jogos/brincadeiras, lazer, participação social, sono.

Treino dos componentes deficitários (componente sensório-motor, neuro-músculo-esquelético, motor, integração cognitiva e componentes cognitivos)

Treino das áreas deficitárias: atividades de vida diária, atividades de vida diária, instrumentais e prática, educação, trabalho, jogos/brincadeiras, lazer, participação social, sono.

Instrumentos utilizados:

Medida de Independência Funcional

AUTOCAUIDADO: Alimentação, higiene pessoal, Banho, vestir metade Superior, vestir metade Inferior, Utilização do vaso sanitário; CONTROLE DE ESFÍNCTERES: Controle de urina e controle das fezes; MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS: leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira e chuveiro; LOCOMOÇÃO: marcha/cadeira de rodas e Escadas; COMUNICAÇÃO E COGNIÇÃO SOCIAL: Compreensão, Expressão, Interação Social, Resolução de problemas e Memória. Escore de 18 a 126

Escala de Lawton e Brody se necessário (avaliação de atividades de vida diária, instrumentais ou práticas)

Teste de força muscular manual, força de preensão palmar (dinamômetro Jamar) e pinça (dinamômetro Pinch) para hemiparéticos.

ACE- R addenbrooke's cognitive examination teste de RASTREIO para componentes cognitivos (Orientação, registro, atenção e concentração, memória, fluência verbal, linguagem, habilidades visuais-espaciais, habilidades perceptivas).

Frequência: 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Encaminhamentos para outros serviços de reabilitação, Manutenção no protocolo de reabilitação, Alta

ENFERMAGEM

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação do déficit no cuidado/autocuidado: banho, higiene pessoal , secar-se, vestir-se, alimentar-se, Ingesta hídrica, deslocar-se , mudança de decúbito, descompressão isquiática.

Reeducação em disfunções Vesicais: uso de dispositivos de incontinência e diário miccional.

Reeducação em disfunções intestinais: capacitação para treino de vaso, manobras de esvaziamento intestinal e dispositivos de incontinência. Escala de Bristol (reaplicar a cada 3 meses)

Saúde da Pele: Avaliar pacientes cirúrgico sepultamento de calota craniana em região abdominal

Prevenção de Úlcera por pressão e – Escala Braden (reaplicação a cada 3 meses).

Prescrição e uso de dispositivos de alívio de pressão.

Fotografar a lesão para acompanhamento através da imagem da evolução da ferida evolução mensuração em Prontuário eletrônico.

Dermatite associada a incontinência e tratamento.

Avaliação do grau de dependência nos cuidados pessoais, esfínteres e mobilidade -Índice de Barthel (reaplicar a cada 3 meses):

Cuidados com estoma: manejo de recursos materiais com dispositivos.

Prevenção de quedas: capacitação para transferências e movimentação com segurança

Adaptação ao uso de medicamentos: (uso de escala visual manhã tarde e noite), orientar a importância do uso correto dos medicamentos

Prescrição de dispositivos auxiliares (bolsas de colostomia, bolsas urinárias, cateteres, coletores urinários, plug anal, almofadas e colchões

Referência e contra-referência (Relatório Multiprofissional) para serviços de atenção básica

Imunização: Avaliação do calendário vacinal dos pacientes em tratamento e atualização dos mesmos.

Cuidados com sonda nasoentérica, gastrostomia, jejunostomia e tratamento.

Monitorização dos Sinais Vitais

Visita domiciliar quando indicado para avaliação do cuidado realizado no domicílio

Frequência: 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Encaminhamentos para outros serviços de reabilitação, Manutenção no protocolo de reabilitação ou Alta

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação de todos os pacientes elegíveis do protocolo para identificação de presença de demandas psicológicas, que definirá a inserção do paciente na vaga de protocolo com psicologia individual, vaga de protocolo sem psicologia.

Intervir de forma a minimizar os efeitos das alterações emocionais associadas ao quadro clínico

Identificação de recursos de enfrentamento ao paciente em reabilitação

Melhorar repertório de enfrentamento do paciente

Adequação de expectativas do paciente e familiares acerca do tratamento de reabilitação

Diminuir sintomas de depressão e stress no paciente e de sobrecarga no cuidador

Melhorar qualidade de vida do paciente e do cuidador

Avaliação de déficits cognitivos (presença e extensão dos mesmos) se o score < 26/30 na *Montreal Cognitive Assessment*

WAIS – Escala de inteligência Weschler para adultos

Matrizes progressivas de Raven

RAVLT – teste de aprendizagem auditivo verbal de Rey

Teste de trilhas

Teste Wisconsin de Classificação de cartas

Teste da figura complexa de Rey

Frequência: 1 vez por semana

Avaliação final e conduta: Encaminhamentos para outros serviços de reabilitação, Manutenção no protocolo de reabilitação, Alta

FONOAUDIOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação clínica da deglutição (Aplicação do Protocolo de avaliação de risco para disfagia).

Aplicação da Escala Funcional de Ingestão por via oral.

Solicitação de exame objetivo da deglutição quando necessário.

Reabilitação da deglutição

Orientações gerais aos cuidadores relacionadas à alimentação.

Aplicação do Protocolo M1 alpha para avaliação da linguagem

Aplicação do Protocolo de Avaliação da Fala (instrumento elaborado pelo próprio serviço)

Reabilitação da fala e da linguagem. Adaptação de comunicação alternativa.

Frequência: 1 vez por semana

Avaliação final e conduta: Encaminhamentos para outros serviços de reabilitação, Manutenção no protocolo de reabilitação ou Alta

Protocolo reabilitação neurológico adulto crônico nível terciário (Alta Complexidade)

Situação clínica: Paciente com lesões agudas estáveis do sistema nervoso central, principalmente Acidente vascular cerebral e Traumatismo Cranio Encefálico, podendo incluir pós-operatório neurocirúrgico, infecções ou anóxia, com duração de lesão maior de 6 meses.

Tempo: No máximo 6 semanas, caso o paciente tenha atingido os objetivos traçados antes do período proposto ou não atenda ao critérios de inclusão, o caso será discutido em reunião de equipe e antecipada a reavaliação e dado alta antecipada.

Objetivos gerais: Completar orientações para pacientes que já frequentaram programas de reabilitação anteriormente no CER ou outros serviço.

Verificar a evolução funcional de pacientes com lesões instaladas há mais que 6 meses ainda não submetidos a reabilitação.

Treinamento funcional e acompanhamento do uso de adaptações, órteses, auxiliares de marcha e cadeira de rodas.

Treinamento funcional de pacientes submetidos a procedimentos que interfiram com a funcionalidade (por exemplo, cranioplastia, tratamento de transtornos emocionais e cognitivos, controle clínico).

MÉDICO

Avaliação de aptidão (Critérios de inclusão):

História e exame físico. Confirmação do diagnóstico.

Avaliação da estabilidade clínica suficiente para suportar a demanda da reabilitação.

Avaliação de condições mórbidas concorrentes e seu impacto sobre o processo e prognóstico de reabilitação. Verificação da necessidade de acompanhamento por outros especialistas.

Avaliação da capacidade física para participar do programa multidisciplinar.

Avaliação da capacidade cognitiva e emocional para participar do programa multidisciplinar.

Avaliação musculoesquelética, dor e cardiovascular.

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Nível de consciência.

Transtornos cognitivos e emocionais.

Avaliação de força, coordenação e sensibilidade.

Avaliação funcional de marcha e transferências.

Avaliação da dor.

Nível de dependência para atividades de vida diária.

Necessidade de ortetização e meios auxiliares de locomoção.

Frequência: 1 vez a cada 6 semanas

Avaliação final e conduta: Consulta médica no ambulatório ao fim do protocolo.

Encaminhamento para outros recursos da comunidade e HCRP.

Determinação do prognóstico funcional.

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação de aptidão (Critérios de inclusão):

Realizar Entrevista Socioeconômica e orientar Manual para paciente do CER.

Atendimento de Grupo.

Atendimento individual (por demanda).

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar situação previdenciária, de transporte e acompanhante. Orientar funcionamento do protocolo de reabilitação.

Orientar sobre Direito das Pessoas com Deficiência.

Atender às necessidades que surgiram no decorrer do tratamento, tanto do usuário, quanto da equipe de reabilitação.

Frequência: 1 vez cada 6 semanas

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação das capacidades funcionais nas doenças neurológicas como transferências, trocas posturais, locomoção, e uso de meios auxiliares de locomoção e órteses.

Treino de independência funcional: ortostatismo, treino de transferência e trocas posturais, ajustes posturais e controle de tronco em diversas posições, fortalecimento e recrutamento muscular, treino de uso de meios auxiliares de locomoção (cadeira de rodas, andador, muletas) e adequação do uso das órteses prescritas, treino de marcha, orientação ao paciente e cuidador.

Instrumentos utilizados:

Amplitude de movimento –Tônus e trofismo muscular - Escala de Ashworth

Força - teste de força muscular manual (0 a 5)

Time Up And Go

Tinetti

Rivermead

Frequência: 1 vez por semanas

Avaliação final e conduta: Encaminhamentos para outros serviços de reabilitação, Manutenção no protocolo de reabilitação, Alta.

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Medida de Independência Funcional

AUTOCAUIDADO: Alimentação, higiene pessoal, banho, vestir metade superior, vestir metade inferior, utilização do vaso sanitário; CONTROLE DE ESFÍNCTERES: Controle de urina e controle das fezes; MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS: leito, cadeira, cadeira de rodas, vaso sanitário, banheira e chuveiro; LOCOMOÇÃO: marcha/cadeira de rodas e Escadas; COMUNICAÇÃO E COGNIÇÃO SOCIAL: Compreensão, Expressão, Interação Social, Resolução de problemas e Memória. Escore de 18 a 126.

Escala de Lawton e Brody se necessário (avaliação de atividades de vida diária, instrumentais ou práticas).

Teste de força muscular manual, força de preensão palmar (dinamômetro Jamar) e pinça (dinamômetro Pinch) para hemiparéticos.

ACE- R addenbrooke's cognitive examination teste de RASTREIO para componentes cognitivos (Orientação, registro, atenção e concentração, memória, fluência verbal, linguagem, habilidades visuais-espaciais, habilidades perceptivas).

Instrumentos utilizados:

Amplitude de movimento –Tônus e trofismo muscular - Escala de Ashwort

Força - teste de força muscular manual (0 a 5)

Time Up And Go

Tinetti

Rivermead

Frequência: 1 vez por semanas

Avaliação final e conduta: Encaminhamentos para outros serviços de reabilitação.

Manutenção no protocolo de reabilitação ou Alta.

ENFERMAGEM

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação do déficit no cuidado/autocuidado: banho, higiene pessoal , secar-se, vestir-se, alimentar-se, ingesta hídrica, deslocar-se , mudança de decúbito, descompressão isquiática.

Reeducação em disfunções vesicais: uso de dispositivos de incontinência e diário miccional.

Reeducação em disfunções intestinais: capacitação para treino de vaso, manobras de esvaziamento intestinal e dispositivos de incontinência. Escala de Bristol (reaplicar a cada 3 meses).

Saúde da Pele: Avaliar pacientes cirúrgico, sepultamento de calota craniana em região abdominal. Prevenção de úlceras por pressão e -Escala Braden (reaplicação a cada 3 meses).

Prescrição e uso de dispositivos de alívio de pressão.

Fotografar a lesão para acompanhamento através da imagem da evolução da ferida, evolução mensuração em prontuário eletrônico.

Dermatite associada a incontinência e tratamento.

Avaliação do grau de dependência nos cuidados pessoais, esfíncteres e mobilidade

Índice de Barthel (reaplicar a cada 3 meses)

Cuidados com estoma: manejo de recursos materiais com dispositivos.

Prevenção de quedas: capacitação para transferências e movimentação com segurança.

Adaptação ao uso de medicamentos: (uso de escala visual manhã tarde e noite), orientar a importância do uso correto dos medicamentos.

Prescrição de dispositivos auxiliares (bolsas de colostomia, bolsas urinárias, cateteres, coletores urinários, plug anal, almofadas e colchões.

Referência e contra-referência (Relatório Multiprofissional) para serviços de atenção básica

Imunização: Avaliação do calendário vacinal dos pacientes em tratamento e atualização dos mesmos.

Cuidados com sonda nasoentérica, gastrostomia, jejunostomia e tratamento.

Monitorização dos Sinais Vitais

Visita domiciliar quando indicado para avaliação do cuidado realizado no domicílio.

Frequência: 1 vez por semanas

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta

Protocolo reabilitação traumatismo raquimedular nível terciário (Alta Complexidade)

Situação clínica: Lesado Medular: Paraplegia e Tetraplegia

Tempo: 3 meses, mas podendo chegar a 6 meses

Objetivos gerais:

Melhorar independência funcional

Adaptação à nova realidade

Prevenção de complicações

MÉDICO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Manejo de complicações: Úlceras por pressão

Dor

Hipotensão Postural

Bexiga e intestino neurogênico

Disreflexia autonômica

Espasticidade/ Automatismo

Ossificação heterotópica

Frequência: Triage e retornos a depender da demanda

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar condições financeiras, de transporte e acompanhante

Identificar necessidades sociais e orientar de acordo

Identificar acompanhantes

Informar sobre regras para participar do protocolo

Frequência: Triage e uma vez a cada 3 meses

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar o desempenho ocupacional nas áreas: paciente pode apresentar-se dependente ou independente para as diversas áreas: atividades de vida diária, atividades de vida diária, instrumentais e prática, educação, trabalho, jogos/brincadeiras, lazer, participação social, sono, promovendo assim independência e/ou autonomia nas áreas ocupacionais que o apresentaram-se deficitárias.

Treino dos componentes deficitários (componente sensório-motor, neuro-musculo-esquelético, motor, integração cognitiva e componentes cognitivos).

Treino das áreas deficitárias: atividades de vida diária, atividades de vida diária, instrumentais e prática, educação, trabalho, jogos/brincadeiras, lazer, participação social, sono.

Prescrição e confecção de órteses

Confecção e treino de tecnologia assistiva

Adequação de ambiência e seus contextos

Reinserção no mercado de trabalho quando necessário.

Instrumentos utilizados:

Medida de Independência Funcional

Medida de dependência de medula espinhal

Frequência: 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

ENFERMAGEM

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação do déficit no auto-cuidado: cuidado das partes do corpo, lavar-se e secar-se (banho de leito e chuveiro), vestir-se, comer, beber, higiene bucal, descompressão isquiática, mobilidade deitado, sentado.

Reeducação em disfunções Vesicais: uso de dispositivos de incontinência e diário miccional.

"Reeducação em disfunções intestinais: capacitação para treino de vaso, manobras de esvaziamento e dispositivos de incontinência.

Escala de Bristol

"Saúde da Pele: Prevenção de úlcera por pressão e tratamento (uso de dispositivos de alívio de pressão)

Orientação ao curativo: Mensuração ; Tratamento; Registro fotográfico; Instrumento

Cuidados com estoma: manejo de recursos materiais com dispositivos e equipamentos

Utilização do Instrumento Medida de dependência de medula espinhal - medir a independência

Alteração da alimentação/ Sonda Naso entérica/ Gastro: orientação e tratamento

Administração de medicamentos - conhecimento do tratamento medicamentoso (escala visual - manhã, tarde, noite)

Prevenção de quedas: capacitação para transferências e movimentação com segurança

Escala para Avaliação do Risco de queda

Cuidados especiais (febre/distensão abdominal/sinais de infecções)

Conhecimento de tecnologias apresentadas no mercado

Prescrição de dispositivos auxiliares (bolsas de colostomia, bolsas urinárias, cateteres, coletores urinários, plug anal, almofadas d'água e colchões

Referência e contra-referência (Relatório Multiprofissional) para serviços de atenção básica

Imunização

Frequência: 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação de alterações emocionais de base ou secundárias à lesão medular

Avaliação de repertório comportamental de enfrentamento da deficiência e tratamento

Avaliação e adequação de expectativas do paciente e familiares acerca do tratamento de reabilitação

Instrumentos utilizados:

Inventário de Depressão de Beck

Questionário de Qualidade de Vida SF-36

Entrevista de Triagem do Ambulatório de Psicologia

Escala de Modos de enfrentamento de Problemas

Frequência: 1 vez por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

Protocolo reabilitação neurológico Infantil (Alta Complexidade)

Situação clínica: Crianças com lesão encefálica

Tempo: 14 semanas, podendo ser prorrogado de acordo com o ganho e necessidade do paciente

Objetivos gerais:

Recuperação de incapacidade

Habilitação de funcionalidade

Adaptação à nova situação

Monitoramento de deformidades

MÉDICO

Avaliação de aptidão (Critérios de inclusão):

Idade entre 6 meses e 17 anos e 11 meses.

Apresentar histórico de lesão encefálica.

Diagnóstico Clínico a saúde de ambulatorios e/ou enfermarias do HC.

Critérios para inclusão: GMFCS (Gross Motor Function

Classification System) III/IV/ V

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Exame neurológico e fisiátrico direcionado.

Exame de imagem

Eletroencefalograma (quando crises), Avaliação pediátrica se necessário.

Frequência: 1 vez a cada 14 semanas

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação da sobrecarga do cuidador primário por meio da Burden interview.

Questionário de qualidade de Vida WHOQOL BREF (paciente e/ou cuidador).

Avaliação cognitiva das crianças

AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA (TESTES) - traçar o perfil cognitivo da criança.

Instrumentos: WISC III (6- 16 anos); Escala de Maturidade Mental Colúmbia (3 anos 6 meses a 9 anos 11 meses);

Matrizes Progressivas de Raven – Escala Colorida 5- 11 anos).

Acompanhamento individual- trabalhar aspectos que possam causar sofrimento ao cuidador e assim prejudicar o tratamento da criança; dificuldade de trabalho em grupo; demanda de acompanhamento cognitivo.

Frequência: Até uma vez por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Orientar sobre Direito das Pessoas com Deficiência.

Atender às necessidades que surgirem no decorrer do tratamento tanto do usuário quanto da equipe de reabilitação.

Frequência: Dependente da demanda da equipe

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação neurofuncional infantil- fisioterapia.

GMFM (a partir 6 meses) gráfico de avaliação- a partir do valor inicial ou AIMS (*Alberta Infant Motor Scale*: 0 a 18 meses ou até marcha independente), quando criança não tiver cognição suficiente para entender comandos da GMFM.

Escala de Mobilidade Funcional: 4 a 17 anos e 11 meses).

Equilíbrio (avaliação do Balance) - Escala de equilíbrio Pediátrica (5- 15 anos).

Marcha (análise observacional da marcha) - *Physician's Rating Scale*. (> 6 anos).

CIF - 6 anos a 17 anos e 11 meses

Estimular as etapas do Desenvolvimento neuropsicomotor, estimular trocas posturais, prevenir contraturas e deformidades, Promover ou aprimorar a marcha, estimular reações de proteção

Frequência: 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação Manual Infantil Geral e Objetiva (AMIGO)

CIF - 6 anos a 17 anos e 11 meses

Objetivos: Estimular desenvolvimento neuropsicomotor através das habilidades de desempenho: Processo, Motora e de Interação Social. Estimular áreas de ocupação: educação e participação. Favorecer autonomia e independência nas atividades de vida diária e brincar.

Avaliação, prescrição e confecção de órteses em material de baixa temperatura.

Orientação familiar e escolar.

Frequência: 1 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

FONOAUDIOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação do desenvolvimento da linguagem.

Observação do comportamento auditivo.

(0-2 anos) Avaliação da deglutição de saliva.

Protocolo de rastreio para disfagia. Classificação da disfagia.

CIF - 6 anos a 17 anos e 11 meses

Objetivos: Estimular o desenvolvimento da linguagem: Habilidades dialógicas ou conversacionais, Funções comunicativas, Meios de comunicação, Níveis de contextualização da linguagem, compreensão verbal, Formas de manipulação dos objetos, Nível de desenvolvimento do simbolismo, Nível de organização do brinquedo, Imitação gestual, Imitação sonora. Estimular o desenvolvimento do sistema sensório-motor oral: adequação das

estruturas orofaciais quanto a postura, mobilidade, tonicidade e sensibilidade, adequação de reflexos.

Adequar funções orofaciais: respiração, sucção, mastigação, deglutição, fonação e fala. Estabelecer segurança durante alimentação: identificar riscos, adequar postura, utensílios, consistência, adaptar manobras protetivas, adaptar manobras facilitadoras, sugerir via de alimentação.

Frequência: 1 vez por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

ENFERMAGEM

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação do déficit no autocuidado: cuidado das partes do corpo, lavar-se e secar-se (banho de leito e chuveiro), vestir-se, comer, beber, higiene bucal, descompressão isquiática, mobilidade deitado, sentado. Reeducação em disfunções vesicais: uso de dispositivos de incontinência.

Reeducação em disfunções intestinais: capacitação para treino de vaso, manobras de esvaziamento e dispositivos de incontinência.

Escala de Bristol.

Saúde da Pele: Prevenção de úlcera por pressão e tratamento (uso de dispositivos de alívio de pressão), assaduras e banho de sol.

Escala braden Q.

Imunização: carteira de vacinação, critérios para não vacinar .

Cuidados com estoma: manejo de recursos materiais com dispositivos e equipamentos.

Alteração da alimentação/ SNE/ Gastro: orientação e tratamento.

Administração de medicamentos - conhecimento do tratamento medicamentoso (escala visual - manhã, tarde, noite).

Prevenção de quedas .

Cuidados especiais (febre/distensão abdominal/sinais de infecções).

Conhecimento de tecnologias apresentadas no mercado.

Prescrição de dispositivos auxiliares (bolsas de colostomia, bolsas urinárias, cateteres, coletores urinários, plug anal, almofadas d'água e colchões Referência e contra- referência

Crescimento e desenvolvimento: fatores intrínsecos (genéticos) e de fatores extrínsecos (ambientais), peso e altura.

Disfagia/deglutição: Sonda nasoentérica, perda de peso avaliação em conjunto com fonoaudióloga.

Oxigenioterapia: cuidados com dispositivos(limpeza e manutenção), saturação aspiração de VAS e traqueostomia.

Crises convulsivas: identificação da crise convulsiva, como agir no momento.

Frequência: 1 a 14 vezes conforme demanda

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

Protocolo reabilitação grupo de estimulação precoce

Situação clínica: Criança de risco para atraso do desenvolvimento motor

Tempo: 8 encontros

Objetivos gerais:

Orientação ao cuidador quanto manuseio adequado e estimulação do dia-a-dia. Estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Adaptação à nova situação.

Monitoramento das deformidades.

MÉDICO

Avaliação de aptidão (Critérios de inclusão):

Constatação de acometendo o nervoso e/o esquelético.

Crianças de risco para paralisia cerebral.

Idade de 0 a 6 meses

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Exame Neurológico Evolutivo

Frequência: 1 vez por semana

Avaliação final e conduta:

Encaminhada ao Ambulatório de triagem multiprofissional infantil

Avaliação dos objetivos proposto

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação qualitativa dos aspectos psicológicos do cuidador e criança. Compreensão do diagnóstico e necessidade da reabilitação (cuidador e criança)

Demanda para aderir a reabilitação (cuidador e criança)

Demanda para encaminhamento – questões pessoais não relacionadas à reabilitação.

Frequência: 01 vez por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos proposto

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Orientar sobre Direito das Pessoas com Deficiência.

Frequência: 01 vez por protocolo

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos proposto

FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Orientações multidisciplinar. Orientações sobre estimulações motoras, sensoriais, sistema vestibular e linguagem.

Orientações sobre posicionamentos e manuseios.

Orientações de estimulações nas atividades de vida diária.

Orientações cognitivas através do brincar.

Estimulação do contato mãe-bebê. Interação social do cuidador.

Frequência: 01 vez por semana

Avaliação final e conduta:

Alberta Infant Motor Scale. Denver (0- 6 anos)

Alberta Infant Motor Scale < ou = 25% associado a risco para atraso - inserir em tratamento individual no protocolo LMI ou LEI ou encaminhar para outro serviço.

Obs. Se, AIMS < ou = 25% sem resultado de risco para atraso no Denver - encaminhar para serviço de menor complexidade. Resultado > 25% - retornos programados para reavaliação.

FONOAUDIOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Observação de sinais clínicos sugestivos de alteração na deglutição.

Orientações para estimulação do desenvolvimento das habilidades comunicativas.

Orientações para estimulação do desenvolvimento dos aspectos cognitivos.

Orientações quanto aos cuidados básicos durante alimentação. Orientações quanto aos hábitos orais deletérios.

Frequência: 01 vez por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos proposto

ENFERMAGEM

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliação do déficit no cuidado: cuidado das partes do corpo, lavar-se e secar-se (banho de leito e chuveiro), vestir-se, comer, beber, higiene bucal, mobilidade deitado, sentado.

Reeducação em disfunções intestinais: manobras de esvaziamento e dispositivos de incontinência, massagem abdominal, dieta laxativa.

Saúde da Pele: Prevenção de UPP e tratamento (uso de dispositivos de alívio de pressão), assaduras e banho de sol.

Imunização: carteira de vacinação e critérios para não vacinar.

Cuidados com estoma: manejo de recursos materiais com dispositivos e equipamentos

Alteração da alimentação/ SNE/ Gastro: orientação e tratamento Administração de medicamentos - conhecimento do tratamento medicamentoso pelos cuidadores (escala visual - manhã, tarde, noite)

Prevenção de quedas.

Cuidados especiais (febre/distensão abdominal/sinais de infecções)

Crises convulsivas: identificação da crise convulsivas, como agir no momento

Prescrição de dispositivos auxiliares (bolsas de colostomia, bolsas urinárias, cateteres, coletores urinários) Referência e contra-referência (Relatório Multiprofissional) para serviços de atenção básica

Crescimento e desenvolvimento: controle peso e altura.

Oxigenoterapia: cuidados com dispositivos (limpeza e manutenção) saturação, aspiração de VAS e traqueostomia

Frequência: 01 vez ou conforme demanda

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos proposto

APÊNDICE 06: Protocolos de reabilitação do nível secundário por perfil do paciente.

Protocolos de Reabilitação Nível Secundário (Média Complexidade)

Protocolo reabilitação neurológico adulto nível secundário (Média Complexidade)

Objetivo Geral: Avaliar, diagnosticar, habilitar e/ou reabilitar pessoas com deficiência física.

Critérios de Inclusão: Pessoas com deficiência física temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

Critérios de Exclusão: Pacientes Oxigênio dependentes; clinicamente instáveis (hipertensão descontrolada, cardiopatias graves, nefropatas crônicos graves, etc); Síndromes demenciais sem alterações motoras; Opção familiar em realizar o atendimento em outro serviço da Rede; Não aceitação da proposta pela família.

MÉDICO

Avaliação Inicial e Definição de Conduta:

Identificar comorbidade clínica ativa que impossibilite trabalho da equipe.

Avaliar a funcionalidade e incapacidade do usuário.

Definir diagnóstico/CID.

Participar de estudo de caso

Solicitar exames laboratoriais e de imagem;

Dar devolutiva da avaliação;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular.

Efetuar encaminhamento para diversas especialidades.

Realizar acompanhamento do caso através de consultas periódicas.

Frequência: De 2 a 12 vezes no ano

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

FONOAUDIÓLOGO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Anamnese com pais e/ou cuidadores. Avaliar sistema sensório motor oral e funções neurovegetativas.

Avaliar linguagem e fala, funções auditivas.

Solicitar e analisar exames complementares;

Participar de diagnóstico interdisciplinar, realizando o diagnóstico específico da área;

Dar devolutiva da avaliação;

Acompanhar e reavaliar periodicamente;

Encaminhar o usuário a outros profissionais; Construir com o usuário e sua família o projeto terapêutico singular;

Aplicar procedimentos fonoaudiológicos: bandagem, comunicação alternativa (pecs , fotos, objetos, figuras, jogos e instrumentos sonoros, figuras do programa Boardmaker e Livox);

Realizar visitas em ambientes domiciliares;

Orientar usuários, familiares e cuidadores.

Instrumentos sugeridos: AMIOFE, PARD, Bateria MAC, Protocolo de Boston, TVFUSP, YAVAS, Prolec, Confias e Método Hanen.

Frequência: 1 a 2 vezes por semana.

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Identificar determinantes sociais, econômicos e culturais (situações de vulnerabilidade social) que possam interferir, impedir ou dificultar o processo de reabilitação.

Orientar o usuário, família, responsáveis e cuidadores, sobre direitos e deveres, rotinas da instituição, cuidados especiais, serviços e recursos sociais, otimização do uso de recursos, normas/códigos e legislações, processos/procedimentos e técnicas;

Pesquisar a realidade social (estudo sócio-econômico; interesses e necessidades do usuário e sua família);

Pesquisar a satisfação do usuário e sua família; Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Denunciar situações-problema; Requisitar acomodações e vagas em equipamentos sociais;

Participar de diagnóstico interdisciplinar;

Realizar visitas em ambientes domiciliares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do

contexto que o usuário está inserido;

Encaminhar (benefícios sociais e previdenciários, etc); Realizar o acompanhamento do caso;

Fomentar a participação da família nas etapas de planejamento, execução e avaliação dos serviços ofertados pelo CER.

Viabilizar transporte.

Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

PSICÓLOGO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar as Funções Mentais e a dinâmica familiar; Aplicar testes psicológicos quando necessário;

Dar devolutiva da avaliação;

Encaminhar usuários a outros profissionais;

Construir com o usuário e sua família o projeto terapêutico singular;

Atender usuários individualmente e/ou em grupos;

Orientar e apoiar suas famílias quanto aos aspectos psicológicos e processos de reabilitação;

Realizar visitas como apoio em ambientes domiciliares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Participar de audiências; **Instrumentos sugeridos:** R1, Escala de Inteligência Wechesler para Adultos (WAIS III), Teste de Inteligência Geral –TIG, HTP, Inventário de depressão BECK, MEEM, CDR.

Frequência: 1 a 2 vezes por semana.

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

Enfermagem

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar as funções: consciência, pele e estruturas, visão, funções vestibulares, sensações associadas à audição, sensação de dor, sinais vitais, sensações associadas ao aparelho digestivo, funções termorreguladoras, controle de esfíncteres e autonomia no autocuidado;

Prestar assistência ao usuário (realizar consultas de enfermagem, atender em domicílio se necessário e cuidados direto aos usuários);

Acionar serviços de urgência e emergência e direcionamento para área no qual for necessário;

Administrar dietas e medicação prescrita;

Acompanhar e reavaliar periodicamente;

Articular com outros serviços de atenção à saúde Orientar à família e aos demais profissionais;

Realizar pré e pós consulta médica;

Manusear dispositivos de oxigenioterapia: cuidados com o mesmo (limpeza e manutenção), saturação, aspiração de vias aéreas superiores e traqueostomia, quando necessário;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Participação em estudos de casos;

Instrumento sugeridos: Escala de Bristol, Escala Braden Q

Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar estruturas e funções neuromusculoesqueléticas; Avaliar mobilidade e marcha;

Avaliar Coordenação motora e postura; Avaliar possibilidade de terapias complementares (Hidroterapia e Equoterapia) Estabelecer diagnóstico fisioterapêutico; Dar Devolutiva da avaliação;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Acompanhar e reavaliar periodicamente; Realizar visitas em ambientes domiciliares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Atender os usuários aplicando técnicas fisioterapêuticas;

Prescrever órteses, dispositivos auxiliares e adaptações;

Dar alta aos usuários que atingirem as metas traçadas no plano terapêutico singular;

Instrumentos sugeridos: Ashworth, EVA, Time up and Go, Tinetti, Índice de BERG, Índice de Barthel, Daniels, MIF e MEEM.

Frequência: 1 a 3 vezes por semana.

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

NUTRIÇÃO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Realizar inquérito alimentar;

Realizar avaliação nutricional (coletar e avaliar dados antropométricos, solicitar exames laboratoriais);

Interpretar indicadores nutricionais (Índice de Massa Corporal e percentis de peso/idade, peso/estatura e estatura/idade);

Realizar o diagnóstico dietético - nutricional; Orientar e acompanhar dietas para casos de obesidade, desnutrição, diabetes ou outras enfermidades;

Acompanhar e reavaliar periodicamente;

Identificar necessidades nutricionais específicas;

Identificar riscos de comorbidades (hipertensão, diabetes e obesidade);

Elaborar plano alimentar; Orientar a família e aos demais profissionais;

Prover educação/orientação/acompanhamento nutricional;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Orientar e solicitar dietas de alto custo e materiais para dietas enterais; Preparar dieta enteral quando necessário.

Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar estruturas e funções neuromusculoesqueléticas, funções de mobilidade, coordenação motora, componentes sensoriais e componentes cognitivos;

Avaliar a rotina

Avaliar participação social; Avaliar e prescrever tecnologias assistivas;

Avaliar necessidades de terapias complementares (Equoterapia) Estabelecer diagnóstico terapêutico ocupacional;

Dar devolutiva da avaliação;

Acompanhar e reavaliar periodicamente;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Realizar visitas em ambientes domiciliares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Atender os usuários aplicando técnicas de terapia ocupacional; Dar alta aos usuários que atingirem as metas traçadas no plano terapêutico singular;.

Instrumentos sugeridos: MIF, Índice de Lawton & Brody, Índice de Barthel, MEEM, ACE.

Frequência: 1 a 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento e/ou realizar alta.

Protocolo reabilitação Traumatismo raquimedular para nível secundário (Média Complexidade).

Situação Clínica: Tetraplegia/ Tetraparesia/Paraplegia/Paraparesia

Objetivo Geral: Recuperação de incapacidades, melhora da independência funcional de acordo com o nível de lesão, adaptação à nova situação, monitoramento de deformidades

Critérios de Inclusão: Referenciado por médico ou pela equipe multidisciplinar

Critérios de Exclusão: Opção familiar em realizar o atendimento em outro serviço na Rede, não aceitação da proposta pela família, faltas consecutivas sem justificativas

MÉDICO

Avaliação Inicial e Definição de Conduta:

Identificar a comorbidade clínica ativa que impossibilite trabalho da equipe.

Avaliar a funcionalidade e incapacidades do usuário.

Definir diagnóstico/CID.

Solicitar exames laboratoriais e de imagem; Dar devolutiva da avaliação;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular.

Efetuar encaminhamento para diversas especialidades.

Realizar acompanhamento do caso através de consultas periódicas. Dar alta clínica.

Frequência: Mensal- Até 4 vezes no ano

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

FONOAUDIÓLOGO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar: avaliar funções mentais da linguagem (recepção e expressão), funções auditivas (detecção, discriminação, localização e lateralização), funções da voz, articulação, fluência e do ritmo da fala, funções de ingestão (sugar, morder, mastigar, manipulação dos alimentos na boca, salivação e deglutição), comunicação (comunicar e receber mensagens), funções orofaciais;

Solicitar, efetuar e analisar exames complementares;

Participar de diagnóstico interdisciplinar, realizando o diagnóstico específico da área (EX: Afasia, Dispraxia oral ou de fala, Disartria, Paralisia Facial);

Dar devolutiva da avaliação;

Encaminhar cliente a outros profissionais;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Aplicar procedimentos fonoaudiológicos (indicar e adaptar tecnologia assistiva, introduzir comunicação alternativa, aperfeiçoar padrões faciais, aperfeiçoar habilidades comunicativas e voz);

Realizar visitas em ambientes domiciliares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Orientar usuários, familiares, cuidadores e responsáveis para a continuidade das atividades de estimulação no ambiente doméstico.

Dar alta clínica.

Frequência: Semanal ou até 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Frequência: Identificar determinantes sociais, econômicos e culturais (situações de vulnerabilidade social) que possam interferir, impedir ou dificultar o processo de reabilitação. Orientar o usuário, família, responsáveis e cuidadores, sobre direitos e deveres, rotinas da instituição, cuidados especiais, serviços e recursos sociais, otimização do uso de recursos, normas/códigos e legislações, processos/procedimentos e técnicas;

Pesquisar a realidade social (estudo sócio-econômico; interesses e necessidades do usuário e sua família);

Pesquisar a satisfação do usuário e sua família;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Denunciar situações-problema;

Requisitar acomodações e vagas em equipamentos sociais;

Participar de diagnóstico interdisciplinar;

Realizar visitas em ambientes domiciliares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Encaminhar (benefícios sociais e previdenciários, etc);

Realizar o acompanhamento do caso;

Fomentar a participação da família nas etapas de planejamento, execução e avaliação dos serviços ofertados pelo CER.

Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar as Funções Mentais (consciência, orientação, intelectual, personalidade, energia e impulsos, atenção, psicomotor, emocional, percepção); Avaliar as interações interpessoais e dos aspectos psicológicos da família;

Participar de diagnóstico interdisciplinar, realizando o diagnóstico específico da área;

Dar devolutiva da avaliação; Ofertar apoio no momento da notícia;

Encaminhar cliente a outros profissionais;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Atender usuários e grupos (acolhimento, oferecer suporte emocional; estabelecer vínculo com o usuário e sua família; trabalhar conflitos e questões; Trabalhar a estimulação psicomotora e psicológica; reabilitar aspectos cognitivos, psicomotores, comportamentais e corporais;

Orientar usuários e suas famílias quanto aos aspectos psicológicos;

Acompanhar usuários (desenvolvimento e a evolução, resultados do atendimento)

Realizar visitas em ambientes domiciliares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Participar de audiências; Dar alta clínica.

Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

ENFERMAGEM

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar as funções: Consciência, pele e estruturas, visão, funções vestibulares, sensações associadas à audição, sensação de dor, funções cardíacas, pressão arterial, aparelho respiratório, defecação, sensações associadas ao aparelho digestivo, funções termorreguladoras, funções miccionais, autonomia no autocuidado;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Prestar assistência ao usuário (realizar consultas de enfermagem, atender usuários em domicílio se necessário, prestar assistência e cuidados diretos aos usuários graves e/ou com risco de morte, realizar procedimentos de maior complexidade técnica, acompanhar a solicitação de exames);

Acionar serviços de urgência e emergência, e direcionamento para área no qual for necessário.

Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar as funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento (Mobilidade e estabilidade das articulações, força e tônus muscular, Reflexos de movimentos involuntários, Controle dos movimentos voluntários, Padrão de marcha, Sensações relacionadas aos músculos e funções do movimento.

Avaliar mobilidade: Mudar a posição básica do corpo, manter e transferir a posição do corpo, Transferir a própria posição, Levantar e carregar objetos, Mover objetos com as extremidades inferiores, Uso fino da mão, Uso da mão e do braço, Andar, Deslocar-se, Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; Avaliar o desenvolvimento motor através do Portage até os 5 anos e 11 meses. Avaliar postura;

Escala utilizada: EVA, ASIA, escala de Ashworth. Estabelecer diagnóstico fisioterapêutico; Dar devolutiva da avaliação;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular (PTS);

Realizar visitas em ambientes domiciliares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Atender os usuários aplicando técnicas fisioterapêuticas;

Identificar e desenvolver habilidades dos usuários;

Prescrever órteses, próteses e adaptações;

Dar alta aos usuários que atingiram as metas traçadas no plano terapêutico singular;.

Frequência: Semanal - 1 a 3 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

NUTRIÇÃO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Realizar inquérito alimentar;

Avaliação nutricional (Coletar e avaliar dados antropométricos, Solicitar exames laboratoriais);

Realizar o diagnóstico dietético – nutricional;

Interpretar indicadores nutricionais (Índice de massa corporal e percentis de peso/idade, peso/estatura e estatura/idade);

Identificar necessidades nutricionais;
 Identificar de riscos de comorbidades (hipertensão, diabetes e obesidade);
 Elaborar plano alimentar Prover educação/orientação/acompanhamento nutricional;
 Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;
 Prestar assistência nutricional aos usuários da instituição;

Frequência: Semanal - Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar a rotina, as funções da Mobilidade (Levantar e transportar objetos, mover objetos com os membros inferiores, movimentos finos da mão, utilização da mão e do braço, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, utilizar transporte);

Avaliar os Componentes sensoriais (sensibilidade, visão e audição), avaliar componente cognitivo (orientação temporal, orientação espacial, função executiva conceitual e motora e memória);

Avaliar os cuidados pessoais (Lavar-se, cuidado com as partes do corpo, cuidados relacionados aos processos de excreção, vestir-se, comer, beber e cuidar da própria saúde);

Avaliar o brincar (faz de conta, substituição de brinquedos, imitação e função do brinquedo);

Avaliar vida doméstica acima de 6 anos (Preparar refeições, realizar as tarefas domésticas, cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros);

Avaliar a vida comunitária, social e cívica (Vida comunitária e recreação e lazer);

Avaliar os produtos e tecnologias (Uso pessoal na vida diária, mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos, educação, trabalho, atividades culturais, recreativas e esportivas, atividades religiosas e vida espiritual);

Avaliar os autocuidados através do Portage até os 5 anos e 11 meses;

Estabelecer diagnóstico terapêutico ocupacional;

Dar devolutiva da avaliação;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular (PTS);

Realizar visitas em ambientes domiciliares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Atender os usuários aplicando técnicas de terapia ocupacional;

Identificar e desenvolver habilidades dos usuários;

Prescrever órteses, próteses e adaptações;

Dar alta aos usuários que atingiram as metas traçadas no PTS.

Frequência: Semanal ou 2 vezes por semana.

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

Protocolo reabilitação neurológico infantil para nível secundário (Média Complexidade).

Objetivo Geral: Avaliar, diagnosticar, habilitar e/ou reabilitar pessoas com deficiência física.

Crítérios de Inclusão: Pessoas com deficiência física temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

Crítérios de Exclusão: Pacientes Oxigênio dependentes; Clinicamente instáveis (hipertensão descontrolada, cardiopatias graves, nefropatas crônicos graves, etc); Síndromes demenciais sem alterações motoras; Opção familiar em realizar o atendimento em outro serviço na Rede; Não aceitação da proposta pela família.

MÉDICO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Identificar comorbidade clínica ativa que impossibilite trabalho da equipe;

Avaliar a funcionalidade e incapacidades do usuário;

Definir diagnóstico/CID;

Participar de estudo de caso;

Solicitar exames laboratoriais e de imagem;

Dar devolutiva da avaliação;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Efetuar encaminhamento para diversas especialidades;

Realizar acompanhamento do caso através de consultas periódicas.

Frequência: Mensal ou de 2 a 12 vezes no ano

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

FONOAUDIÓLOGO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Anamnese com pais e/ou cuidadores. Avaliar sistema sensorio motor oral e funções neuro vegetativas;

Avaliar linguagem e fala, funções auditivas;

Solicitar e analisar exames complementares;

Participar de diagnóstico interdisciplinar, realizando o diagnóstico específico da área;

Dar devolutiva da avaliação;

Acompanhar e reavaliar periodicamente;

Encaminhar o usuário a outros profissionais; Construir com o usuário e sua família o projeto terapêutico singular;

Aplicar procedimentos fonoaudiológicos: bandagem, comunicação alternativa (pecs , fotos, objetos, figuras, jogos e instrumentos sonoros, figuras do programa Boardmaker e Livox);

Realizar visitas em ambientes domiciliares e escolares;

Orientar usuários, familiares e cuidadores;

Dar alta clínica.

Instrumentos sugeridos: AMIOFE, PARD, Portage, ABFW, ADL, TVFUSP, YAVAS, Prolec, Confias e método Hanen.

Frequência: 1 a 2 vezes por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

Assistente Social

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Identificar determinantes sociais, econômicos e culturais que possam interferir, impedir ou dificultar o processo de reabilitação. Orientar o usuário, família, responsáveis e cuidadores, sobre direitos e deveres; Rotinas e normas do serviço, cuidados especiais, serviços e recursos sociais, otimização do uso de recursos, normas/códigos e legislações, processos/procedimentos e técnicas;

Pesquisar a realidade social (estudo sócio-econômico; interesses e necessidades do usuário e sua família);

Pesquisar a satisfação do usuário e sua família;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Denunciar situações-problema;

Requisitar acomodações e vagas em equipamentos sociais;

Participar de diagnóstico interdisciplinar;

Realizar visitas em ambientes domiciliares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Encaminhar (benefícios sociais e previdenciários, etc); Realizar o acompanhamento do caso;

Fomentar a participação da família nas etapas de planejamento, execução e avaliação dos serviços ofertados pelo CER.

Frequência: 2 vezes ao ano e conforme demanda.

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar as Funções Mentais;

Avaliar dinâmica familiar;

Aplicar testes psicológicos quando necessário;

Dar devolutiva da avaliação;

Ofertar apoio no momento da notícia;

Encaminhar usuários a outros profissionais;

Construir com o usuário e sua família o projeto terapêutico singular;

Atender usuários individualmente e/ou em grupos;

Orientar e apoiar suas famílias quanto aos aspectos psicológicos e processos de reabilitação;

Realizar visitas como apoio em ambientes domiciliares, escolares, hospitalares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Participar de audiências;

Dar alta clínica.

Instrumentos sugeridos: Escala Denver, Portage, Escala de Desenvolvimento Gesell adaptada, Escala de maturidade mental Columbia, Teste de matrizes progressivas de Raven, R1, R2, Escala de Inteligência Wechesler para Crianças (WISC IV), Teste de Inteligência Geral

Frequência: 1 vez por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

ENFERMAGEM

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar as funções: consciência, pele e estruturas, visão, funções vestibulares, sensações associadas à audição, sensação de dor, sinais vitais, sensações associadas ao aparelho digestivo, funções termorreguladoras, controle de esfíncteres e autonomia no autocuidado;
Prestar assistência ao usuário (realizar consultas de enfermagem, atender em domicílio se necessário e cuidados direto aos usuários);

Acionar serviços de urgência e emergência e direcionamento para área no qual for necessário;

Administrar dietas e medicação prescrita;

Acompanhar e reavaliar periodicamente;

Articular com outros serviços de atenção à saúde Orientar à família e aos demais profissionais;

Realizar pré e pós consulta médica;

Manusear dispositivos de oxigenioterapia: cuidados com o mesmo (limpeza e manutenção), saturação, aspiração de vias aéreas superiores e traqueostomia, quando necessário;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular; Participação em estudos de casos;

Instrumento sugeridos: Escala de Bristol, Escala Braden Q

Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar estruturas e funções neuromusculoesqueléticas;

Avaliar mobilidade e marcha;

Avaliar Coordenação motora;

Avaliar atividade reflexa e postural;

Avaliar possibilidade de terapias complementares (Hidroterapia e Equoterapia) Estabelecer diagnóstico fisioterapêutico;

Dar Devolutiva da avaliação;

Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;

Acompanhar e reavaliar periodicamente; Realizar visitas em ambientes domiciliares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;

Atender os usuários aplicando técnicas fisioterapêuticas;

Prescrever órteses, dispositivos auxiliares e adaptações;

Dar alta aos usuários que atingiram as metas traçadas no plano terapêutico singular;

Instrumentos sugeridos: AIMS, DENVER II, Inventario Portage, GMFCS, GMFM , Ashworth.

Frequência: 1 a 3 vezes por semana.

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

NUTRIÇÃO

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Realizar inquérito alimentar;

Realizar avaliação nutricional (Coletar e avaliar dados antropométricos, Solicitar exames laboratoriais);
 Interpretar indicadores nutricionais (IMC infantil e percentis de peso/idade, peso/estatura e estatura/idade Realizar o diagnóstico dietético - nutricional;
 Orientar e acompanhar dietas para casos de obesidade, desnutrição, diabetes ou outras enfermidades;
 Acompanhar e reavaliar periodicamente;
 Identificar necessidades nutricionais;
 Identificar riscos de comorbidades (hipertensão, diabetes e obesidade);
 Elaborar plano alimentar; Orientar a família e aos demais profissionais;
 Prover educação/orientação/acompanhamento nutricional;
 Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;
 Orientar e solicitar dietas de alto custo e materiais para dietas enterais; Preparar dieta enteral quando necessário.
Frequência: Semanal, quinzenal ou mensal
Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Avaliar estruturas e funções neuromusculoesqueléticas, funções de mobilidade, coordenação motora, componentes sensoriais e componentes cognitivos;
 Avaliar a rotina, ABVD's e AIVD's, o brincar e/ou participação social;
 Identificar e prescrever tecnologias assistivas;
 Avaliar necessidades de terapias complementares (Equoterapia e Integração sensorial);
 Estabelecer diagnóstico terapêutico ocupacional;
 Dar devolutiva da avaliação; Acompanhar e reavaliar periodicamente;
 Construir com o usuário e sua família o plano terapêutico singular;
 Realizar visitas em ambientes domiciliares, escolares, dependendo da necessidade de conhecimento do contexto que o usuário está inserido;
 Atender os usuários aplicando técnicas de terapia ocupacional;
 Dar alta aos usuários que atingiram as metas traçadas no plano terapêutico singular;.
Instrumentos sugeridos: AIMS, DENVER II, Inventario Portage, MACS, PEDI, Perfil Sensorial, EDM, GMFCS.
Frequência: 1 a 2 vezes por semana.
Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos, manter o acompanhamento, realizar alta.

Apêndice 06: Protocolos de reabilitação do CIR-HERP por perfil do paciente.

Protocolo reabilitação neurológico adulto para CIR-HERP.

Situação clínica: Pacientes com acidente vascular cerebral

Tempo: 6 meses

Objetivos gerais:

Minimizar os efeitos da deficiência

Adaptação a nova condição de saúde

Prevenção de deformidades

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Atendimento Psicológico (instrumentos: entrevistas, aplicação de testes psicológicos de acordo com a idade e diagnóstico clínico).

Objetivos Específicos do atendimento:

Acolher a demanda de angústia inicial, buscando identificar a condição emocional e psicológica que o paciente e/ou a família se encontra e através deste elaborar estratégias de intervenções necessárias;

Trabalhar questões referentes a condição do processo de aceitação do diagnóstico.

- Se necessário, favorecer o processo de reorganização e reestruturação dos papéis e funções do paciente e da família.

Trabalhar junto com a equipe a participação ativa e adequada da família no processo terapêutico.

- Subsidiar a equipe reforçando a importância das orientações necessárias referente aos cuidados do paciente com a família/cuidador.

- Realizar feedback constante durante o acompanhamento psicológico.

- Acompanhar os encaminhamentos realizados.

Frequência: 2 atendimentos por mês

Avaliação final e conduta:

Avaliar as condições psíquicas e o bem estar emocional da família e do paciente.

Fazer devolutiva com o paciente e/ou família.

Discutir caso com a equipe, a fim de fornecer um parecer a respeito do que foi trabalhado e dos resultados alcançados

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Identificar determinantes sociais, econômicos e culturais (situação de vulnerabilidade social) que possam interferir, impedir ou dificultar o processo de reabilitação e através deste elaborar estratégias de intervenções necessárias;

Orientação Social (benefícios sociais e previdenciários, transporte, requerimento de isenção, "passe livre", outros)

Subsidiar a equipe com informações sociais para intervenção inter ou multidisciplinar;

Impulsionar a resolução de problemas emergentes no decorrer do processo de prestação de serviços no sentido de desburocratizar e melhorá-los.

Propiciar e favorecer a participação da família no processo terapêutico junto à equipe.

Articular com a rede socioassistencial, de educação, de saúde, de trabalho e outros (equipamentos sociais próximos da residência do usuário) para encaminhamentos.

Acompanhar os encaminhamentos realizados.

Articular com o setor de transporte da SMS e com o SPPD

Frequência: 1 atendimento por mês

Avaliação final e conduta:

Avaliar a Adesão e participação ativa do usuário e da família no tratamento (taxa de absenteísmo), seguimento das orientações/recomendação do profissional, discutir com a equipe os resultados finais e condutas em cada área assistencial. Conduta provável a depender da avaliação da equipe: articulação com rede socioassistencial, ou outros para encaminhamentos; orientações aos cuidadores/familiares sobre suas responsabilidades, importância no cuidado e seguimento de conduta dada pela equipe (alta, contra-referência); ou continuidade dos atendimentos sociais, caso mude de protocolo.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Dor - EVA

Mobilidade articular - goniometria

Força muscular- teste manual

Tonus - Escala de Ashworth

Coordenação - index in index, nariz e calcanhar joelho

Marcha - *Tinetti* , *Time up and Go*

Equilíbrio- Escala de Tinetti, Romberg, Tandem e One Balance Test

Frequência: 2 vezes por semanas

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

AVD - MIF

AIVD - ADLQ

Função sensorial - Avaliação de Nottingham

Funções mentais - ACE-R

Frequência: 2 vezes por semanas

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos

FONOAUDIOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Deglutição e fala

Frequência: Atendimento conforme demanda

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

Protocolo reabilitação neurológico infantil para CIR-HERP.

Situação clínica: Paralisia Cerebral com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, GMFCS I e II com idade de 2 a 4 anos

Tempo: 6 meses

Objetivos gerais: Estimular o desenvolvimento neuropsicomotor e social

PSICOLOGIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Objetivos Específicos do atendimento:

Acolher a demanda de angústia inicial, buscando identificar a condição emocional e psicológica que o paciente e/ou a família se encontra e através deste elaborar estratégias de intervenções necessárias;

Trabalhar questões referentes a condição do processo de aceitação do diagnóstico.

- Se necessário, favorecer o processo de reorganização e reestruturação dos papéis e funções do paciente e da família.

Trabalhar junto com a equipe a participação ativa e adequada da família no processo terapêutico.

- Subsidiar a equipe reforçando a importância das orientações necessárias referente aos cuidados do paciente com a família/cuidador.

- Realizar feedback constante durante o acompanhamento psicológico.

Frequência: 2 atendimentos por mês

Avaliação final e conduta:

Avaliar as condições psíquicas e o bem estar emocional da família e do paciente.

Fazer devolutiva com o paciente e/ou família.

Discutir caso com a equipe, a fim de fornecer um parecer a respeito do que foi trabalhado e dos resultados alcançados.

ASSISTENTE SOCIAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Identificar determinantes sociais, econômicos e culturais (situação de vulnerabilidade social) que possam interferir, impedir ou dificultar o processo de reabilitação e através deste elaborar estratégias de intervenções necessárias;

Orientação Social (benefícios sociais e previdenciários, transporte, requerimento de isenção, "passe livre", outros)

Subsidiar a equipe com informações sociais para intervenção inter ou multidisciplinar;

Impulsionar a resolução de problemas emergentes no decorrer do processo de prestação de serviços no sentido de desburocratizar e melhorá-los.

Propiciar e favorecer a participação da família no processo terapêutico junto à equipe.

Articular com a rede socioassistencial, de educação, de saúde, de trabalho e outros (equipamentos sociais próximos da residência do usuário) para encaminhamentos.

Acompanhar os encaminhamentos realizados.

Frequência: 1 atendimento por mês

Avaliação final e conduta:

Avaliar a Adesão e participação ativa do usuário e da família no tratamento (taxa de absenteísmo), seguimento das orientações/recomendação do profissional, discutir com a equipe os resultados finais e condutas em cada área assistencial. Conduta provável a depender da avaliação da equipe: articulação com rede socioassistencial, ou outros para encaminhamentos; orientações aos cuidadores/familiares sobre suas responsabilidades, importância no cuidado e seguimento de conduta dada pela equipe (alta, contrarreferência); ou continuidade dos atendimentos sociais, caso mude de protocolo.

FISIOTERAPIA

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Protocolo de avaliação da fisioterapia pelo GMFM

Objetivos específicos:

Caminhar de maneira independente;

Adquirir habilidade de subir e descer escadas e rampas;

Iniciar habilidade de correr e saltar.

Frequência: 2 vezes por semanas

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos

TERAPIA OCUPACIONAL

Avaliação clínica inicial e Objetivos específicos

Protocolo de avaliação do serviço de terapia ocupacional

Guia PORTAGE

Objetivos Específicos:

Adequação de Atividades de Vida diária (AVD), Educação e recreação

Frequência: 1 vez por semanas

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos

FONOAUDIOLOGIA

Avaliação clínica inicial (Instrumentos de avaliação para objetivos específicos)

PROC

ADL

AMIOFE

ABFW

Habilidades metalinguísticas (Memória de trabalho fonológica, CONFIAS e discriminação fonológica)

Frequência: 1 vez por semana

Avaliação final e conduta: Avaliação dos objetivos propostos.

APÊNDICE 07 – Formulários de encaminhamento para a proposta inicial do sistema de referência da RCPD física da DRS XIII

Sistema de Encaminhamento de Reabilitação NEUROLOGIA ADULTO

Nome: _____ CNS: _____
 Diagnóstico Clínico: _____ CID-10: _____ Breve
 histórico da disfunção: _____

Município de origem: _____ Idade: _____

Paciente sofreu lesão medular: () Sim () Não

Paciente diagnosticado com doença degenerativa: () Sim () Não

Necessita de reabilitação

() Multiprofissional () Fisioterapia () Terapia Ocupacional

Tempo de Lesão

() Menor que 1 ano () Maior que 1 ano () Maior que 2 anos

Reabilitação prévia

() Não () Sim, uma área profissional () Sim, equipe multiprofissional

Transferências e/ou trocas posturais

() Não realiza () Realiza com auxílio () Realiza sem auxílio

Ortostatismo

() Não realiza () Terapêutico () Independente

Marcha

() Não realiza () Com meio auxiliar () Sem meio auxiliar

Capacitado em relação ao manejo da bexiga e manobras de esvaziamento intestinal

() Sim () Não

Úlcera por pressão

() Apresenta () Não apresenta

Sistema de Encaminhamento de Reabilitação
NEUROLOGIA INFANTIL

Nome: _____ CNS: _____
 Diagnóstico Clínico: _____ CID-10: _____ Breve
 histórico da disfunção: _____

Município de origem: _____ Idade: _____

Paciente diagnosticado com doença degenerativa: () Sim () Não

Lesão encefálica: () Não () Menor que 3 anos () Maior que 3 anos
 () Maior que 06 anos

Necessita de reabilitação

() Multiprofissional () Fisioterapia () Terapia Ocupacional

Reabilitação prévia

() Não () Sim, uma área profissional () Sim, equipe multiprofissional

Função Cognitiva:

() Interage com o ambiente normalmente () Interage com ajuda
 () Não interage com o ambiente

Realiza transferências e/ou trocas e manutenção de posturas compatíveis para idade

() Não realiza () Realiza com auxílio () Realiza independente

Marcha

() Não realiza () Realiza

Cuidador capacitado em relação aos sinais de crises convulsivas, prevenção de úlceras por pressão, manejo da bexiga e manobras de esvaziamento intestinal e deformidades

() Orientado () Não orientado () Necessita de reorientação

Condição respiratória

() Ambiente () O2 nasal () Traqueostomia () Necessita de equipamento

Pós- cirúrgico

() Não () Menor que 6 meses () Maior que 6 meses