

Secretaria de
Saúde



Prefeitura de
CARUARU

Prefeitura Municipal de Caruaru

Secretaria de Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

Departamento de Atenção Básica

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação de Fisioterapia

**Norma operacional para o acesso
equitativo e integral a consultas
especializadas (NOA-Caruaru)
FISIOTERAPIA**

Caruaru, 2016

Secretaria de
Saúde



Prefeitura de
CARUARU

José Queiroz de Lima

Prefeito Municipal de Caruaru

Jorge José Gomes

Vice-Prefeito Municipal de Caruaru

Maria Aparecida de Souza

Secretária Municipal de Saúde de Caruaru

Wedneide Cristiane Almeida

Secretária Executiva de Saúde de Caruaru

Maria do Carmo Ferreira de Andrade

Diretora de Regulação, Avaliação e Controle

Ana Elisabeth Da Silva França

Diretora de Assistência Especializada

Kelly Cristina Gomes Costa Clementino

Apoiadora Unidade Executante

André Ricardo Carvalho de Araújo

Apoiador Unidade Executante

Joseph Daniel Alves Aleixo

Fisioterapeuta Regulador – Regulação, Avaliação e Controle



EQUIPE TÉCNICA DE COLABORAÇÃO

Belisa Duarte Ribeiro de Oliveira

Fisioterapeuta - ASCES

Carolina Paes

Médica Reguladora - PMC

Joseph Daniel Alves Aleixo

Fisioterapeuta Regulador – Regulação, Avaliação e Controle

Marcelle Leite

Fisioterapeuta - Revitalle

Michelly Lima Vieira

Apoiadora Institucional na Atenção Básica - PMC

Natália Tarcila Santos Amorim

Fisioterapeuta - ASCES

Rosangela de Melo Cabral

Fisioterapeuta - ASCES

Soraya Santos Alves Barbosa

Fisioterapeuta - ASCES



INTRODUÇÃO

Partindo da nossa realidade, que estamos em constante transformação demográfica, social e econômica, acarretando diretamente impacto nas condições de vida e de saúde da população, planejamentos estratégicos devem ser aplicados para garantir o acesso igualitário a demanda que necessita atendimento no SUS, neste caso, ao tratamento de reabilitação fisioterapêutica. Diante disso, a Secretaria Municipal da Saúde Caruaru – PE, implantará o Protocolo de Regulação para o atendimento fisioterapêutico. Este protocolo seguirá os princípios e diretrizes do SUS descritos em 1990 na lei 8080, tais como: Integralidade e equidade na assistência e no acesso sem preconceitos ou privilégios, resolutividade dos serviços em todos os níveis. Sendo esses protocolos instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre as diferentes áreas da fisioterapia.

É fundamental que este protocolo seja utilizado pelos profissionais, no sentido de nortear e qualificar os encaminhamentos entre os níveis de atenção, garantindo o princípio da equidade. O protocolo apresentado é dinâmico, cabendo sempre sua revisão através do processo de discussão e implementação que podem ser aprimorados com base na aplicabilidade da prática diária.

Para a elaboração deste protocolo de acesso ao atendimento fisioterapêutico, foram analisados inicialmente os protocolos de acesso utilizados em diversos municípios, com posterior elaboração e validação destes pelos fisioterapeutas especialistas de cada área, visando principalmente à acessibilidade aos serviços, em consonância com o perfil assistencial de cada unidade.

Tratando-se da primeira edição, cabe destacar que a aplicação prática deste, possa revelar problemas imprevistos. Frente a isso, a reavaliação constante, atualização e possíveis modificações não podem ser descartadas, sendo plenamente necessárias contribuições advindas dos profissionais, com o objetivo de aprimorar o protocolo e desta forma beneficiar os usuários do serviço. Além do referido protocolo, a efetivação do funcionamento da Regulação, exige uma equipe qualificada.

Nossos agradecimentos a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para tornar realidade a elaboração do Protocolo de Regulação da Assistência

Fisioterapêutica no município de Caruaru - PE, esperando que com a utilização deste instrumento continuem sendo atores ativos na efetivação da Política Municipal de Regulação, focando sempre a integralidade do cuidado à saúde.

Como diretrizes para a regulação, a equipe reguladora irá organizar as listas de espera de acordo com o protocolo de acesso filas de espera do ministério da saúde, sendo classificado:

- **ROTINA:** São aqueles encaminhamentos que não possuem referência quanto a gravidade ou prioridade de marcação. Deverão seguir a ordem cronológica de entrada na lista de espera.
- **PRIORIDADE:** São aqueles cuja demora na marcação altere a conduta a ser seguida, ou cuja demora implique na dificuldade ao acesso a outros procedimentos. A prioridade no atendimento deve ser registrada pelo médico assistente do paciente, ou profissional habilitado à solicitar exames

OBJETIVOS

- Administrar, dispor e utilizar os recursos do Sistema Único de Saúde em conformidade com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade;
- Facilitar o acesso do usuário ao sistema de saúde;
- Organizar, padronizar, acelerar e desburocratizar o acesso aos serviços de saúde, diminuindo as listas de espera, os deslocamentos desnecessários, as rotinas redundantes, os desperdício de tempo e de recursos financeiros, bem como a repetição desnecessária de procedimentos priorizando as reais necessidades dos usuários;
- Maximizar a resolutividade e racionalizar o acesso ao tratamento fisioterapêutico, promovendo a manutenção dos pacientes com quadros estáveis a cargo da atenção básica e liberando o atendimento especializado para o atendimento da demanda reprimida de casos novos ou descompensados;
- Planejar a oferta de serviços de saúde de acordo com as reais necessidades da população e com pleno aproveitamento dos recursos disponíveis.

INDÍCE

1. Critérios Gerais para Referência ao Centro de Especialidades Fisioterapêuticas.....	07
2. Assistência fisioterapêutica cardiovascular e pneumo funcional.....	09
3 Assistência fisioterapêutica nas disfunções músculos esqueléticas.....	13
4 Assistência fisioterapêutica em neurofuncional.....	15
5 Assistência fisioterapêutica em dermatofuncional.....	18
6 Assistência fisioterapêutica em Gineco-obstetrícia – Urologia.....	21
7 Assistência fisioterapêutica em NASF.....	22

1. Critérios Gerais para Referência a assistência fisioterapêutica

- Toda solicitação para a Fisioterapia deve ser feita em guia de encaminhamento;
- Toda solicitação de tratamento fisioterapêutico, deve estar preenchida corretamente, de maneira legível e em todos os campos: nome completo, idade, sexo e origem do paciente;
- Descrever o quadro clínico (anamnese e exame físico) que justifique o pedido, principalmente se for indicado prioridade, descrevendo ou anexando também resultados de exames prévios, relacionados ao quadro, se realizados;
- É necessário data da solicitação e identificação do médico, com carimbo e assinatura;
- O formulário de Requisição de tratamento fisioterapêutico deve estar identificado, com o carimbo da Unidade de Saúde onde o paciente foi atendido, que servirá para a contra-referência;
- Verificar com o paciente o seu real interesse no tratamento fisioterapêutico especializado antes do seu encaminhamento;
- O agendamento deve ser realizado respeitando os critérios da NOA;
- O encaminhamento deverá ser feito pelo médico e/ou fisioterapeuta através de formulários de referência/contra-referência, acompanhados de exames anteriores e radiografias. A Guia de Encaminhamento deverá ser devidamente preenchida (identificação da UBS de origem, identificação do paciente, solicitação do serviço, especificando os elementos corporais envolvidos e procedimentos necessários à realização do plano de tratamento {incluindo a hipótese diagnóstica, queixa principal, data do exame, tratamentos instituídos e duração}, assinatura e carimbo do profissional que fez a solicitação); bem como a tipificação de prioridade assinalada pelo profissional assistente.
- Orientar o paciente para respeitar a data de agendamento e quanto ao tempo estimado de espera para o agendamento;
- Os usuários que forem encaminhados e agendados para o serviço de fisioterapia terão direito à no máximo de 30 sessões por agendamento;
- Após o término do tratamento 30 sessões o paciente será encaminhado para a unidade de saúde de origem para conclusão do tratamento e manutenção, com o formulário de contra-referência devidamente preenchido onde conste a identificação do profissional e tratamento realizado;



- Em caso de necessidade da continuação do tratamento fisioterapêutico (pacientes com enfermidades crônicas) será estabelecido um percentual (20% da cota total) para esses, sujeitos à modificação de acordo com as necessidades;
- Nos casos de FALTA do paciente às avaliações nos Centros de Especialidades Fisioterapêuticas, este deve justificar o motivo, no prazo de 2 dias úteis na unidade destinada pelo agendamento, caso o mesmo não realize o procedimento supracitado, sua guia de agendamento será cancelada, esta informação deverá ser passada pelo responsável pela marcação e deverá constar no check-in;
- Nos casos de FALTA do paciente às sessões nos Centros de Especialidades Fisioterapêuticas, este deve justificar o motivo, no prazo de 2 dias úteis na unidade destinada pelo agendamento, esta informação deverá ser passada pela unidade prestadora;
- Pacientes com estado de saúde geral que comprometa o tratamento fisioterapêutico devem primeiramente ser estabilizados na Unidade Básica de Saúde para posterior encaminhamento para o Centro de Especialidade;
- Havendo necessidade de interconsultas entre especialidades contempladas pela rede de assistência fisioterapêutica do município, a mesma deve ser solicitada em formulário da NOA;
- A assistência fisioterapêutica nas unidades de atendimento especializadas, deverá estar de acordo com a resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta;
- A unidade deverá realizar a confirmação da realização dos atendimentos diariamente, através do infocras, para que no caso de falta, seja sinalizado a secretaria, para liberação da vaga;
- Após a conclusão do caso o paciente será contra referenciado a atenção básica havendo a necessidade de recondução à atenção especializada o fisioterapeuta da UBS obrigatoriamente deverá solicitar a referencia a atenção especializada.

SERÃO INSERIDOS NO CRITÉRIO DE PRIORIDADE:

- Pacientes de comorbidades controladas (diabéticos, cardiopatas, insuficiente renal);
- Idosos;
- Gestantes;
- Deficiente auditivo, visual, motora, intelectual e múltipla;
- Crianças menores de 1 ano;
- Pacientes com suspeita de neoplasia.

2. ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA CARDIOVASCULAR E PNEUMO FUNCIONAL

2.1.1 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNÇÕES CARDIOVASCULARES

Prioridades:

- Reabilitação Cardíaca (Ex.: ICC, IC, Disfunção diastólica, Valvulopatias, IAM e Angina estável - após estabilização clínica e controle medicamentoso, com FE > 30%);
- Tratamento conservador de venopatias, linfopatias e arteriopatias (Ex.: varizes, úlcera varicosa, linfedema de MMII, HAS, arteriopatias obstrutivas dos MMII, Trombose – após estabilização clínica e uso de medicamento anti trombo);
- Tratamento conservador de doenças metabólicas controladas, bem como de suas complicações com repercussão funcional (Ex. Diabetes Tipos I e II, neuropatia diabética, úlcera diabética, pé diabético);
- Pós operatório – após liberação médica, de:
 - Cirurgias Cardíacas (Ex.: Revascularização do miocárdio com ou sem stent, valvuloplastias);
 - Cirurgias Vasculares (Ex.: correção de aneurisma e dilatações venosas)
 - Amputação de MMII sejam traumáticas ou de causa vascular/metabólica (fases de preparação e adaptação ao processo de protetização)

Rotina:

- IAM e angina estável
- IC
- ICC
- HAS
- Valvulopatias
- Venopatia
- Linfedema de MMII

Secretaria de
Saúde



Prefeitura de
CARUARU

- Síndrome Metabólica
- Neuropatia Diabética
- Úlceras varicosa e diabética
- Amputação de MMII com e sem prótese



2.1.2 ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO NAS DISFUNÇÕES PNEUMOFUNCIONAIS

Prioridades:

- Doenças Obstrutivas de Vias aéreas (Ex.: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – diagnosticada e não agudizada, asma brônquica controlada, bronquiectasias, pneumonias, bronquite, rinossinusite)
- Distúrbios respiratórios restritivos de origem pulmonar ou extrapulmonar decorrentes de doenças neuromusculares progressivas, trauma-raquimedular alto ou de alterações estruturais de caixa torácica. (Ex.: Fibrose cística, afecções pleurais, atelectasias, deformidades torácicas, esclerose lateral amiotrófica, amiotrofia espinhal, distrofias musculares, esclerose múltipla, seqüela de guillain-barré, Doença de charcot-marie-tooth, Siringomielia, paralisia cerebral.)

Rotina:

- DPOC
- Asma
- ELA
- Distrofia de cinturas
- Distrofia facio-escápulo-umeral
- Paralisia Cerebral
- Siringomielia
- Pneumonia
- Guillain Barre
- TRM
- Atelectasias
- Deformidades torácicas congênitas e adquiridas

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Diagnóstico prévio;
- Controle medicamentoso – no caso das patologias passíveis desse controle;

- Pacientes sob acompanhamento clínico periódico
- Pacientes que apresente alguma das disfunções estabelecidas acima e que tenha indicação clínica para realização da fisioterapia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos fisioterapêuticos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

3. ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS (TODAS AS ORIGENS)

3.1.1 Atendimento fisioterapêutico pré e pós operatório nas disfunções músculo esqueléticas

Prioridades

- Pós-operatórios (Ex.: osteotomia, osteossíntese, artroplastia, miniscectomia, reconstrução ligamentar, transferência tendinosa, artroscopia, descompressão nervosa) - até 1 mês após liberação médica para realização da fisioterapia.
- Tratamento conservador de fraturas - até 45 dias após retirada de imobilização.

Rotina

- Pós-operatórios (Ex.: osteotomia, osteossíntese, artroplastia, miniscectomia, reconstrução ligamentar, transferência tendinosa, artroscopia, descompressão nervosa) após 3 meses da liberação médica para realização de fisioterapia, após 30 sessões de reabilitações realizadas.
- Tratamento conservador de fraturas – a partir de 4 meses após retirada de imobilização.

3.1.2 Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras

Prioridade

- Lupus Eritematoso Sistêmico
- Espondiloartropatias - Espondilite anquilosante
- Distrofia simpático-reflexa
- Hérnia de disco – até 3 meses após o diagnóstico
- Tendinites, tenossinovites e bursites – até 3 meses após o diagnóstico
- Capsulite adesiva - até 3 meses após o diagnóstico
- Lombalgias agudizadas.
- Artrite reumatóide, outras artrites e artroses.

Rotina

- Hérnia de disco – após 3 meses do diagnóstico.
 - Tendinites, tenossinovites e bursites – após 6 meses do diagnóstico.
 - Capsulite adesiva - após 3 meses do diagnóstico.
 - Condromalácia.
 - Entorse.
 - Distúrbio Osteo-muscular Relacionado ao Trabalho – DORT.
 - Gota.
 - Pós operatório imediato cirurgia buco-maxilo-facial
 - Disfunções temporomandibular
 - Fibromialgia.
 - Lúpus eritematoso sistêmico (períodos de inter crise)
 - Cifose, escoliose e lordose.
 - Dorsalgias, cervicalgias e lombociatalgias
 - Radiculopatias.
- *Obs.: osteoartroses e lombalgias: podem ser encaminhadas pelos médicos das unidades de saúde

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes que apresente alguma das disfunções musculoesqueléticas estabelecidas acima e que tenha indicação médica para realização da fisioterapia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos fisioterapêuticos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

4. ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA – SETOR ADULTO

4.1 Atendimento fisioterapêutico em pacientes c/ distúrbios neuro-cinético-funcionais s/ complicações sistêmicas.

Prioridades

- Acidente Vascular Encefálico (AVE) agudo, isquêmico ou hemorrágico, primário ou recidivante – até no máximo 60 dias após o episódio mais recente.
- Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) - até 60 dias após a alta hospitalar.
- Traumatismo Raquimedular (TRM) - até 60 dias após a alta hospitalar.
- Neuropatias: - Paralisia facial periférica – até no máximo 15 dias após o diagnóstico.

Polineuropatias agudas (Ex: Guillain-Barré) - até 60 dias após liberação médica.

Paralisia de plexo braquial - até 60 dias após a liberação médica.

- Esclerose múltipla.
- Esclerose lateral amiotrófica.

Rotina

- AVE agudo isquêmico ou hemorrágica, primária ou recidivante - após 180 dias do episódio mais recente.
- TCE - a partir de 180 dias de lesão.
- TRM - a partir de 180 dias de lesão.
- Neuropatias:
- Paralisia facial periférica - após 180 dias do diagnóstico.
- Polineuropatias agudas (Ex.: Guillain-Barré) - após 180 dias da liberação médica.
- Paralisia de plexo braquial – após 180 dias da liberação médica.
- Polineuropatias crônicas (Ex.: Polineuropatiadesmielinizante inflamatória crônica).
- Mononeuropatias (Ex.: Síndrome do túnel do carpo, S. do canal de Guyon, S. do túnel do tarso e S. do desfiladeiro torácico).
- Polineuropatia diabética, alcoólica, tóxica, hereditária e em paciente HIV positivo.

- Doença de Huntington.
- Ataxia hereditária.
- Atrofia muscular espinhal.
- Doença de Parkinson e Parkinsonismo.
- Dystonia.
- Outros distúrbios do movimento.
- Distrofia muscular.

4.2 ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA – SETOR INFANTIL

4.2.1 Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor

Prioridades

- Paralisia cerebral (PC) e/ou Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM) – até 1 ano de vida.
- Espinha bífida (Mielomeningocele) e/ou Hidrocefalia – até 1 ano de vida.
- Atrofia Muscular Espinhal Infantil (AMEI) e Distrofia Muscular Progressiva - até o 6º ano de vida.
- Deficiências sensoriais (deficiência visual, surdo cegueira) – até 1 ano de vida.
- Microcefalia

Rotina

- Paralisia cerebral (PC) e/ou Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM) – acima de 2 anos.
- Espinha bífida (Mielomeningocele) e/ou Hidrocefalia - acima de 2 anos.
- Atrofia Muscular Espinhal Infantil (AMEI) e Distrofia Muscular Progressiva – a partir do 2º ano de vida.
- Deficiências sensoriais (deficiência visual, surdo cegueira) – a partir de 2 anos de vida.

4.3 Atendimento fisioterapêutico em pacientes c/ distúrbios neuro-cinético-funcionais s/ complicações sistêmicas

Prioridades

- Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) – até 90 dias após a alta hospitalar.
- Traumatismo Raquimedular (TRM) – até 90 dias após a alta hospitalar.
- Paralisia Facial Periférica - até 15 dias após o diagnóstico.
- Paralisia braquial obstétrica – até 60 dias de vida.

Rotina

- Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) – a partir de 180 dias de lesão.
- Traumatismo Raquimedular (TRM) – a partir de 180 dias de lesão.
- Paralisia braquial obstétrica – acima de 1 ano de vida.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes que apresente alguma das disfunções neuro-cinética-funcionais estabelecidas acima e que tenha indicação médica para realização da fisioterapia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos fisioterapêuticos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

5. ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM DERMATOFUNCIONAL

- Úlceras
- Queimados
- Hanseníase
- Psoríase
- Pós-operatório de cirurgia plástica facial e corporal
- Pós-operatório de mastectomia
- Epidermólise Bolhosa Distrófica

Prioridades

- Pós-operatórios (Pós operatório enxertia de queimadura; Cirurgia plástica corporal e mastectomia) - até 1 mês após liberação médica para realização da fisioterapia.
- Presença de úlceras de pressão do grau I até grau III

Rotina

- Queimados fase tardia com presença de brida
- Hanseníase
- Psoríase
- Epidermólise Bolhosa Distrófica

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes que apresente alguma das disfunções tegumentares estabelecidas acima e que tenha indicação médica para realização da fisioterapia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Condições de saúde geral do paciente que impossibilitem os procedimentos fisioterapêuticos até que a avaliação médica e seu devido tratamento viabilizem sua inclusão e encaminhamento.

6. ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM GINECO-OBSTETRÍCIA - UROLOGIA

Prioridades

- Tratamento conservador de incontinência urinária (de origem neurogênica ou não) em mulheres.
- Pós-operatórios de cirurgias ginecológicas
- Distopias genitais em graus I e II
- Disfunções do assoalho pélvico relativas à hipertonia muscular da área (vaginismo e anismo)
- Tratamento conservador de incontinência fecal e constipação crônica
- Tratamento conservador de disfunções miccionais e anorretais infantis
- Gestantes de alto ou baixo risco obstétrico para tratamento de lombalgia e dor pélvica relacionada à gestação
- Tratamento de edema comum à gestação
- Atendimento gestacional para condicionamento cárdio-vascular e músculo esquelético durante a fase pré-natal
- Atendimento gestacional para condicionamento cárdio-vascular voltado para controle de níveis glicêmicos (diabetes gestacional)
- Atendimento puerperal para disfunções músculo-esqueléticas do período pós-parto (dores, desvios posturais e lesões do assoalho pélvico)

Rotina

- Tratamento conservador de incontinência urinária (de origem neurogênica ou não) em mulheres.
- Distopias genitais em graus I e II

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Mulheres com encaminhamento médico e/ou exames de confirmação de diagnóstico

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes com lesões medulares completas, que impossibilitam o tratamento conservador (o paciente deve ser encaminhado para o nosso serviço para orientações sobre o caso e acompanhamento de periodicidade semestral)
- Gestantes sem acompanhamento pré-natal
- Gestantes com hipertensão não controlada farmacologicamente

6.1 Atendimento fisioterapêutico na urologia

Prioridades

- Tratamento conservador de incontinência urinária conseqüente pós-operatório de prostatectomia radical.
- Tratamento conservador de incontinência urinária conseqüente da cirurgia de raspagem prostática decorrente da hiperplasia benigna da próstata.

Rotina

- Tratamento conservador de incontinência urinária conseqüente da prostatectomia radical.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Homens com queixa de perda de urina

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Pacientes com lesões esfínterianas que indiquem o tratamento cirúrgico

7. ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM NASF

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram introduzidos pelo Ministério da Saúde fundamentado nas diretrizes da Portaria 154 GM/MS de 24 de janeiro de 1988; Portaria 3124 GM/MS de 28 de dezembro de 2012 e, norteou a decisão política do governo de Caruaru – Pernambuco em avançar nos processos de fortalecimento das ações primárias de saúde, ampliando as ofertas na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Em Caruaru foi implantado em 2009 e hoje conta com quatro equipes de Nasf tipo 1 dando cobertura a 50% do território.

A atuação integrada entre os profissionais permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de **prevenção e promoção da saúde**, onde as patologias que não possam ser acolhidas pela atenção básica através do nasf com a assistência **individual, visita domiciliar, atividades em grupo**, serão encaminhadas para o **profissional regulador**, para que o mesmo envie para os **centros de referência**, conforme história clínica relatada.

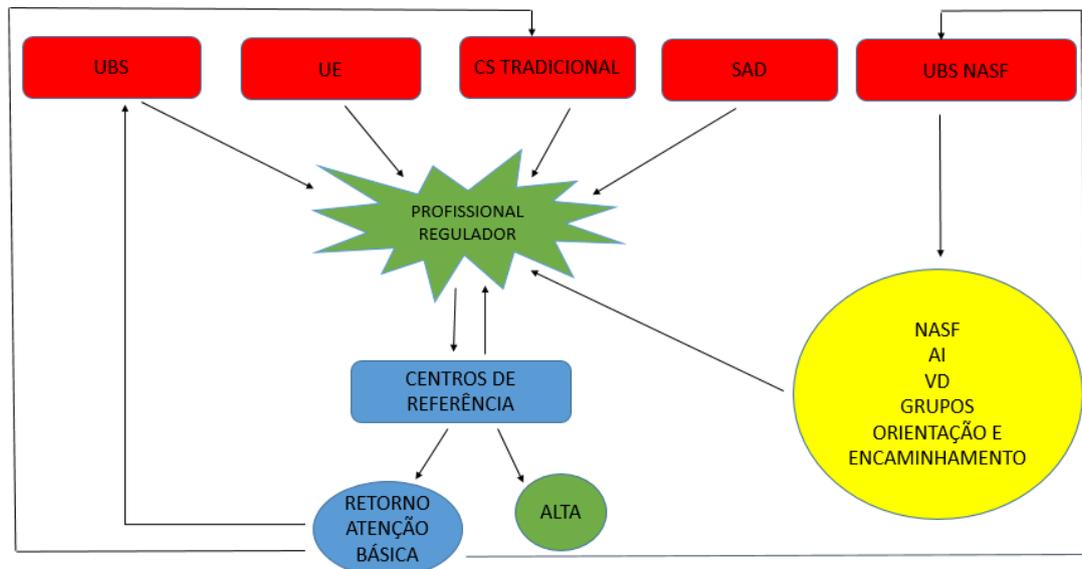
Prioridades para encaminhamento a regulação

- Idosos com comorbidades associadas;
- Usuários que necessitam de continuidade de atendimento;
- Usuários domiciliados;
- Usuários portadores de microcefalia;
- Usuários que apresentam maior comprometimento morfofuncional;
- Usuários egressos do SAD;
- Usuários com transtornos psiquiátricos controlados;

Contra-indicações

- Quadros inflamatórios e/ou infecciosos;
- Disfunções agudas com recente agravamento dos sinais neurológicos;
- Condições hemodinâmicas instáveis;
- Tumores malignos;
- Usuários em quadros psiquiátricos descompensados;
- Usuários com perfil para atendimentos domiciliares (SAD);
- Fraturas não-consolidadas

8. Fluxograma



UBS – Unidade Básica de Saúde; UE – Unidade Especializada; CS – Centro de Saúde Tradicional; UBS – Unidade Básica Com NASF; AI – Assistência Individual; VD – Visita Domiciliar;