



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

CRISTIANE INÁCIO BOTELHO SCHMITZ

**PROTOCOLO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA
ATRAVÉS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

**CRICIÚMA
2023**

CRISTIANE INÁCIO BOTELHO SCHMITZ

**PROTOCOLO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA
ATRAVÉS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Willians Cassiano Longen

**CRICIÚMA
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

S355p Schmitz, Cristiane Inácio Botelho.
Protocolo de acesso aos serviços de
reabilitação física através do Sistema Único de
Saúde no município de Criciúma/SC / Cristiane
Inácio Botelho Schmitz. - 2023.
45 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do
Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2023.
Orientação: Willians Cassiano Longen.

1. Serviços de reabilitação. 2. Sistema Único
de Saúde (Brasil). 3. Protocolo de acesso. 4.
Saúde pública. I. Título.

CDD 23. ed. 362.1786

CRISTIANE INÁCIO BOTELHO SCHMITZ

**PROTOCOLO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA
ATRAVÉS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
CRICIÚMA/SC**


Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 29 de setembro de 2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Willians Cassiano Longen
Doutor – Orientador
Presidente

 UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PPGSCOL PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

Profa. Micheline Henrique Araujo da Luza Koerich
Doutora – UDESC
Membro externo



Profa. Lisiane Tuon
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

AGRADECIMENTOS

A minha filha, Luísa, companheira dessa jornada, que esteve ao meu lado em tantas aulas, e que pacientemente, na maioria das vezes, me permitiu finalizar esta importante etapa na minha carreira. Filhos são a luz do mundo.

Ao meu marido, Lucas, pelo apoio incondicional em todos os momentos, por entender e estar sempre ao meu lado, por ser meu ombro amigo e meu amor para a vida.

Meu coração é de vocês.

RESUMO

A regulação do SUS tem como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde, levando em consideração as particularidades da organização e do funcionamento dos serviços de saúde. Para solucionar os problemas encontrados nos serviços de reabilitação física vinculados ao SUS, é necessário estabelecer protocolos de acesso e clínicos adequados. Com o objetivo de aprimorar o fluxo de encaminhamentos, este trabalho se propôs a elaborar um Protocolo de Acesso aos serviços de Reabilitação Física ofertados pelo SUS no Município de Criciúma/SC, a partir da análise dos Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada disponibilizados através do *site* do Ministério da Saúde, criando e induzindo uma rede de acesso unificada baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde. Ele está sendo utilizado tanto pelos profissionais da atenção primária quanto pelas unidades especializadas diante das solicitações provenientes de diferentes complexidades. A implementação desse protocolo proporciona visibilidade a todos os profissionais envolvidos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso e o cuidado integral aos usuários do SUS. Além disso, contribui para a melhoria do tempo de espera por assistência, reduzindo a demanda reprimida em alguns serviços e ociosa em outros. Com o Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física, é possível estabelecer critérios claros para encaminhamentos, considerando a gravidade da condição do paciente, a disponibilidade de recursos e a capacidade de resolução dos serviços. Dessa forma, a distribuição dos atendimentos se torna mais equitativa e eficiente, reduzindo as desigualdades no acesso à reabilitação física na atenção secundária. Ao seguir as diretrizes estabelecidas, os profissionais podem oferecer um cuidado mais adequado e efetivo aos pacientes, garantindo a qualidade dos serviços prestados. Portanto, a elaboração do Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física por meio do SUS no Município de Criciúma/SC tem como objetivo principal organizar a demanda por reabilitação física na atenção secundária, melhorando o acesso. Ao estabelecer critérios claros de encaminhamento, o protocolo contribui para garantir um cuidado integral e equitativo aos usuários do SUS, fortalecendo a regulação do sistema de saúde.

Palavras-chave: Equidade, Saúde Coletiva, Reabilitação, Sistema Único de Saúde, Protocolos.

ABSTRACT

The regulation of SUS aims to promote, protect, and restore health, taking into consideration the specificities of the organization and functioning of health services. To address the issues encountered in physical rehabilitation services linked to SUS, it is necessary to establish appropriate access and clinical protocols. With the goal of enhancing the referral process, this study aimed to develop an Access Protocol for the Physical Rehabilitation services offered by SUS in Criciúma/SC, based on the analysis of Referral Protocols from Primary Care to Specialized Care made available through the Ministry of Health website, creating and fostering a unified access network based on the principles of the Unified Health System. It is being utilized by both primary care professionals and specialized units when dealing with requests of varying complexities. The implementation of this protocol provides visibility to all professionals involved in the Health Care Network (RAS), ensuring access and comprehensive care for SUS users. Furthermore, it contributes to reducing waiting times for assistance, decreasing pent-up demand in some services and underutilization in others. Through the Access Protocol for Physical Rehabilitation Services, it becomes possible to establish clear criteria for referrals, considering the severity of the patient's condition, resource availability, and service resolution capacity. As a result, the distribution of appointments becomes more equitable and efficient, reducing inequalities in access to secondary-level physical rehabilitation. By adhering to the established guidelines, professionals can offer more appropriate and effective care to patients, ensuring the quality of services provided. Therefore, the development of the Access Protocol for Physical Rehabilitation Services through SUS in Criciúma/SC has the primary objective of organizing the demand for secondary-level physical rehabilitation, thereby improving access. By setting clear referral criteria, the protocol contributes to ensuring comprehensive and equitable care for SUS users, strengthening the regulation of the healthcare system.

Key words: Equity, Public Health, Rehabilitation, Unified Health System, Protocols.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física através do Sistema Único de Saúde no Município de Criciúma/SC	33
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CER	Centros Especializados em Reabilitação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde (Organización Panamericana de La Salud)
PcD	Pessoa com Deficiência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	11
2.1	SITUAÇÃO PROBLEMA.....	12
2.2	FINALIDADE DO PRODUTO.....	12
3	OBJETIVOS	13
3.1	OBJETIVO GERAL	13
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
4	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	13
4.1	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	15
4.1.1	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	16
4.2	ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE.....	17
4.3	REABILITAÇÃO NO SUS	18
5	MÉTODOS	20
5.1	TIPO DE PRODUTO.....	20
5.2	CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	20
5.3	PÚBLICO ALVO.....	20
5.4	PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO.....	20
5.4.1	Etapa 1: Levantamento das necessidades	21
5.4.2	Etapa 2: Recursos necessários para elaboração do produto	21
5.4.3	Etapa 3: Elaboração da proposta de produto	21
5.4.4	Etapa 4: Monitoramento ou Avaliação das ações	22
6	RESULTADOS	22
6.1	APRESENTAÇÃO DO PRODUTO	22
6.2	RELATO DE EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DO PRODUTO	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
8	REFERÊNCIAS	27
	APÊNDICES	32
	APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC	33

1 INTRODUÇÃO

A regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) visa promover, proteger e recuperar a saúde, levando em consideração as particularidades da organização e funcionamento dos serviços de saúde (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). A estruturação de um serviço de saúde começa com o diagnóstico da realidade territorial, realizado por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que funcionam como a porta de entrada do sistema, conhecida como Atenção Primária em Saúde (APS). Essa estruturação é fundamental para a organização do modelo de assistência à saúde (BRASIL, 2012). A APS é responsável por resolver aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população. Casos que necessitam de atendimento mais especializado são encaminhados para pontos de maior complexidade tecnológica, que compõem as redes de atenção à saúde (RAS) (MENDES, 2010).

Para atender às diversas necessidades dos usuários, é necessário integrar os diferentes pontos de atenção com procedimentos tecnológicos específicos (BRASIL, 2014).

No nível de atenção especializada, estão as intervenções e procedimentos de média complexidade realizados em hospitais ou ambulatórios, incluindo serviços médicos especializados e atendimentos terapêuticos de urgência e emergência (MENDES, 2012). A atenção de média complexidade é considerada um desafio no sistema de saúde (MENDES, 2010), enfrentando problemas relacionados à qualidade dos serviços, baixo financiamento e falta de integração com os demais níveis de complexidade do sistema, o que dificulta a integralidade do cuidado ao usuário do SUS (SPEDO et al, 2010).

Os problemas dos serviços de reabilitação física na atenção secundária não são diferentes, apresentando dificuldades de acesso e demanda reprimida, resultando em longos tempos de espera por assistência (BISPO, 2011).

A reabilitação é descrita como um procedimento interdisciplinar, unificado e bem coordenado, que adota uma abordagem personalizada, levando em conta os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ocupacionais (LOYOLA et al, 2017) sendo destinada a pessoas que experimentam diminuição completa, parcial, temporária ou permanente da capacidade funcional, bem como a distúrbios de médio ou longo prazo (ONU, 2015).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde estima que, em 2022, 18,6 milhões de brasileiros tinham deficiência relacionada a pelo menos uma de suas funções (IBGE, 2023). Além disso, o aumento registrado na década anterior em condições médicas simultâneas, no peso das doenças crônicas não transmissíveis, no envelhecimento da população e nas causas externas, revela um considerável incremento na busca por reabilitação, com perspectiva de crescimento nos anos futuros. Portanto, assegurar a disponibilidade constante de intervenções e serviços de reabilitação é de suma importância. (GOMES et al, 2023).

Para isso, é necessário a elaboração de protocolos. Um protocolo de acesso difere-se de um protocolo clínico. O primeiro trata sobre a ordenação do fluxo de pacientes aos serviços, define os limites resolutivos de cada encaminhamento. Já o segundo trata da forma de intervenção por patologia, subsidiando as decisões terapêuticas (BRASIL, 2014).

Logo, protocolos clínicos são instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas. Já os protocolos de organização dos serviços são instrumentos a serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção e com outras instituições sociais (WERNECK, 2009).

Com objetivo de aprimorar o processo de encaminhamento, sugerimos a elaboração do Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física através Sistema Único de Saúde no Município de Criciúma/SC, que servirá como um organizador da demanda, mostrando critérios a serem seguidos, sendo utilizado tanto pelos profissionais da atenção primária, como também pelas unidades especializadas diante das solicitações oriundas de todas as complexidades, dando visibilidade a todos os profissionais envolvidos nas RAS.

2 JUSTIFICATIVA

Estima-se que aproximadamente 22,6% dos gastos com saúde sejam direcionados às disfunções musculoesqueléticas, o que demonstra uma demanda considerável pelos serviços de reabilitação. No entanto, essa demanda geralmente

supera a oferta de serviços disponíveis, resultando em extensas filas de espera para receber atendimento (MENESES et al, 2020).

Os principais erros que ocorrem durante esse processo de acolhimento são os encaminhamentos desnecessários, divergências na definição da prioridade entre os profissionais que fazem a triagem e a falta de compreensão da complexidade de cada serviço (MENESES et al, 2020).

A identificação dos fatores que contribuem para a persistência das filas de espera na reabilitação pode desempenhar um papel fundamental na melhoria do planejamento e controle dos gastos públicos, bem como na asseguarção de atendimento oportuno aos pacientes. Justificou-se a elaboração do Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física pela ausência de um fluxo pré-estabelecido e padronizado atualmente no Município de Criciúma, gerando uma grande demanda de encaminhamentos sem critérios de acesso, de forma que, por vezes, alguns prestadores de serviço encontram-se com filas de espera enquanto outros com agenda ociosa.

2.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

Como devem ser previstos e organizados os critérios de acesso aos serviços de reabilitação física no Município de Criciúma, de forma a pactuar os princípios de acesso preconizados pelo Sistema Único de Saúde?

2.2 FINALIDADE DO PRODUTO

Aprimorar o processo de encaminhamento para organização da demanda, mostrando critérios a serem seguidos, sendo utilizado tanto pelos profissionais da atenção primária, como também pelas unidades especializadas diante das solicitações oriundas de todas as complexidades, para acesso aos serviços de reabilitação física oferecidos no Município de Criciúma.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar o Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física no Município de Criciúma/SC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as principais lacunas na assistência do sistema relacionadas à reabilitação física dos usuários do SUS no município de Criciúma/SC;

Propor possibilidades organizacionais para melhorar os fluxos assistenciais nesse contexto;

Identificar a necessidade de convergência intra e intersetorial de procedimentos efetivos para facilitar o acesso aos serviços de reabilitação física através do SUS no município de Criciúma/SC;

Estabelecer critérios de priorização e equidade, através de Classificação de Risco, para o acesso aos serviços de reabilitação física através do SUS no município de Criciúma/SC;

Desenvolver um produto que forneça suporte técnico na forma de um protocolo para direcionar os casos relacionados à reabilitação física no município de Criciúma/SC.

4 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A Reforma Sanitária e a criação do SUS na década de 1980 foram responsáveis por transformações significativas na área da saúde, introduzindo um conceito ampliado de saúde que rompeu com a dicotomia entre as práticas curativas predominantes e as abordagens de prevenção e promoção da saúde. Sob essa nova perspectiva, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença foram além do foco exclusivo no ambiente hospitalar, uma vez que o modelo biomédico tradicional não abrangia uma visão abrangente de saúde. Esse contexto gerou a necessidade de novos saberes e conhecimentos em saúde, e disciplinas como ciências sociais e psicologia permitiram uma reorientação das ações de saúde, com

ênfase na participação da sociedade, integralidade e qualidade de vida (FERNANDES, 2022).

No contexto brasileiro, o SUS foi criado e é estruturado com base em uma rede de serviços e ações regionalizada e hierarquizada, com o propósito de assegurar o acesso à saúde como um direito fundamental estabelecido pela Constituição. Durante seu desenvolvimento, uma série de diretrizes foram estabelecidas, tais como descentralização, municipalização, regionalização, participação da sociedade e gestão interfederativa. Essas diretrizes resultaram em inovações na estrutura do Estado e na administração pública do país (VIANA, MACHADO, 2009).

Mesmo diante das transformações políticas e das mudanças nas políticas públicas, é possível notar a efetiva implementação das diretrizes organizacionais de descentralização e regionalização, o que tem gerado avanços significativos e, ao mesmo tempo, desafios na estruturação do sistema de saúde (REIS et al, 2017).

Com o objetivo de fortalecer a APS como coordenadora da RAS e melhorar a qualidade e resolutividade dos serviços, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), vinculados à ESF, nos quais houve a inserção do fisioterapeuta (BRASIL, 2014).

O trabalho do NASF é realizado por meio de uma estratégia de gestão chamada apoio matricial, que se complementa com o processo de trabalho em equipes de referência da ESF. Isso inclui ajudar as equipes a qualificar os encaminhamentos para outros pontos de atenção (micro regulação), estabelecer estratégias e critérios para melhorar o fluxo de atendimento e resolutividade em diferentes pontos da RAS, a partir da APS, além de auxiliar as equipes a aumentarem sua capacidade de cuidado (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Com as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, caracterizadas pela coexistência de doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças crônicas não transmissíveis, tem ocorrido impacto na gestão dos sistemas de saúde. Para lidar com esses desafios, é essencial integrar os serviços de saúde e capacitar os profissionais para aumentar a resolutividade. Isso levou à inserção do fisioterapeuta na equipe de saúde, com novas responsabilidades e atuação nos diferentes pontos de atenção (RODRIGUES et al, 2014).

Nesse contexto, a fisioterapia, como campo de conhecimento e prática, deve lidar não apenas com a assistência, mas também com a promoção da saúde e prevenção de doenças (REZENDE et al, 2009). Trabalhando em uma RAS, a

fisioterapia desempenha um papel importante na coordenação dos cuidados de saúde. No entanto, é necessário um esforço conjunto, pois a organização dos serviços de saúde em redes coordenadas permite a implementação da integralidade das ações, garantindo equidade e acesso aos demais serviços do sistema (RODRIGUES et al, 2014).

4.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A partir de 2010, o modelo de organização do SUS passou a adotar as RAS como sua principal referência. Esse modelo é baseado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS), preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Organización Panamericana de La Salud (OPAS, 2010), e tem sido utilizado em países que passam por transições demográficas e epidemiológicas, com predominância de doenças e condições crônicas (MENDES, 2011). Ele é apresentado como uma alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde e enfatiza a importância da atenção primária nas redes (MUÑOZ, 2018).

A proposta da RAS é uma resposta aos sistemas fragmentados de atenção, organizados através de pontos isolados e sem comunicação, inviabilizando uma atenção contínua e integral à saúde (MENDES, 2010).

A fragmentação dos sistemas de saúde afeta principalmente a resposta às condições crônicas, com efeitos sociais e econômicos, ao exemplo do atraso no diagnóstico, controle, e, conseqüentemente, pior evolução dos casos (MENDES, 2010).

O modelo conceitual foi proposto como um paradigma para a organização do SUS no Brasil. Esse padrão tem sido adotado tanto pelo Ministério da Saúde (MS) quanto pelos gestores estaduais e municipais de saúde como uma forma de política pública. A legislação que instituiu as RAS no Brasil propôs um modelo poliárquico, com diferentes pontos de atenção à saúde interligados, visando a alcançar melhores resultados epidemiológicos e de cuidado integral em saúde (BRASIL, 2010).

As principais justificativas para a implementação das RAS são a necessidade de organização dos sistemas de saúde para lidar com a carga tripla de doenças (infectocontagiosas, crônicas e causas externas) e a busca por melhores resultados econômicos, epidemiológicos e de cuidado integral em saúde (MENDES, 2011).

Dessa forma, a indução do MS para a implementação das RAS a partir de 2011 representou uma nova fase na organização do SUS, com o objetivo de garantir o cuidado integral e promover mudanças nos modelos de prestação de serviços de saúde, por meio de redes temáticas prioritárias, como a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Saúde da Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção às Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

4.1.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida em 2002, representou um importante avanço na conquista de direitos, acesso à saúde e inclusão das pessoas com deficiência (PcD) no Brasil. Essa política foi um marco significativo ao definir as diretrizes para a criação de uma rede regionalizada, descentralizada e participativa, sob a responsabilidade da gestão estadual. Essa abordagem foi adotada como estratégia fundamental para garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações direcionadas às pessoas com deficiência no âmbito do SUS. (BRASIL, 2002).

No ano de 2011, foi lançado o Plano Viver Sem Limites - Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o qual representa mais um avanço considerável nesse contexto. Esse plano foi estruturado em quatro eixos de atuação que abrangem temas fundamentais, como o acesso à educação, a inclusão social, a acessibilidade e a atenção à saúde. No eixo relacionado à saúde, uma das diretrizes estabelecidas enfatizou a necessidade de ampliação e aprimoramento da rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência, com um enfoque especial nos serviços de habilitação e reabilitação. O plano visava proporcionar uma assistência integral a essas pessoas, englobando ações voltadas para a prevenção e o diagnóstico precoce das deficiências, o desenvolvimento de diretrizes terapêuticas específicas e a promoção da reabilitação, com uma abordagem coordenada em todos os níveis de atenção e serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

Em 2012, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria nº 793/2012 que representa um grande avanço na implantação de uma política pública integrativa, organizada em torno de diferentes pontos de atenção, com propósito de ampliar o acesso aos serviços, devendo oferecer atendimento

multiprofissional em uma lógica interdisciplinar, regionalizada e regulado. Além de instituir novos pontos de atenção, busca ampliar seu papel e promover a articulação entre os serviços, de modo a ofertar atenção integral às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua. A composição desta rede abrange três componentes: atenção básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual e múltiplas deficiências, os Centros Especializados em Odontologia; e atenção hospitalar e de urgência (BRASIL, 2012).

4.2 ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

A atenção especializada no âmbito do SUS consiste em um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais caracterizadas por processos de trabalho de maior complexidade tecnológica. No entanto, ainda existem desigualdades regionais evidentes nesse aspecto no país. Nesse contexto, a atenção especializada tem sido reconhecida como um elemento crítico para garantir o acesso abrangente à saúde, especialmente diante da expansão da atenção básica e do conseqüente aumento na demanda por procedimentos especializados (GIOVANELA et al, 2012).

A atenção especializada em reabilitação física da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ocorre em estabelecimentos de saúde de modalidade única de reabilitação, em Centros Especializados em Reabilitação (CER) ou em Centros de Especialidades Odontológicas. Ainda de acordo com a organização da Rede, as oficinas ortopédicas e serviços especializados em reabilitação da pessoa ostomizada podem ser vinculados a serviços de reabilitação física ou a CER com modalidade de reabilitação física (CAMPOS et al, 2015).

A necessidade de organizar e regular as urgências surgiu para estabelecer uma estrutura e coordenação adequadas na provisão de ações e serviços na Rede de Atenção às Urgências (RAU), buscando articular os diversos níveis de recursos tecnológicos presentes nos diferentes componentes da rede e dentro dela (BARBOSA et al, 2016).

A regulação da assistência à saúde desempenha um papel fundamental ao ordenar o acesso a ações e serviços de saúde, priorizando a alocação de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos para pacientes com maior risco,

necessidade e/ou indicação clínica, provenientes de diferentes serviços de saúde, de forma oportuna (SPEDO et al, 2010).

Além disso, a regulação atua como um filtro para evitar encaminhamentos desnecessários, permitindo o acesso a consultas e procedimentos apenas quando há indicação clínica adequada. Essa ação de filtragem visa ampliar o cuidado clínico e a resolutividade na APS, evitando consultas e procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além de otimizar o uso dos recursos em saúde, a regulação evita deslocamentos desnecessários e promove maior eficiência e equidade na gestão das listas de espera. No entanto, para cumprir essas funções, é necessário ter informações mínimas do paciente que permitam determinar a necessidade da consulta ou do procedimento especializado, incluindo a classificação de risco do problema de saúde em questão. Nesse sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a atuação da regulação (BRASIL, 2016), guiando os atendimentos da APS e auxiliando o papel de coordenação e ordenamento do cuidado (KATZ et al, 2020).

A qualidade do cuidado é melhorada por meio de encaminhamentos adequados. No entanto, a ampla variação nos encaminhamentos e a falta de critérios claros e taxas aceitáveis de encaminhamento sugerem a ocorrência tanto do uso excessivo quanto insuficiente da atenção especializada. Além disso, a elevada demanda por encaminhamentos contribui para um aumento no tempo de espera para consultas especializadas (KATZ et al, 2020).

A regulação de encaminhamentos da APS para a atenção especializada é um problema ao mesmo tempo local e mundial. Envelhecimento da população, avanços no conhecimento biomédico, aumento da prevalência das condições de saúde e critérios diagnósticos progressivamente mais estritos levaram a aumento das taxas de multimorbidade (STARFIELD, 2011).

Não existe universalidade e integralidade sem equidade, e não há equidade sem regulação do acesso à assistência (MENDES, 2011).

4.3 REABILITAÇÃO NO SUS

A reabilitação desempenha um papel fundamental ao proporcionar o treinamento de novas habilidades para as pessoas que necessitam delas, permitindo que enfrentem os desafios diários. Através da reabilitação, é possível capacitar e habilitar indivíduos novamente em algo que foi perdido, sendo essencial o trabalho de uma equipe multidisciplinar que englobe profissionais de diversas áreas, sejam elas humanas, biológicas ou exatas. Essa abordagem colaborativa é fundamental para promover o processo de reabilitação, garantindo uma atuação abrangente e integrada visando ao bem-estar e à qualidade de vida dos indivíduos (SILVA et al, 2012).

Na realidade do sistema de saúde brasileiro, os serviços públicos de reabilitação ainda enfrentam desafios relacionados à fragmentação e falta de continuidade na assistência. Devido a fragilidades na articulação entre as diferentes instâncias de gestão do sistema, na gerência dos serviços e nas equipes profissionais que atuam diretamente no atendimento, é necessário considerar a urgência na organização, no planejamento e na execução de intervenções baseadas nas diretrizes da rede de cuidados. Essa necessidade é fundamental para superar as barreiras e garantir uma abordagem mais integrada e efetiva no âmbito da reabilitação, visando a uma assistência mais coerente e de qualidade para os pacientes (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Em estudo realizado no município de Campo Grande/MG entre 2017 e 2019, concluiu-se que há tempo excessivo de espera entre a solicitação e o agendamento, altos índices de absenteísmo e demanda reprimida. Esses aspectos atuam sinergicamente como barreiras de acesso ao cuidado fisioterapêutico ambulatorial da rede pública na capital estudada, com impactos negativos importantes na recuperação dos usuários (PEREIRA et al, 2022), o que evidencia a necessidade da implantação de protocolos de acesso eficazes.

O município de Criciúma conta atualmente com cinco clínicas de reabilitação física própria, sendo uma voltada exclusivamente ao atendimento uroginecológico, oito prestadores de serviço credenciados através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e um Centro Especializado em Reabilitação (CER-II), habilitado pela Portaria nº 1357 de 2013, além de contar com os serviços ofertados pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) à população. Destes, somente o acesso ao CER possuía regulação através do Sistema de Regulação SISREG, oferecido pelo Estado de Santa Catarina.

5 MÉTODOS

Foram analisados os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada disponibilizados através do *site* do MS para definição dos critérios de encaminhamento para os serviços de reabilitação física oferecidos pelo Município de Criciúma, de forma a criar uma rede de acesso unificada baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde organizando a demanda, mostrando critérios a serem seguidos para o acesso aos serviços.

5.1 TIPO DE PRODUTO

Trata-se de produto técnico em forma de Manual/Protocolo de acordo com o Anexo 1 da Resolução 02/2019, do Colegiado Pleno do PPGSCol.

5.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

O produto foi desenvolvido junto aos setores de Regulação e Atenção Especializada, Controle, Avaliação e Auditoria da SMS do Município de Criciúma/SC para ser utilizado pelos reguladores, bem como profissionais da atenção primária do mesmo. O município de Criciúma conta atualmente com cinco clínicas de reabilitação física própria, sendo uma voltada exclusivamente ao atendimento uroginecológico, oito prestadores de serviço credenciados através da SMS e um Centro Especializado em Reabilitação (CER-II), habilitado pela Portaria nº 1357 de 2013, além de contar com os serviços ofertados pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) à população. Destes, somente o acesso ao CER possuía regulação através do Sistema de Regulação SISREG, oferecido pelo Estado de Santa Catarina.

5.3 PÚBLICO ALVO

Profissionais reguladores, da atenção primária e secundária em saúde do Município de Criciúma/SC.

5.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

5.4.1 Etapa 1: Levantamento das necessidades

Atualmente, o Município de Criciúma não possui um fluxo pré-estabelecido e padronizado de acesso aos serviços de reabilitação física ofertados através do SUS, gerando uma grande demanda de encaminhamentos sem critérios. Os prestadores de serviço, bem como as clínicas próprias do Município atuavam na modalidade “porta aberta”, de forma que, por vezes, alguns locais de atendimento encontravam-se com filas de espera enquanto outros com agenda ociosa.

Foi proposto um documento norteador com os critérios e fluxos de encaminhamento, bem como a urgência para atendimento de cada um deles, seguindo a capacidade de cada serviço para absorver a demanda.

Não foi possível mensurar a quantidade de pacientes em fila, bem como o tempo de espera para os serviços de reabilitação física, uma vez que não existe no Município essa organização.

5.4.2 Etapa 2: Recursos necessários para elaboração do produto

Os recursos e estrutura física, apoio logístico e operacional, materiais necessários, profissionais para o desenvolvimento das atividades, gestão local, disponibilidade financeira, foram os já existentes no Município, não havendo necessidade de investimentos por parte da gestão ou da instituição de ensino para a elaboração e aplicação deste produto.

5.4.3 Etapa 3: Elaboração da proposta de produto

Foi desenvolvido um documento em formato de Protocolo com objetivo de estabelecer o fluxo e os critérios de encaminhamento dos usuários do SUS aos serviços de reabilitação física existentes no Município de Criciúma.

O Protocolo conta com a organização do acesso aos serviços, definindo quem, como e quando estes podem ser utilizados, bem como de que forma os encaminhamentos gerados devem ser inseridos no sistema de informação utilizado pelo Município. O documento traz ainda de que forma as vagas ofertadas pelos

serviços de reabilitação física do Município deverão ser preenchidas e os critérios para regulação do acesso às mesmas, através de Classificação de Risco, a serem utilizados pelo profissional regulador. Demais orientações quanto aos prazos de início dos tratamentos, deslocamento dos usuários, termos de consentimento e critérios de exclusão também fazem parte do Protocolo proposto, assim como os critérios para controle e avaliação dos serviços ofertados.

5.4.4 Etapa 4: Monitoramento ou Avaliação das ações

Espera-se que com a implantação e utilização do Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física no Município de Criciúma/SC, ocorra o correto encaminhamento dos usuários, bem como a garantia de acesso pautado na equidade, premissa do SUS, a serem monitorados e avaliados através das Ouvidorias constantes no Município, bem como observação das filas geradas no sistema de informação utilizado e boletins de procedimento dos prestadores e dos serviços próprios.

6 RESULTADOS

6.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

Para a elaboração do produto foram examinados os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, disponibilizados pelo MS, visando estabelecer critérios de direcionamento aos serviços de reabilitação física oferecidos em Criciúma. O objetivo foi criar uma rede de acesso unificada, baseada nos princípios do SUS, para organizar a demanda e estabelecer critérios de acesso aos serviços.

O produto resultante foi desenvolvido em colaboração com os setores de Regulação, Atenção Especializada, Controle, Avaliação e Auditoria da SMS de Criciúma/SC. Ele é destinado tanto aos reguladores quanto aos profissionais de atenção primária e secundária do município. Atualmente, Criciúma conta com cinco clínicas de reabilitação física própria, sendo uma voltada exclusivamente ao

atendimento uroginecológico, oito prestadores credenciados pela SMS e um Centro Especializado em Reabilitação (CER-II), regulado por meio da Portaria nº 1357 de 2013, juntamente com os serviços oferecidos pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) à população e não possuía um fluxo pré-estabelecido e padronizado de acesso aos serviços de reabilitação física. Os prestadores de serviço, bem como as clínicas próprias do Município atuavam na modalidade “porta aberta”, de forma que, por vezes, alguns locais de atendimento encontravam-se com filas de espera enquanto outros com agenda ociosa.

Embora não fosse possível quantificar a quantidade de pacientes em fila ou o tempo de espera para os serviços de reabilitação física devido à falta de organização nesse sentido, o projeto se apoiou nos recursos, estrutura, apoio logístico, profissionais e disponibilidade financeira já existentes no município, sem requerer investimentos adicionais.

O resultado foi a elaboração de um Protocolo, apresentado no Apêndice A, que estabelece o fluxo e critérios de encaminhamento de pacientes do SUS para os serviços de reabilitação física em Criciúma. O Protocolo organiza o acesso aos serviços, especificando quem, como e quando eles podem ser utilizados, além de orientar como os encaminhamentos devem ser registrados no sistema de informações do município. O documento também define como as vagas oferecidas pelos serviços de reabilitação devem ser preenchidas, utilizando Classificação de Risco para regular o acesso, e inclui diretrizes e prazos de tratamento, transporte de pacientes, consentimento, além de critérios de exclusão. Além disso, são apresentados critérios para o controle e avaliação dos serviços oferecidos. O objetivo final é aprimorar o acesso e a qualidade dos serviços de reabilitação física na atenção secundária, seguindo os princípios do SUS.

6.2 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE APLICAÇÃO DO PRODUTO

O produto encontra-se em uso pela Regulação da SMS de Criciúma desde fevereiro de 2023 servindo como organizador da demanda e facilitador dos encaminhamentos aos serviços de reabilitação física no Município, no entanto, ainda não há indicadores disponíveis para avaliação do mesmo, sendo assim, sugere-se a mesma após o período de um ano em uso, porém, já pode-se observar efetiva resolutividade na equidade do acesso, garantindo cuidado prioritário aos casos mais

urgentes e distribuindo a demanda de encaminhamentos entre os locais de atendimento de forma igualitária.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação e criação do Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física em Criciúma é fundamental para aprimorar o sistema de saúde local. A análise dos Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada, disponibilizados pelo MS, proporcionou uma base sólida para definir os critérios de encaminhamento aos serviços de reabilitação física. Esta abordagem permitiu criar uma rede de acesso unificada, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelecer critérios transparentes para o acesso aos serviços.

As forças dessa proposta residem na colaboração entre diferentes setores da SMS, incluindo Regulação, Atenção Especializada, Controle, Avaliação e Auditoria, além das equipes de Atenção Básica e Especializada, que serão beneficiadas com o seu uso. A utilização dos recursos, infraestrutura e profissionais já disponíveis no município minimizou a necessidade de investimentos adicionais. No entanto, a fragilidade identificada é a falta de um sistema de organização prévio para pacientes em fila de espera, o que dificultou a quantificação da demanda e do tempo de espera.

O Protocolo desenvolvido está intrinsecamente ligado à linha de pesquisa e ao campo da saúde coletiva, uma vez que busca otimizar a distribuição dos recursos de reabilitação física, garantir acesso equitativo aos serviços e melhorar a qualidade de cuidados oferecidos aos pacientes do SUS.

Quanto ao potencial de usabilidade, o produto apresenta um grande impacto positivo. Ele oferece um roteiro claro para reguladores e profissionais de atenção primária e secundária, orientando-os sobre como encaminhar pacientes, estabelecendo critérios de priorização com base na gravidade e capacidade de cada serviço.

A inovação do Protocolo reside na sua abordagem sistematizada para organizar e padronizar o acesso à reabilitação física, além de promover a utilização eficaz dos recursos disponíveis. Ao centralizar e coordenar o encaminhamento, o Protocolo agrega eficiência e equidade à distribuição dos atendimentos.

A mudança gerada pelo produto é substancial. Ao regulamentar o fluxo de pacientes, o Protocolo otimiza a alocação de recursos, organiza as filas de espera e diminui a ociosidade em alguns serviços. Isso resulta em um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, ao mesmo tempo que alivia a pressão sobre os

serviços de reabilitação física. O Protocolo também reforça a aplicação dos princípios do SUS, promovendo uma abordagem mais justa e inclusiva à saúde coletiva, e demonstra um potencial duradouro para aprimorar a gestão e o atendimento nos serviços de reabilitação física em Criciúma.

8 REFERÊNCIAS

BARBOSA, DVS; BARBOSA, NB; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24(1), p. 49-54. Jan/Mar, 2016. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/487tjCDYTQhNFdM7wnsYgDd/?lang=pt#>>. Acesso em: 13 de agosto de 2022.

BISPO, JJP. Fisioterapia e Saúde Coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15(1), p. 1627-1636. Junho, 2010. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PC76jP6HVQ6rYN7VgJ7z59g/>>. Acesso em: 23 de julho de 2021.

BRASIL. Constituição Federal, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, 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)**. Diário Oficial da União 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**. Brasília, 2016. 22 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, 2014. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, 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)**. Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014. 159 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite**. Diário Oficial da União, Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. 2012.

CAMPOS, GWS; DOMITTI, AN. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saude Publica**, v. 23(2), p. 399-407. Fevereiro, 2007. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/>>. Acesso em: 23 de julho de 2021.

CAMPOS, MF; SOUZA, LAP; MENDES, VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface**, v. 19(52), p. 207-210. Janeiro/março 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/fYrqn9vrBQcMddbSRWStqfm/>>. Acesso em: 05 de julho de 2023.

CUNHA GT, CAMPOS GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc**, v 20(4), p. 961-970. Dezembro, 2011. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JFWjx7YnMz7mcDjFNDpxRcc/>>. Acesso em: 13 de agosto de 2022.

FERNANDES, J; GOMES, MMF; SOUZA, BS; MARÃES, VRFS. Postos de trabalho ocupados por fisioterapeutas: uma menor demanda para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27(6), p. 2175-2186. junho, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.14692021>>. Acesso em: 16 agosto de 2022.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, LVC; NORONHA, JC; CARVALHO, AI. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.627-63.

GOMES, SM; MIRANDA, GMD; SOUSA, FOS; NASCIMENTO, CMB; LIMA, MLLT; SILVA, VL; VILELA, MBR. Reabilitação física/funcional no Brasil: análise espaço-temporal da oferta no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28(2), p. 373-383. Fevereiro, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/T6nsdVnNxXYnR8zSJ7cw3vL/?lang=pt#>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa nacional de saúde: 2022. Rio de Janeiro, 2023.

KATZ, N; ROMAN, R; RADOS, DV; OLIVEIRA, EB; SCHMITZ, CAA; GONÇALVES, MR; MENGUE, SS; UMPIERRE, RN. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25(4), p. 1389-1399. Março, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/YNYc4k7g438VF7YqXcr8vyn/?lang=pt#>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

LOYOLA, EAC; BORGES, LM; MAGALHÃES, PAP; ARECO, FS; YOCHIMOCHI, LTB; PANOBIANCO, MS. Rehabilitation group: benefits and barriers in the perspective of

women with Breast Cancer. **Texto Contexto Enferm**, v. 26(1), p. 1-10. Fevereiro, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/mv5Xq65DtDPtyz67ZQVhsKd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 12 agosto de 2023.

MENESES, AS; SILVA, JSM; SILVA, LE. Perspectiva financeira sobre regulação de filas de espera para fisioterapia na Atenção Primária à Saúde. **SciELO Preprints**. 2020. Disponível em: <[file:///C:/Users/fisio/Downloads/abel-meneses,+Artigo_Meneses+et+al_Regula%C3%A7%C3%A3o-Fisioterapia_APS%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fisio/Downloads/abel-meneses,+Artigo_Meneses+et+al_Regula%C3%A7%C3%A3o-Fisioterapia_APS%20(1).pdf)>. Acesso em: 12 de agosto de 2023.

MENDES, EV. As redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(5), p. 2297-2305. Agosto, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/>>. Acesso em: 25 agosto de 2021.

MENDES, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 2012. 512 p.

MUÑOZ, RT; HENAD, DP; VARÓN, AG. Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, v. 17(34), p. 178-189. Janeiro/Junho, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272018000100178&lng=es&nrm=is>. Acesso em: 25 agosto de 2021.

OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 66, p. 158-164. Setembro/2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 25 agosto de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). A inclusão social e os direitos das pessoas com deficiência no Brasil: uma agenda em desenvolvimento pós-2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-07/UN_Position_Paper-People_with_Disabilities.pdf>. Acesso em: 12 de agosto de 2023.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política e hoja de ruta para sua implementación em las Américas. Washington, D.C, 2010. Disponível em: <https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf> Acesso em: 23 de julho de 2021.

PEREIRA, AG; GOMES, AM; MEREY, LSF; CARLI, AD; SANTOS, MLM. Agendamento, tempo de espera, absenteísmo e demanda reprimida na atenção

fisioterapêutica ambulatorial. **Fisiot. Mov.** v. 35, p. 1-10. Fevereiro/2022. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/fm.2022.35113>>. Acesso em: 14 de agosto de 2023.

REIS, AA; SÓTER, APM; FURTADO, LAC; PEREIRA, SSS. Reflexões para a Construção de uma Regionalização Viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22(4), p. 1045-1054. Abril, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kH9mph6vVhWvKLGbSX4bBFd/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 23 de julho de 2021.

REZENDE, M; MOREIRA, MR; FILHO, AA; TAVARES, MFL. A equipe multiprofissional da saúde da família: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(1), p. 1403-1410. Outubro, 2009. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/gfvv8cqRYLYLXFCjGnVS4YN/>>. Acesso em: 02 de março de 2023.

RODRIGUES, LBB; SILVA, PCS; PERUHYPE, RC; PALHA, PF; POPOLIN, MP; CRISPIM, JA. A Atenção Primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19(2), p. 343-352. Fevereiro, 2014. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/nBKRxhLTPkdp489zfNGhKnt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 de março de 2023.

SILVA, GA; SCHOELLER, SD; GELBCKE, FL; CARVALHO, ZMF; SILVA, EMJP. Functional assessment of people with spinal cord injury: use of the functional independence measure - FIM. **Texto Contexto Enferm**, v. 21(4), p. 929-936. Dezembro, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/BBQdWD5VzJqbmZ4vPGP6dbQ/?lang=en>>. Acesso em: 05 de julho de 2023.

SOUSA, ARB; RIBEIRO, KSQS. A Rede assistencial em fisioterapia no Município de João Pessoa: uma análise a partir das demandas da atenção básica. **Rev Bras Cienc Saúde**. V. 15(3), p. 357-368. Dezembro, 2011. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613385>>. Acesso em: 13 de agosto de 2022.

SPEDE, SM; SILVA PINTO, NR; TANAKA, OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 20(3), p. 953-972. 2010. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/physis/a/vBv9ZbGrBZd4N8RKx5xGRNL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 02 de março de 2023.

STARFIELD B. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. **Prim Health Care**, v. 12(1), p. 1-2. Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S1463423610000484>>. Acesso em: 26 de junho de 2023.

VIANA, ALA; MACHADO, CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14(3), p. 807-817. Junho, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VVYfV3swmPs9qWWftt5yFMQ/?lang=pt>>. Acesso em: 02 de março de 2023.

WERNECK, MAF; FARIA, HP; CAMPOS, KFC. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p

APÊNDICES

**APÊNDICE A – PROTOCOLO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE
REABILITAÇÃO FÍSICA NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA/SC**

1 INTRODUÇÃO

A regulação do SUS tem como objetivo promover, proteger e recuperar a saúde, levando em consideração as particularidades da organização e do funcionamento dos serviços de saúde. Para solucionar os problemas encontrados nos serviços de reabilitação física vinculados ao SUS, é necessário estabelecer protocolos de acesso e clínicos adequados.

Com o objetivo de aprimorar o processo de encaminhamento, é sugerida a elaboração de um Protocolo de Acesso onde, para sua preparação, foram analisados os Protocolos de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada disponibilizados através do *site* do Ministério da Saúde, de forma a criar uma rede de acesso unificada baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde que servirá como um organizador da demanda, estabelecendo critérios a serem seguidos. Ele será utilizado tanto pelos profissionais da atenção primária quanto pelas unidades especializadas diante das solicitações provenientes de diferentes complexidades. A implementação desse protocolo proporcionará visibilidade a todos os profissionais envolvidos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo o acesso e o cuidado integral aos usuários do SUS. Além disso, contribuirá para a melhoria do tempo de espera por assistência, reduzindo a demanda reprimida em alguns serviços e ociosa em outros.

Com o Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física, será possível estabelecer critérios claros para encaminhamentos, considerando a gravidade da condição do paciente, a disponibilidade de recursos e a capacidade de resolução dos serviços. Dessa forma, a distribuição dos atendimentos será mais equitativa e eficiente, reduzindo as desigualdades no acesso à reabilitação física na atenção secundária.

Ao seguir as diretrizes estabelecidas, os profissionais poderão oferecer um cuidado mais adequado e efetivo aos pacientes, garantindo a qualidade dos serviços prestados.

Portanto, a elaboração do Protocolo de Acesso aos Serviços de Reabilitação Física por meio do SUS no Município de Criciúma/SC tem como objetivo principal organizar a demanda por reabilitação física na atenção secundária, melhorando o acesso. Ao estabelecer critérios claros de encaminhamento, o protocolo contribuirá

para garantir um cuidado integral e equitativo aos usuários do SUS, fortalecendo a regulação do sistema de saúde.

Esperamos que este documento norteie as ações que envolvam os encaminhamentos para as ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação.

2 FLUXO DE ACESSO AO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA

2.1 Do Acesso

O acesso ao serviço de Reabilitação Física pelo Sistema Único de Saúde no Município será realizado obrigatoriamente através da Rede Municipal de Saúde de Criciúma/SC e contemplará apenas residentes do Município.

É de responsabilidade do usuário ou responsável, a atualização de dados cadastrais no sistema Celk, como endereço e telefone, junto a sua Unidade Básica de Saúde de referência.

Para ter acesso ao serviço o usuário deverá ser encaminhado pelo Médico ou Enfermeiro (observar item 3 do Protocolo) da Unidade Básica de Saúde a qual pertence, através de requisição impressa via Celk que deverá conter os dados pessoais do usuário, número do CNS, relato de história clínica completa que justifique a reabilitação e CID-10. Cabe ao profissional responsável, o preenchimento correto do encaminhamento, contendo de forma clara a indicação, diagnóstico clínico, com seu respectivo código CID-10. O encaminhamento também poderá ser feito através de Nota de Alta vinda de hospitais transcrevendo-os no sistema Celk.

Com a requisição em mãos, o usuário ou responsável deverá aguardar o chamamento via telefone ou bootmaker com o agendamento conforme prioridade da regulação. O atendimento poderá ser realizado nas clínicas de reabilitação física próprias do Município, nos prestadores de serviço credenciados através da SMS, no Centro Especializado em Reabilitação (CER-II) ou na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

Após a regulação do atendimento, comunicar ao usuário que o tratamento foi autorizado e solicitar que o mesmo busque a folha de liberação de consulta ou providenciar a entrega ao mesmo, atentando-se ao local agendado.

Para que o atendimento seja realizado, o usuário deverá comparecer ao local indicado munido da requisição médica e documento que comprove a liberação de consulta.

Os atendimentos em Reabilitação Física realizados pelo município de Criciúma, terão seu fluxo regulado via CELK.

3 DO CELK - SISTEMA DE INFORMAÇÃO/REGULAÇÃO

Os usuários deverão ser inseridos nas filas conforme segue:

- **Consulta em atendimento em Fisioterapia Uroginecológica:** encaminhamento médico ou de enfermeiro (a) da UBS para atendimento ambulatorial de: incontinências leves e moderadas femininas e masculinas; disfunções sexuais femininas e masculinas; prolapsos vesicais, uterinos e enterais; pré e pós operatório de bexiga, útero e intestino; flatus anais e vaginais; atendimento à gestante; apoio à amamentação; consulta e preparação para o parto; pré e pós operatório de prostatectomia; dor pélvica crônica masculina e disfunções pélvicas pediátricas. Importante constar na requisição se é gestante;
- **ESF/AB sessões de Fisioterapia:** encaminhamento médico do clínico da UBS ou especialista para atendimento de usuários acima de 12 anos com patologias ortopédicas, traumatológicas, reumatológicas e cardiorespiratórias agudas; e neurológicas crônicas (acima de 1 ano);
- **Fisioterapia Pediátrica:** encaminhamento médico do clínico da UBS ou especialista para atendimento de usuários até 12 anos incompletos com patologias ortopédicas, traumatológicas, reumatológicas, cardiorespiratórias e neurológicas agudas ou crônicas.

4 DAS PACTUAÇÕES

Existem diversos serviços pactuados entre o Município de Criciúma e os demais da região, entre eles, a reabilitação física e intelectual ofertada através do CER-II. Dada a dificuldade de todos os Município utilizarem o mesmo sistema de informação, uma vez que a aquisição do mesmo depende de fatores ligados à

licitação, os usuários que se enquadrarem nas patologias abaixo descritas, deverão ser inseridos no SISREG, na opção **Consulta de nível superior – exceto médico**, para regulação.

- Sequelas de Traumas;
- Lesão Medular (até 6 meses da data do episódio);
- Sequela de Acidente Vascular Cerebral (até 6 meses da data do episódio);
- Amputações;
- Traumatismo Crânio Encefálico (até 6 meses da data do episódio);
- Doenças Neuromusculares;
- Paralisia Cerebral;
- Síndromes Genéticas que comprometam o aparelho locomotor;
- Mielomeningocele;
- Malformações Congênitas;
- Paralisia Infantil;
- Neuropatias;
- Deficiência Congênita, Adquirida, Hereditária e Doença;

5 DAS VAGAS

As vagas para atendimento serão preenchidas conforme os critérios de classificação e prioridade. Será liberado somente um procedimento, de acordo com CID 10, por usuário. Caso haja mais de uma solicitação, será respeitado o critério de classificação de prioridade.

A regulação fornecerá a data do primeiro atendimento, cabe a UBS informar o paciente das informações de agendamento, se necessário levar até o domicílio do usuário o agendamento.

5 DAS PRIORIDADES DE ACESSO

A regulação do atendimento será baseada nos critérios de classificação de risco e definidas conforme quadro a seguir.

Quadro 1. Classificação de Prioridade de Atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
GRAU DE PRIORIDADE	ENCAMINHAMENTO	MOTIVOS	EXEMPLOS
Prioridade 1 (P1)	Prioritário	usuários que necessitam atendimento prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações.	<p>Pré-operatórios em geral Pós-operatório/traumas/fraturas com data inferior a 90 dias da alta hospitalar ou retirada da imobilização, com limitação funcional;</p> <p>Reabilitação pós-operatório de Cirurgia torácica e abdominal (safena, drenagem de tórax...)</p> <p>Doenças respiratórias pediátricas em crises agudas com gravidade compatível com assistência ambulatorial</p> <p>Episódios agudos com data inferior a 90 dias de origem ocupacional, com incapacidade funcional grave para as atividades de vida diária ou trabalho;</p> <p>AVC/AVE, outras patologias neurológicas até 180 dias de alta hospitalar do episódio mais recente</p> <p>Neoplasias Disfunções vestibulares</p> <p>Estimulação precoce em prematuros</p> <p>Pé e torcicolo congênito</p> <p>Incontinência urinária grave e moderada Prolapsos vesicais, uterinos e enterais</p>

			Reabilitação Pós COVID
Prioridade 2 (P2)	Eletivo Prioritário	usuários que necessitam atendimento num curto período de tempo	<p>Pós-operatório/traumas/fraturas com data superior a 90 dias da alta hospitalar ou retirada da imobilização, sem limitação funcional;</p> <p>Episódios agudos com data entre 90 e 120 dias de origem ocupacional, com incapacidade funcional grave para as atividades de vida diária ou trabalho;</p> <p>Traumas, AVC/AVE, outras patologias neurológicas entre 180 e 365 dias de alta hospitalar do episódio mais recente</p> <p>Patologias Obstrutivas/Restritivas Crônicas</p> <p>Incontinência urinária leve Disfunções pélvicas pediátricas</p> <p>Pré-parto</p>
Prioridade 3 (P3)	Não Urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	<p>Dores crônicas (com data superior a 1 ano)</p> <p>Sequelas de AVC/AVE (com data superior a 1 ano)</p> <p>Flatus anais e vaginais</p> <p>Pós-parto Apoio à amamentação</p> <p>Alterações Posturais</p>

6 TERMO DE CONSENTIMENTO E DESLIGAMENTO

Os usuários atendidos nas Clínicas de gestão direta do Município deverão assinar o Termo de Consentimento (em anexo) e serem orientados quanto às faltas. Nos casos em que o usuário que não comparecer sem justificativa à duas sessões, o mesmo será desligado do atendimento e evoluído em prontuário.

7 DAS ASSINATURAS NAS GUIAS

Os usuários atendidos pelos prestadores de serviços credenciados devem assinar nas guias as sessões realizadas nos respectivos dias de atendimento, não sendo permitido aos mesmos solicitar que todas as datas sejam assinadas de uma só vez, sob pena de rescisão do contrato de prestação de serviço após Auditoria. No caso de não comparecimento em duas das sessões, o prestador/clínica não está autorizado a solicitar a assinatura do usuário como se a sessão tivesse sido realizada, sob pena de rescisão do contrato de prestação de serviço após Auditoria.

8 DO PRAZO DAS SESSÕES

Haverá o prazo de 10 dias para início do tratamento e de 90 dias para conclusão do mesmo, após a data de regulação da solicitação.

9 DESLOCAMENTO

O paciente se propõe a ir até o local de atendimento por meios próprios. Usuários impossibilitados de se deslocarem devem solicitar transporte através da Central de Transportes, conforme Protocolo estabelecido pela Secretaria de Saúde do Município de Criciúma/SC.

10 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não serão diretamente reguladas guias encaminhadas a hidroterapia, sendo este um recurso terapêutico, não uma especialidade, mas sim as disfunções com seus CID's-10 respectivamente.

Não serão reguladas guias sem CID-10.

Não serão aceitas fotocópias de encaminhamentos, fichas de encaminhamentos preenchidas de forma ilegível, inadequadas, com dados insuficientes, rasuradas, danificadas.

11 Controle e Avaliação

Mensalmente, os prestadores de serviço deverão enviar ao setor de Controle e Avaliação na SMS de Criciúma/SC, via malote, sua produção mensal para faturamento e pagamento dos procedimentos. Deverá conter as requisições dos usuários assinadas, o boletim de produção individual e as agendas CELK. Após conferência interna, os mesmos ficarão disponíveis para serem retirados.

A produção realizada pelos locais de atendimento próprios do Município será feita através da Celk.

12 Solicitação de exames complementares

A solicitação de exames complementares afigura-se como competência expressamente reconhecida pelo COFFITO para o fisioterapeuta e para o terapeuta ocupacional, respectivamente, nas Resoluções-COFFITO nº 80/87 e nº 81/87, além de estar presente nas diretrizes curriculares do curso de graduação da Fisioterapia. É prerrogativa do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional realizar consultas, solicitar exames complementares e colher dados necessários à elaboração do diagnóstico fisioterapêutico e terapêutico ocupacional.

Assim, o COFFITO, no exercício de sua competência legal, atribui ao fisioterapeuta a competência para solicitação de laudos técnicos e exames complementares, tudo no intuito de lhe proporcionar uma avaliação correta das condições do paciente e de reajustes ou alterações das condutas terapêuticas empregadas, adequando-as quando necessário (art. 2º da Resolução COFFITO nº 80/1987).

Desse modo, fica autorizado a solicitação de exames complementares por parte do profissional Fisioterapeuta vinculado à Prefeitura Municipal de Criciúma por meio de uma investigação especializada, com o objetivo de justificar alta, continuidade ao tratamento de Fisioterapia ou encaminhamento ao especialista. Dos seguintes

exames: RX e Ultrassonografia para investigação de lesões ósseas ou de partes moles (tendões e músculos).

13 REGULAÇÃO E CONTROLE DO GESTOR

Tabela 1 – Número de Atendimentos

Objetivo estratégico	Mensurar o número de atendimentos mensais de acordo com a quantidade de usuários atendidos
Nome do indicador	Número de atendimentos por usuário
Descrição	Mensuração do número de atendimentos por mês realizadas pelo prestador
Propósito/justificativa	Quantificar os atendimentos de fisioterapia por usuário
Fórmula	Somatório de atendimentos por usuário realizadas pelo prestador no mês
Unidade de Medida	atendimentos mensais
Fonte de Dados	BPA
Frequência	Mensal
Meta	Meta a definir
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data para implementação do indicador	Na aprovação do protocolo

Tabela 2 – Número de Atendimentos por Categoria

Objetivo estratégico	Mensurar o número de atendimentos mensais de acordo com a quantidade de usuários atendidos por categoria (ortopédicos, neurológicos, respiratórios)
Nome do indicador	Número de atendimentos por usuário
Descrição	Mensuração do número de atendimentos por mês realizadas pelo prestador
Propósito/justificativa	Quantificar os atendimentos de fisioterapia por categoria
Fórmula	Somatório de atendimentos por categoria realizadas pelo prestador no mês
Unidade de Medida	atendimentos mensais
Fonte de Dados	BPA
Frequência	Mensal
Meta	Meta a definir
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data para implementação do	Na aprovação do protocolo

indicador

Tabela 3 – Número de Procedimentos por Atendimento divididos por Categoria

Objetivo estratégico	Mensurar o número de procedimentos mensais de acordo com a quantidade de usuários atendidos
Nome do indicador	Número de atendimentos por usuário
Descrição	Mensuração do número de atendimentos por mês realizadas pelo prestador dividido por categoria
Propósito/justificativa	Quantificar os procedimentos de fisioterapia por categoria
Fórmula	Somatório de procedimentos por categoria realizadas pelo prestador no mês
Unidade de Medida	atendimentos mensais
Fonte de Dados	BPA
Frequência	Mensal
Meta	Meta a definir
Responsável pela informação	Fisioterapeuta
Responsável pela tomada de decisão	Fisioterapeuta
Data para implementação do indicador	Na aprovação do protocolo

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Usuário _____, portador do Cartão Nacional do SUS nº _____ está sendo admitido no serviço de Fisioterapia do Município de Criciúma/SC, em ___/___/___ e declara que foi informado, está ciente e concorda que:

A. em caso de não comparecimento à sessão não haverá reposição da mesma;

B. em caso de 2 (duas) faltas perderá o direito à continuidade do tratamento.

Criciúma, _____, de _____ de _____

Assinatura do paciente/responsável

Assinatura do fisioterapeuta