DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DA FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA

2ª Edição

CONTAGEM

2022

SUS

TRABALHO PELA VIDA

PREFEITURA DE CONTAGEM

©2022. Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Versão eletrônica. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Secretaria Municipal de Saúde de Contagem. Para acesso à versão eletrônica, consultar o endereço: http://portalpmc.contagem.mg.gov.br/sms

Elaboração, distribuição e informações
Prefeitura Municipal de Contagem
Secretaria Municipal de Saúde de Contagem
Av. General David Sarnoff, 3113 - Cidade Industrial
Contagem – MG
CEP: 32210-110

Revisão e Edição
Ivana Santana Andrade

Diretora da Atenção Básica
Kacilda da Luz Silva de Assis

Organização
Alessandra Mendes de Oliveira

Elaboração Técnica
Carolina Carla Machala
Marina Regina Lara
Silvia Placidia Camargo

Colaboração
Rejane de Almeida Caborges

Ficha Catalográfica

Contagem. Prefeitura Municipal de Contagem. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes Assistenciais da Fisioterapia na Atenção Básica.** Contagem, 2022. 18p.

CONTEÚDO

1. INTRODUÇÃO 4

2. ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA DA EQUIPE MULTIPROFISSINAL AMPLIADA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA (AB) 5

3. PARÂMETROS NUMÉRICOS DE REFERÊNCIA 8

4. ENCAMINHAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA 9

5. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ABORDADAS E CONDUZIDAS PELO FISIOTERAPEUTA DA AB 10

REFERÊNCIAS 13

ANEXO 1- PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DA ATENÇÃO BÁSICA 15

ANEXO 2- ATENDIMENTO DO FISIOTERAPEUTA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMPLIADA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ATENÇÃO BÁSICA 17

ANEXO 3- PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS PARA A REABILITAÇÃO (PLPR) 18

1. INTRODUÇÃO

A Fisioterapia surgiu como profissão no período pós-guerra, destinando-se ao tratamento de pessoas com perdas totais ou parciais de membros, atrofias e paralisias, sendo direcionada para atividades recuperativas e reabilitadoras. Com as mudanças na Política Pública de Saúde legitimadas pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu o modelo da fisioterapia coletiva. Dessa forma, novas possibilidades e necessidades de atuação do fisioterapeuta foram incluídas às ações de reabilitação, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, o fisioterapeuta inserido na APS atua de forma integrada à ESF (Equipe de Saúde da Família), planejando, implementando, controlando e executando políticas em saúde pública que envolvem todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral às famílias, desde a criança até o idoso. (RAGASSON e colaboradores, 2016)

O sistema público de saúde considera a Atenção Primária à Saúde (APS) como a ordenadora e coordenadora do cuidado, sendo a porta de entrada preferencial dos indivíduos para acesso aos serviços de saúde. As diretrizes desse nível de atenção são a continuidade e integralidade do cuidado, sendo a atenção centrada na família e na participação comunitária.

As Equipes Multiprofissionais Ampliadas da Saúde da Família (EMASF) possuem composição multiprofissional e constituem-se como apoio especializado na própria APS, sem, contudo, se caracterizarem como ambulatórios de especialidades. Elas devem atuar de maneira integrada e em apoio aos profissionais das ESF, compartilhando práticas e saberes, além de prestar auxílio no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários.

As diretrizes estabelecidas nesse documento têm por objetivo otimizar o acesso de trabalho do fisioterapeuta da EMASF, aperfeiçoar o uso dos recursos em saúde, impedir deslocamentos desnecessários dos usuários e trazer maior eficiência e equidade à gestão dos fluxos de referenciamento aos fisioterapeutas, discriminando as principais situações clínicas de atribuição desses profissionais.

2. ATRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA DA EQUIPE MULTIPROFISSINAL AMPLIADA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA (AB)

A Fisioterapia, embora historicamente tenha se mantido no nível da reabilitação, possui competências e habilidades suficientes para a atuação em outros níveis, onde intervém também no controle de risco para o desenvolvimento de doenças por meio de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde.

A atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde se dá por meio de atividades educativas, podendo envolver temas como: prevenção de lesões, incapacidades e doenças ocupacionais; vigilância dos distúrbios cinético-funcionais, orientações posturais, incentivo à prática de atividade física regular, adoção de hábitos alimentares saudáveis, combate às endemias, tabaco, álcool e outras drogas, educação sexual de jovens e adultos, entre outros.

Dessa forma, novas possibilidades e necessidades de atuação do fisioterapeuta foram incluídas às ações de reabilitação, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, o fisioterapeuta inserido na APS atua de forma integrada à ESF, planejando, implementando, controlando e executando políticas em saúde pública que envolvam todas as fases do ciclo de vida do indivíduo, dando assistência integral às famílias, desde a criança até o idoso. (RAGASSON e colaboradores, 2016)

O fisioterapeuta da EMASF desenvolve seu trabalho de forma compartilhada e colaborativa nas dimensões clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A primeira dimensão está relacionada à ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ações de apoio educativo junto às ESF. Para a realização deste trabalho, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas, como: atendimentos individuais e/ou compartilhados com outras categorias profissionais da EMASF ou da equipe apoiada, visitas domiciliares, ações de prevenção e promoção da saúde, reabilitação, discussões de casos, elaboração conjunta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), educação permanente e intervenções em outros espaços da comunidade para além das unidades de saúde, como escolas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI´s), entre outros. Para uma compreensão adequada do papel do fisioterapeuta na EMASF, alguns conceitos devem ser trabalhados. A saber:

O núcleo de saber do Fisioterapeuta da EASF, com suas especificidades e práticas, deve contribuir para a construção de um cuidado mais amplo em saúde, envolvendo a *intervenção interdisciplinar*. Duas ferramentas úteis para efetivação desse cuidado são as *reuniões de matriciamento* e o *atendimento compartilhado*, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos e aumento da resolutividade das ações em saúde

Por meio da *clínica ampliada*, diretriz que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de fazer saúde, pretende-se aumentar a autonomia do usuário do serviço, da família e da comunidade na busca de um cuidado e tratamento conforme a complexidade de cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados, e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado. Para favorecer a prática da clínica ampliada, o fisioterapeuta

pode lançar mão da ferramenta Projeto Terapêutico Singular da Atenção Básica (ANEXO 1).

O *auto cuidado apoiado* é uma ferramenta utilizada em serviços de saúde que consiste em ampliar a habilidade, confiança e engajamento do usuário em gerenciar e tratar suas condições de saúde de forma constante, baseando-se principalmente em intervenções educacionais. Tem como objetivos preparar e empoderar os usuários inseridos no sistema para auto-gerirem seu cuidado e, assim, aumentar a adesão e sucesso nos tratamentos de reabilitação. Isso contribui para o estímulo de um estilo de vida saudável e reduz a procura do usuário pelos serviços de saúde, o que reflete em diminuição de custos e filas de espera para consultas e exames. Além disso, promove-se a reflexão de que o doente crônico passa muito mais tempo gerindo a sua doença do que em contato direto com o profissional de saúde, e que as doenças crônicas não-transmissíveis são responsáveis por anos de vida perdidos (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001). Essa ferramenta é útil para o Fisioterapeuta da EMASF atuar tanto nas atividades coletivas, quanto nas abordagens individuais, contribuindo para que o usuário seja um sujeito ativo no cuidado à sua saúde.

As ações de reabilitação desenvolvidas pelo fisioterapeuta da EMASF visam reduzir as incapacidades e proporcionar a funcionalidade. Inclui práticas terapêuticas, de acolhimento e educativas, por meio de atendimentos individuais, domiciliares e/ou coletivos, compartilhados ou não com outros profissionais. Como características desse cuidado, destacam-se a baixa densidade tecnológica e o incentivo à autonomia do indivíduo, com sua corresponsabilização pelo próprio cuidado.

Nesse contexto, as atribuições dos profissionais de fisioterapia da EMASF são:

I. Participar de equipes multiprofissionais destinadas ao planejamento, a implementação, ao controle e à execução de projetos e programas de ações básicas de saúde;
II. Participar da elaboração, revisão e padronização de procedimentos relativos à área;
III. Promover, participar e divulgar estudos e pesquisas na sua área de atuação, promovendo o intercâmbio técnico-científico;
IV. Desenvolver ações de prevenção de doenças e agravos, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto individual quanto coletiva, no âmbito da atenção básica;
V. Assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos;
VI. Registrar, em prontuário do usuário, a conduta terapêutica;
VII. Registrar o atendimento no sistema de Informação.
VIII. Participar de reuniões de matriciamento
IX. Realizar visita domiciliar específica e compartilhada
X. Realizar atendimento individual específico e compartilhado
XI. Coordenar ou participar pontualmente em grupos de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento
XII. Realizar ações coletivas pontuais, como mutirões, sala de espera e outros
XIII. Realizar intervenções coletivas em instituições do território (como ILPIs, UAIs e escolas)

XIV. Participar de reuniões da Unidade Básica de Saúde como Gestão do Cuidado no Território, Colegiado Gestor, Comissão Local e outras

XV. Participar de eventos de educação permanente e alinhamento técnico

XVI. Acolher e atender o usuário, na Unidade Básica de Saúde e/ou em domicílio com demanda referenciada pelas eSF, na perspectiva integral do cuidado. Isso envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico cinesiológico funcional, orientação, tratamento e reabilitação relacionada a distúrbios cinético-funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas (COFFITO, 2017) para todos os ciclos de vida

XVII. Avaliar o usuário na perspectiva do modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade humana, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizando, quando necessário instrumentos padronizados e validados e/ou protocolos institucionais, e reavaliando segundo periodicidade devida

XVIII. Estabelecer, com autonomia e em consonância com a ESF e outros apoiadores, um plano de cuidados para usuário/família, considerando as especificidades do caso e do território

XIX. Desenvolver intervenções fisioterapêuticas coletivas e/ou individuais (na Unidade Básica de Saúde ou domicílio), utilizando recursos terapêuticos fisioterápicos como terapia manual e cinesioterapia

XX. Orientar o usuário em relação ao acesso e funcionamento da rede de reabilitação do SUS-Contagem, e encaminhá-lo, quando necessário e de forma qualificada, para outros pontos, acompanhando a trajetória junto com a eSF e mantendo a oferta de cuidado específico na APS, sempre que preciso

XXI. Solicitar órtese, prótese e/ou meio auxiliar de locomoção, referenciando ao serviço de concessão e monitorando o uso do equipamento

XXII. Desenvolver práticas educativas coletivas e de promoção em saúde (como sala de espera, intervenção em equipamentos intersetoriais e outros); apoiar grupos coordenados pelas eSF e/ou EMASF, como exemplo: grupos de orientações para pacientes diabéticos, hipertensos, gestantes, puericultura, alimentação saudável e antitabagismo; organizar e coordenar grupos específicos de Fisioterapia, tanto na dimensão terapêutica como preventiva, como exemplos: dores crônicas de origem osteomuscular, incontinência urinária, prevenção de quedas em idosos entre outros

XXIII. Exercer a dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial com as eSF, que pode envolver esclarecimento de fluxo de reabilitação, educação permanente na área específica de atuação do Fisioterapeuta, e orientação para reconhecimento da demanda e identificação precoce de situações que necessitem de atendimento ou apoio. Tal dimensão se desenvolve através de momentos na reunião de matriciamento, atendimento compartilhado, oficinas, entre outros

XXIV. Participar das ações de vigilância em saúde focadas na detecção de doenças incapacitantes e distúrbios cinético-funcionais

3. PARÂMETROS NUMÉRICOS DE REFERÊNCIA

A assistência de fisioterapia na AB é realizada mediante as demandas de saúde acolhidas pelo profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) e/ou atendidas por outros profissionais da EMASF, e ocorrerá conforme as diretrizes e fluxograma estabelecidos neste documento (ANEXO 2).

As modalidades de atendimento adotadas no processo de trabalho do fisioterapeuta da EMASF, a saber são:

- Atendimento Individualizado ou Compartilhado;
- Atendimento Domiciliar individualizado ou compartilhado;
- Atendimento em grupo

A priorização de agendamento, o agendamento programado e o encaminhamento ao grupo estarão condicionados aos critérios estabelecidos nesse documento e discussão do caso. A escolha do tipo de atendimento e local dependerá da condição clínica funcional e contexto apresentados na discussão do caso. O diagnóstico clínico (CID ou DSM) é importante e contribui para a discussão, mas não define ou sobrepõe a descrição do caso e quadro funcional considerando impactos na atividade e participação do indivíduo.

Além dos atendimentos individuais, o fisioterapeuta pode apoiar a ESF na realização de atividades em grupo por ciclo de vida ou mesmo por condição de saúde, contribuindo com sua área de conhecimento específico e conhecimentos gerais em saúde. As propostas de grupos terapêuticos o(s) responsável(is) devem ser apresentadas à equipe esclarecendo objetivos e critérios de inclusão / exclusão. Os grupos de promoção e prevenção devem ser planejados junto com as ESF. As propostas de atendimento em grupo e outras ações coletivas devem corresponder ao contexto do território e diagnóstico situacional atendendo às suas principais demandas e necessidades.

Mediante a necessidade de adequação no tempo estimado para os atendimentos realizados pelos fisioterapeutas na AB, têm-se os seguintes critérios de acordo com a resolução vigente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO:

Quadro 1- Parâmetros numéricos de referência: Fisioterapia – EMASF Contagem

Tipo de Ação	Tempo Médio Estimado	Nº de Ações por turno de 4h
Atendimento Individual - 1ª Consulta	**45 a 60 minutos**	**4 a 5**
Atendimento Individual - Retorno	**30 minutos**	**6**
Atendimento Compartilhado	**60 minutos**	**4**
Visita Domiciliar- 1ª Consulta e Retorno	**1 hora e 30 minutos**	**2**
Educação Permanente Capacitação / Reunião	**1 a 4 horas**	**1 a 4**
Grupos Operativos Ações de Promoção	**2 horas**	**2**

Fonte: COFFITO – Resolução Nº 444 26/04/2014 e Resolução 445 26/04/2014.

*Foi considerado o tempo de 40 minutos para discussão dos casos, quando necessário, e o fisioterapeuta estiver na unidade.

**Tempo de tolerância considerado para 1ª consulta e retorno é de 15 (quinze) minutos.

4. ENCAMINHAMENTOS PARA ATENDIMENTO DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

A Rede de Atenção à Saúde no Município de Contagem/MG está organizada em três níveis de atenção: básica, especializada e hospitalar, nesse último, incluem-se a urgência e emergência, além do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Todos eles devem se articular para garantir a integralidade e o acesso a todos os pontos de prestação do cuidado, levando em conta também as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria 793/2012 (BRASIL, 2012a).

Considerando-se a reabilitação na Atenção Básica ou Primária, é fundamental que haja comunicação entre os profissionais que exercem suas práticas nesse nível de atenção, que não deve substituir a reabilitação dos serviços especializados, mas sim complementar, ampliando o acesso do usuário à Rede de Atenção à Saúde do SUS Contagem.

Considerando a complexidade de cada caso, algumas condições clínico-funcionais devem ser acompanhadas em outros níveis de atenção em saúde, seja na atenção especializada ou hospitalar. Sendo assim, a definição de critérios e diretrizes relacionados à funcionalidade e incapacidade do usuário que necessita de ações relacionadas à reabilitação, seja ela no âmbito da APS ou dos outros níveis de atenção, são fundamentais para guiar a práxis, não somente do fisioterapeuta da APS, como também de todos os profissionais inseridos na Rede SUS Contagem. Espera-se otimizar o acesso à reabilitação e o uso dos recursos em saúde em consonância com a equidade e impedir deslocamentos desnecessários dos usuários.

Caso haja necessidade de encaminhamento para atenção especializada (nível secundário de atenção à saúde) é necessário o preenchimento correto da guia, contendo além das particularidades de cada quadro clínico, os seguintes itens:

- Identificação da paciente (nome completo, endereço, telefone, idade, Cartão Nacional de Saúde – CNS);
- Sinais e sintomas;
- Exame físico;
- Resultado de exames relevantes, com a data (se disponível);
- Tratamentos prévios da condição;
- Identificação do prejuízo no desempenho ocupacional nas ABVD, AIVD, lazer, brincar, trabalho, escola, sono/descanso, gestão de sua saúde e participação social.

5. CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ABORDADAS E CONDUZIDAS PELO FISIOTERAPEUTA DA AB

O modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade humana proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é o mais difundido atualmente e tem guiado a práxis do fisioterapeuta. Ele possui seis componentes que interagem entre si de forma dinâmica. São eles:

I. *Condição de Saúde:*codificada pela Classificação Internacional de Doenças (CID); inclui doenças, distúrbios, lesões, entre outros.
II. *Estruturas e Funções do corpo:*abrange estruturas anatômicas como órgãos, membros e seus componentes; além de atribuições fisiológicas dos sistemas orgânicos, inclusive as psicológicas.
III. *Atividade:*remete às tarefas e ações realizadas pelo indivíduo.
IV. *Participação social:*refere-se ao envolvimento do indivíduo em uma situação da vida real.
V. *Fatores Ambientais:*são externos e incluem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem.
VI. *Fatores Pessoais:*abordam as características particulares do indivíduo.

Para acompanhar o modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade humana, a OMS criou, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, denominada CIF. O principal objetivo da CIF é a restauração do potencial funcional dos indivíduos, em busca da redução do impacto de uma condição de saúde ou alterações anatômicas e fisiológicas no seu desempenho de atividades e participação em situações reais de vida (FACEWCETT,2007).

Para que o planejamento e monitoramento do processo de reabilitação sejam adequados, é necessário que, desde o primeiro contato com o usuário, sejam coletadas informações relacionadas às suas queixas e objetivos, geralmente relacionados à sua funcionalidade ou incapacidade. Na saúde pública do Brasil, o acolhimento (primeiro contato do usuário com o serviço de saúde) é uma prática que visa atender a todos que buscam esses serviços, ouvindo suas demandas e dando o direcionamento mais adequado para cada um. Essa ferramenta permite a reorganização dos processos de trabalho em saúde, ao deslocar o eixo central da figura do médico, resgatando a equipe multiprofissional, além de qualificar as relações entre trabalhadores, gestores e usuários, permitindo a construção de vínculos, corresponsabilização e resolubilidade (FRANCO *et al*., 1999; MITRE *et al*., 2012).

O Protocolo de Levantamento de Problemas para a Reabilitação (PLPR)é uma ferramenta proposta para orientar o acolhimento dos usuários dos serviços de reabilitação. O PLPR (ANEXO 3) busca identificar as demandas funcionais do usuário e contribui para a definição do seu plano terapêutico, auxiliando na identificação do nível de atenção mais apropriado e quais são os profissionais indicados para o cuidado de cada caso.

Com o objetivo de garantir a praticidade e aplicabilidade dos conceitos do modelo biopsicossocial de funcionalidade e incapacidade humana proposto pela OMS, propõe-se a utilização de alguns domínios da ferramenta PLPR para definir qual o

ponto de atenção à saúde é adequado para as demandas do usuário em determinado momento.

Sugere-se que a ferramenta seja aplicada pelo fisioterapeuta ou outro profissional da reabilitação das EMASF durante o seu primeiro contato com o usuário na Atenção Primária, podendo ser respondido pelo próprio usuário ou por um informante próximo a ele. Deve-se utilizar a Escala Analógica Visual para quantificar o grau de dificuldade/deficiência nos domínios avaliados. Para a classificação da magnitude do problema, é apresentada ao usuário uma escala de 11 pontos, variando de 0 (nenhuma dificuldade ou deficiência) a 10 (dificuldade ou deficiência completa). Posteriormente é feita a conversão dessa escala de 11 pontos para os qualificadores da CIF: 0 (nenhuma deficiência ou dificuldade), 1 (deficiência ou dificuldade leve), 2 (deficiência ou dificuldade moderada), 3 (deficiência ou dificuldade grave) ou 4 (deficiência ou dificuldade completa) (SAMPAIO et al., 2014).

Além disso, é essencial que os profissionais das ESF conheçam as possíveis demandas de reabilitação dos usuários adscritos à sua equipe e as compartilhem com outros profissionais da APS nos espaços de discussão e apoio matricial. Para isso, seguem informações relevantes sobre alguns domínios do PLPR que são úteis para fomentar as discussões interdisciplinares, com vistas à resolutividade das ações em saúde.

DOMÍNIOS

1) **Mobilidade:**

a) Usuário apresenta dificuldade para realizar algum movimento do corpo;
b) Usuário apresenta dificuldade para mudar de posição (sentar, deitar, agachar, ajoelhar, passar para de pé);
c) Usuário apresenta dificuldade para andar;
d) Usuário apresenta dificuldade para utilizar transporte público ou privado (como passageiro) para se deslocar.

2) **Auto-cuidado:**

a) Usuário apresenta dificuldade para tomar banho ou secar-se;
b) Usuário apresenta dificuldade para colocar ou retirar a roupa ou calçado.

3) **Dor e desconforto:**

a) Usuário apresenta atualmente dor.

4) **Demandas e tarefas gerais:**

b) Usuário apresenta dificuldade para realizar tarefas domésticas, como lavar e secar roupas, lavar vasilhas, limpar a casa, remover o lixo;
c) Usuário apresenta dificuldades para ajudar as pessoas (da família ou não) nas tarefas do dia-a-dia.

5) **Trabalho remunerado:**

a) Atualmente, usuário tem dificuldade para participar de algum aspecto do seu trabalho remunerado.

Considerando tais domínios e o grau de dificuldade quantificado em cada um deles, é possível determinar em que nível de assistência o usuário deve ser inserido, e que tipo de atendimento deve ser prestado.

- *Atendimento individual do Fisioterapeuta da Equipe Multiprofissional*: dificuldade moderada (qualificador 2) em pelo menos dois critérios do questionário.
- *Agendamento para atividades coletivas na Atenção Primária*: dificuldade leve (qualificador 1) em um ou mais critérios do questionário, ou dificuldade moderada (qualificador 2) em somente um critério.
- Encaminhamento para Atenção Especializada: dificuldade grave (qualificador 3) ou completa (qualificador 4) em pelo menos um critério.

REFERÊNCIAS

MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

BRASIL. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

BRASIL. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª edição, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e no processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, Série A. Normas e Manuais Técnicos, (Caderno de Atenção Básica, nº 27), 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 424, de 08 de Julho de 2013 (D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013). Estabelece o código de ética e deontologia da fisioterapia - COFFITO. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 425, de 08 de Julho de 2013 – (D.O.U. nº 147, Seção 1 de 01/08/2013). Estabelece o código de ética e deontologia da terapia ocupacional – COFFITO. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.412 de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, (Cadernos de Atenção Básica, nº 39), 2014.

BRASIL. Orientações e instrumentos para a organização do acesso à Atenção Primária à Saúde. Trabalho realizado para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), outubro, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da

alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 3/2020 – DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 2002.

ANEXO 1- PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DA ATENÇÃO BÁSICA

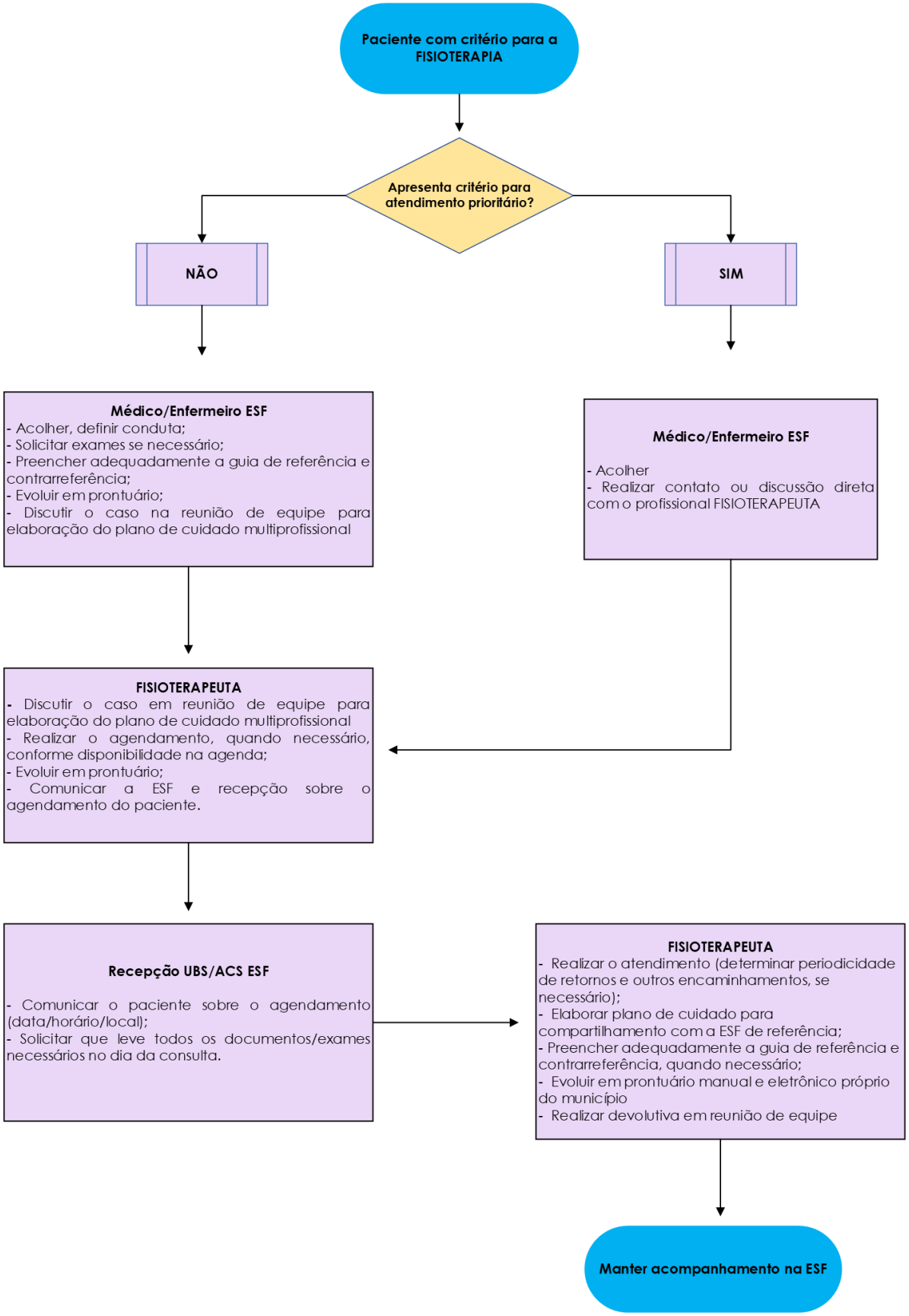
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - ATENÇÃO À SAÚDE			
EQUIPE DE SAÚDE:	REFERÊNCIA NASF:		DATA DE INÍCIO:
NOME:			PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	CNS:	
DEMANDA (origem):			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:			
DIFICULDADES (família, equipe e NASF):			
GENOGRAMA:	BREVE HISTÓRICO:		

1 - META ( ):	C - CURTO
2 - META ( ):	M - MÉDIO
3 - META ( ):	L - LONGO
4 - META ( ):	
5 - META ( ):	

AÇÕES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATORES ENVOLVIDOS

EVOLUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR			
NOME:			
PRONTUÁRIO/ENDEREÇO:			
DATA	AÇÃO	ATORES ENVOLVIDOS	RESULTADO

ANEXO 2 - ATENDIMENTO DO FISIOTERAPEUTA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL AMPLIADA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ATENÇÃO BÁSICA



ANEXO 3 - PROTOCOLO DE LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS PARA A REABILITAÇÃO (PLPR)

SÍNTESE DA BREVE DESCRIÇÃO FUNCIONAL									
		QUALIFICADORES							
		0	1	2	3	4	8(NE)	9(NA)
MOBILIDADE	b455 Funções de tolerância e exercícios							
	b710 Funções relacionadas a mobilidade das articulações							
	d410 Mudar a posição básica do corpo							
	d450 Andar							
	d470 Utilização de transporte							
AUTO-CUIDADO	d510 Lavar-se							
	d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção							
	d540 Vestir-se							
	d570 Cuidar da própria saúde							
DOR E DESCONFORTO	b280 Sensação de dor							
TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	d230 Realizar a rotina diária							
	d640 Realização das tarefas domésticas							
	d660 Ajudar os outros							
TRABALHO REMUNERADO	d850 Trabalho remunerado							

BREVE DESCRIÇÃO FUNCIONAL							
QUALIFICADORES							
Valores EVA	0	1 2	3 4	5 6 7 8 9	10	Não especificado	Não aplicável
Qualificadores da CIF	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**8**	**9**

Orientações de preenchimento: entreviste o(a) paciente utilizando as perguntas que se encontram do lado direito do quadro a seguir. Caso a resposta seja negativa, preencha com 0(zero) o espaço logo após o código correspondente à pergunta (à esquerda do quadro). Em caso afirmativo, solicite a ele(a) que quantifique a dificuldade apresentada em cada questão, sendo 0 nenhuma deficiência e 10 deficiência/dificuldade completa, utilizando a escala visual analógica anexada a este protocolo.
Em seguida, utilize a tabela anterior para converter o valor apontado pelo paciente em um qualificador da CIF. Utilize esse qualificador para preencher o espaço logo após o código correspondente no quadro com as questões da "Breve Descrição Funcional".
Ao término da entrevista, repasse os qualificadores encontrados para o quadro "Síntese da Breve Descrição Funcional da primeira página. Preencha todo o espaço correspondente ao qualificador de forma a criar um gráfico de barras. Caso os qualificadores encontrados sejam 8 (Não especificado) ou 9 (Não aplicável), marque o quadro apenas com um X no local correspondente. Finalize o protocolo completando com as informações abaixo do quadro (PLPR)

MOBILIDADE	b455 ____ Funções de tolerância a exercícios	**Ao realizar esforços físicos no seu dia a dia você se sente cansado ou com falta de ar?**
	b710 ____ Funções relacionadas a mobilidade das articilações	**No momento você apresenta dificuldades para realizar algum movimento?**
	d410 ____ Mudar a posição básica do corpo	**Considerando o ambiente em que você vive, você tem dificuldade para mudar de posição?** *Inclui: sentar, deitar, agachar, ajoelhar, ficar de pé*
	d450 ____ Andar	**Considerando o ambiente em que você vive, você tem dificuldade para andar?** *Considere "andar" apenas como "mover-se de pé"*
	d470 ____ Utilização de transporte	**No seu dia-a-dia você tem dificuldade para utilizar transporte público ou privado (como passageiro) para se deslocar?**
AUTO - CUIDADO	d510 ____ Lavar-se	**Atualmente você tem dificuldade para tomar banho e secar-se?**
	d530 ____ Cuidados relacionados aos processos de excreção	**Atualmente você tem dificuldade para controlar a eliminação da urina e das fezes e fazer a sua própria higiene após essas atividades?**
	d540 ____ Vestir-se	**Atualmente você tem dificuldade para escolher, colocar e retirar suas roupas e calçados?**
	d570 ____ Cuida da própria saúde	**Atualmente você tem dificuldadepara manter seu bem-estar físico, o controle da sua alimentação e forma física e fazer o que é preciso para cuidar da própria saúde?** *Inclui procurar e seguir conselhos de profissionais da saúde, evitar riscos, etc.*
DOR E DESCONFORTO	b280 ____ Sensação de dor	**Atualmente você sente dor?**
TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	d230 ____ Realizar a rotina diária	**Atualmente você tem dificuldade no planejamento e organização do seu dia, de forma a realizar todas as tarefas e obrigações da sua rotina?**
	d640 ____ Realização das tarefas domésticas	**Atualmente você tem dificuldades para organizar e realizar as tarefas domésticas (do tipo: lavar e secar roupas, limpar a cozinha e os utensílios, limpar a casa, utilizar aparelhos domésticos, remover o lixo)?** *Não incluir preparar refeições, fazer compras, cuidar de plantas e animais e fazer consertos*
	d660 ____ Ajudar os outros	**Atualmente você tem dificuldade para ajudar s pessoas, da sua família ou não, em atividades do dia-a-dia (de forma não remunerada)?**
TRABALHO REMUNERADO	d850 ____ Trabalho remunerado	**Atualmente você tem dificuldade para participar em algum aspecto do seu trabalho remunerado?** *Inclui procurar e conseguir emprego, realizar tarefas decorrentes do trabalho - sozinho ou em grupo, chegar pontualmente, supervisionar ou ser supervisionado.*

SUS

TRABALHO PELA
VIDA

PREFEITURA DE
CONTAGEM