

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.
- Distonia.
- 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 esfinterianas 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.

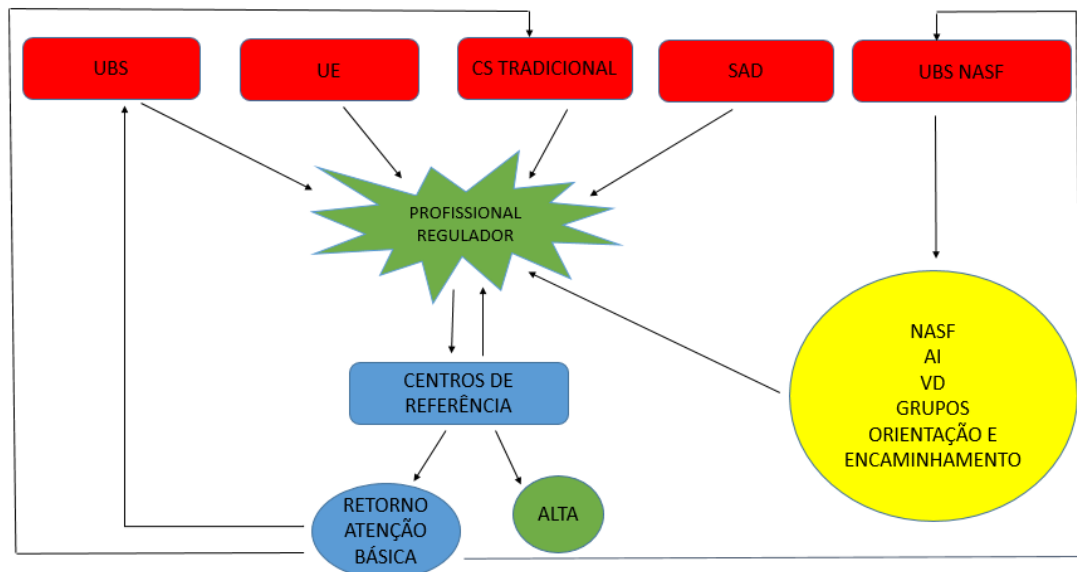
### Prioridades para encaminhamento a regulação

- 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;