

**PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO/ATENDIMENTO  
SETOR DE FISIOTERAPIA  
ESF 18 DE MARÇO**

**CAPÍTULO 1 - APRESENTAÇÃO**

1) Este protocolo tem por objetivo estabelecer critérios para encaminhamento/agendamento aos atendimentos no Setor de Fisioterapia, da Unidade de Saúde 18 de Março, ESF Caetano Mendes e ESF São Bento, bem como para os atendimentos especializados na UBS e em domicílio.

**CAPÍTULO 2 – CRITÉRIOS PARA AGENDAMENTO**

1) Para agendar o tratamento o paciente ou responsável deve dirigir-se ao Setor de Fisioterapia, portando encaminhamento médico e cartão SUS.

2) O encaminhamento deve conter:

- Nome completo do paciente;
- Motivo do encaminhamento: deverá conter de forma clara e legível o Diagnóstico Clínico e/ou seu respectivo código CID-10;
- Solicitação de FISIOTERAPIA (por escrito);
- Data da solicitação;
- Carimbo e assinatura do médico responsável.

3) Outros profissionais (Enfermeiro, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Nutricionista, etc.) poderão solicitar Avaliação Fisioterapêutica, desde que no encaminhamento conste o motivo da solicitação/histórico do paciente.

4) Serão aceitos apenas encaminhamentos originais e preenchidos de forma correta. Não serão aceitos fotocópias ou fax de encaminhamentos para fisioterapia, encaminhamentos com data de solicitação superior a 90 (noventa) dias, assim como serão recusados os encaminhamentos preenchidos de forma ilegível, rasurados ou danificados de tal forma que dificultem a correta identificação das informações necessárias.

5) No caso de recusa do encaminhamento pelo Setor de Fisioterapia, pelos motivos acima descritos, é de total e exclusiva responsabilidade do paciente retornar ao médico responsável pela prescrição para a correção/atualização das informações ou a um profissional pertencente à Rede Municipal de Saúde para emissão de novo encaminhamento.

6) Os usuários que forem encaminhados e agendados para o serviço de fisioterapia terão direito a realizar o número de sessões especificado no encaminhamento médico, desde que não ultrapasse 20 sessões, que é a quantidade máxima de atendimentos que será realizada por encaminhamento.

7) Cada paciente deverá ser atendido no Setor de Fisioterapia da sua respectiva área de abrangência. Pacientes do ESF (Estratégia de Saúde da Família) São José, ESF 18 de Março I e II, EAP Clínica da Mulher e EAP São José serão atendidos no Setor de Fisioterapia da Unidade 18 de Março, pacientes do ESF São Bento e ESF Alto do Amparo serão atendidos no Setor de Fisioterapia da Unidade São Bento e pacientes do ESF Caetano Mendes serão atendidos no Setor de Fisioterapia da Unidade Caetano Mendes.

8) Os pacientes serão chamados para iniciar o tratamento de acordo com o critério de priorização e classificação de risco descrito abaixo:

**VERMELHO:** Prioridade 1

**AMARELO:** Prioridade 2

**VERDE:** Prioridade 3

**AZUL:** Prioridade 4

PRIORIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO, DIAGNÓSTICO CLÍNICO/FUNCIONAL
VERMELHO	Quadros agudos e subagudos ocorridos em até 90 dias antes da data do agendamento. - Pós-operatórios em geral. - Pós-traumas (Ex.: entorses, luxações, fraturas, etc.). - Quadros neurológicos agudos (Ex.: AVE, TCE, lesão medular, etc.). - Quadros respiratórios.
AMARELO	Bebês (até 2 anos) (Ex.: Atraso DNPM, etc.) Gestantes
VERDE	Idosos Crianças (3 a 12 anos)
AZUL	Demais pacientes (entre 13 e 59 anos)

9) Critérios de exclusão:

- Pacientes que residem em outros municípios;
- Pacientes que não pertençam às áreas de abrangência dos respectivos ESF's/EAP's de suas localidades;
- Finalidades estéticas;
- Paciente sem encaminhamento médico;
- Pacientes que sejam alunos da APAE. Estes já recebem atendimento fisioterapêutico na escola;
- Pacientes com encaminhamento para atendimento especializado (Ex.: Drenagem linfática manual, RPG, Pilates, Acupuntura, Isostretching, Fisioterapia uroginecológica, Dermato Funcional, etc.).

### **CAPÍTULO 3 – RECEPÇÃO DE ENCAMINHAMENTOS**

1) Os dados do paciente e do encaminhamento médico serão registrados em uma agenda/lista de espera, bem como a data do agendamento (Anexo 1).

2) Após registradas as informações na agenda, o encaminhamento médico será devolvido ao paciente e, junto deste, será anexado uma lista de documentos (encaminhamento médico ou solicitação de outro

profissional para avaliação, cartão SUS, medicamentos em uso, exames de imagem) que deverão ser apresentados no dia da avaliação inicial.

3) No caso de mudança de telefone, é de responsabilidade do paciente a atualização do cadastro no Setor de Fisioterapia para ter acesso ao serviço.

4) Os pacientes que se enquadram no atendimento prioritário (descritos no item 8 – Capítulo 2) e os pacientes domiciliares serão destacados na agenda e serão chamados de forma preferencial para iniciar o tratamento respeitando a ordem de agendamento de cada grupo (prioritários e domiciliares).

5) Não será permitida a inclusão, ao mesmo tempo, de mais de um encaminhamento para Fisioterapia, por paciente, na fila de espera, sendo indicado, neste caso, a união dos encaminhamentos em duplicidade, desde que o total não ultrapasse o número de 20 sessões. Caso o paciente apresente outros encaminhamentos que ultrapassem o número de 20 sessões, ao término do tratamento, poderá reagendar com novo encaminhamento e aguardar nova vaga.

#### **CAPÍTULO 4 - CONSULTA EM FISIOTERAPIA**

1) Para agendar consulta/avaliação inicial serão feitas 2 (duas) tentativas de contato, em dias diferentes em todos os números de telefone deixados pelo paciente no ato do agendamento. Caso não haja sucesso, será feito contato com o próximo paciente da fila. Será registrado na agenda a data de todas as tentativas de contato realizadas. Os setores que tiverem acesso a celular com WhatsApp poderão realizar o agendamento dos pacientes através deste meio. Semanalmente será feita relação dos pacientes que não atenderam o telefone e os nomes serão passados para os ACS responsáveis pelos respectivos pacientes. Os ACS terão prazo de 48 horas para notificar os mesmos, mediante assinatura em Termo de Ciência (Anexo 2), para que compareçam ao Setor de Fisioterapia, no prazo de 48 horas para agendar o tratamento.

2) Agendada a avaliação inicial, o paciente deverá comparecer na data e horário previamente estipulados, portando os documentos citados acima (Item 2 – Capítulo 3).

3) No caso de não comparecimento na data e horário agendados, para consulta inicial em Fisioterapia, sem comunicação prévia (24 horas), o atendimento será cancelado e o paciente perderá o direito a vaga.

4) Caso o paciente compareça mas não apresente os documentos e informações solicitados (exceto exames, uma vez que nem todos possuem), o profissional poderá cancelar a avaliação. O paciente deverá providenciar os documentos e aguardar nova vaga em fila de espera.

5) Não é permitido escolher o profissional que realizará o atendimento. Quando um dos profissionais der alta para um paciente chamará o próximo da fila para realizar avaliação e iniciar o tratamento. Estes serão realizados no horário disponibilizado por este profissional. Caso o paciente não possa comparecer na data e/ou horário estipulado, deverá aguardar nova vaga que se enquadre nas suas possibilidades e a vaga disponível será destinada para o próximo paciente da fila.

6) Na consulta/avaliação inicial o fisioterapeuta registrará em ficha de avaliação (Anexo 3) os dados pessoais do paciente (nome, idade, data de nascimento, endereço, telefone, cartão SUS), dados diagnósticos (diagnóstico clínico/motivo do encaminhamento) e realizará a anamnese do paciente (queixa principal, história da moléstia atual, história da moléstia pregressa, histórico familiar, medicamentos em uso, exames) e realizará exame físico. Este documento ficará arquivado no Setor de Fisioterapia.

7) O paciente receberá informações sobre o tratamento, seus riscos e benefícios, datas e horários dos atendimentos e sobre o funcionamento do Setor de Fisioterapia, bem como assinará um Termo de Consentimento (Anexo 4) afirmando de que está plenamente convicto de tudo que lhe foi explicado e autorizando a realização do tratamento.

## **CAPÍTULO 5 - ATENDIMENTO**

1) O tempo de duração de cada sessão dependerá da condição do paciente e dos recursos que precisarem ser empregados durante o atendimento.

2) A vaga é intransferível, ou seja, em caso de desistência da avaliação/tratamento, a vaga será destinada ao próximo paciente da fila, não sendo permitido ceder vaga para parentes ou amigos que estejam aguardando para iniciar o tratamento.

3) Nos casos em que a condição física do paciente o impossibilite de se deslocar a pé até a Unidade de Saúde, poderá ser disponibilizado veículo da Secretaria de Saúde para realizar o transporte.

4) Caso o paciente deseje alterar a data e/ou horário dos atendimentos, isto ocorrerá apenas se o profissional tiver disponibilidade na agenda para realizar essa alteração.

5) Eventualmente o paciente poderá ser atendido por outro profissional (Fisioterapeuta) do Setor. Isto ocorrerá quando um dos profissionais não puder comparecer na data do atendimento e outro profissional tiver disponibilidade para realizar o atendimento.

6) Em todos os casos/patologias, os pacientes que apresentarem 2 faltas consecutivas ou 3 faltas alternadas, serão desligados do atendimento, salvo em casos em que os pacientes justifiquem a falta. Serão consideradas faltas justificadas: impedimento clínico (internação hospitalar e/ou atestado médico/declaração de comparecimento), óbito familiar de 1º e 2º grau (atestado de óbito) e declaração de comparecimento em perícia médica. Nos casos em que seja possível, o paciente ou responsável deve comunicar sua ausência com antecedência, via ligação telefônica ou pessoalmente.

7) Em cada atendimento o paciente assinará uma ficha de controle de presença. Nesta ficha também serão registradas as faltas (justificadas e não justificadas) que o paciente apresentar (Anexo 5).

8) A conduta realizada em cada atendimento será registrada em prontuário eletrônico (E-SUS).

## **CAPÍTULO 6 - ATENDIMENTO EM GRUPO**

- 1) Pacientes que apresentam o mesmo diagnóstico ou diagnóstico semelhante (*Ex. Tendinite de ombro, bursite de ombro, osteoartrose de ombro*) e solicitação com o mesmo número de sessões, caso concordem, poderão ser atendidos em grupo.
- 2) Os grupos serão formados com 6 a 9 pacientes e terão data para início e término do tratamento, com tolerância de 2 faltas por paciente.
- 3) Os atendimentos em grupo serão realizados por 2 a 3 profissionais, dependendo do número de participantes.

## **CAPÍTULO 7 - ATENDIMENTO DOMICILIAR**

- 1) Os pacientes que necessitam de atendimento domiciliar terão seu nome destacado na agenda para diferenciá-los dos demais, uma vez que estes atendimentos seguirão uma sequência diferente na fila de espera. Iniciarão o tratamento conforme ordem/data de agendamento: quando um paciente domiciliar concluir o tratamento, a vaga deste será destinada ao próximo paciente domiciliar que estiver aguardando.
- 2) Serão atendidos em domicílio os pacientes com limitação funcional severa (pacientes cadeirantes ou restritos ao leito) que não tenham condições ou apresentem grande dificuldade para se locomover até a Unidade de Saúde (mesmo com disponibilização de transporte).
- 3) Será feita uma avaliação prévia ao tratamento e, caso o profissional identifique a possibilidade de o paciente se locomover (mesmo que com auxílio), o tratamento será transferido para a Unidade de Saúde. Da mesma forma, caso o paciente que esteja recebendo atendimento domiciliar apresente evolução positiva a ponto de poder se locomover o atendimento será transferido para a Unidade de Saúde.

ESTE PROTOCOLO FOI ANALISADO PELO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E APROVADO, NESTA DATA.

SEGUE ASSINADO PELOS PRESENTES:

---

---

---

---

ANEXO 1

Nome:	
CNS:	Nº sessões:
Idade:	Data de nascimento:
Endereço:	
Telefone 1:	Telefone 2:
Diagnóstico clínico:	
Médico:	
Data do agendamento:	Data e horário da avaliação:
Compareceu: ( ) Sim ( ) Não	Concluiu o tratamento: ( ) Sim ( ) Não
Contato: 1ª tentativa:	
2ª tentativa:	
Observações:	

Nome:	
CNS:	Nº sessões:
Idade:	Data de nascimento:
Endereço:	
Telefone 1:	Telefone 2:
Diagnóstico clínico:	
Médico:	
Data do agendamento:	Data e horário da avaliação:
Compareceu: ( ) Sim ( ) Não	Concluiu o tratamento: ( ) Sim ( ) Não
Contato: 1ª tentativa:	
2ª tentativa:	
Observações:	

ANEXO 2



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TIBAGI PR  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.  
Fone: 0xx 42 3916-2160 FAX 0xx 42 3916-2161.

**TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO**

Pelo presente termo, eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado pelo ACS \_\_\_\_\_, de que devo comparecer no Setor de Fisioterapia, da Unidade de Saúde 18 de Março, em até 48 horas, a partir desta data, para agendar tratamento fisioterapêutico.

Motivo da notificação:

- ( ) Telefone desligado  
( ) Telefone inexistente  
( ) Não atendeu o telefone  
( ) Pessoa que atendeu não conhece o paciente  
( ) Outro: \_\_\_\_\_

Data e horário de entrega para ACS: \_\_\_\_\_

Prazo para notificar: 24 horas \_\_\_\_\_

Data e horário da notificação: \_\_\_\_\_

Tibagi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Assinatura fisioterapeuta: \_\_\_\_\_

Assinatura ACS: \_\_\_\_\_

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TIBAGI  
AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA**

Data da avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

Nome:	
Idade:	Data de nascimento:
Profissão:	
Endereço:	
Cidade:	
Telefone:	Celular:
Cartão SUS:	
Acompanhante:	

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Clínico / Motivo do Encaminhamento:
Encaminhado por:

**ANAMNESE**

Queixa principal:
HMA:
HMP:
Medicamentos:
Exames Complementares:

**EXAME FÍSICO**

Inspeção:
Palpação:
Testes específicos:
Goniometria:



Força muscular:
Observações:

Eu, \_\_\_\_\_, atesto a veracidade das informações fornecidas nesta avaliação, ciente de que a omissão de dados pode implicar no insucesso do tratamento podendo acarretar efeitos indesejáveis, reações adversas ou complicações. Expresso o meu consentimento para o tratamento proposto.

Assinatura do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional: \_\_\_\_\_

ANEXO 4



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE TIBAGI PR  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.  
Fone: 0xx 42 3916-2160 FAX 0xx 42 3916-2161.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PARA TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO  
SETOR DE FISIOTERAPIA – ESF 18 DE MARÇO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui informado (a) pelo (a) Fisioterapeuta \_\_\_\_\_, CREFITO \_\_\_\_\_, acerca do atendimento fisioterapêutico ao qual serei submetido (a).

Tenho conhecimento de que realizarei \_\_\_\_\_ sessões e de que, caso necessite de mais sessões, além destas, precisarei realizar novo agendamento e aguardar nova vaga.

Tenho ciência de que caso eu deseje trocar a data e/ou horário das sessões, isto ocorrerá apenas se o profissional tiver disponibilidade para realizar o atendimento em outra data/horário.

Fui comunicado (a) de que eventualmente poderei ser atendido por outro profissional (Fisioterapeuta) do Setor.

Estou ciente de que serão toleradas no máximo 2 faltas consecutivas ou 3 faltas alternadas e que caso eu justifique e/ou comunique previamente terei direito a reposição de até 2 sessões e que caso exceda o limite de faltas perderei o direito ao tratamento. Além disso, tenho conhecimento de que será justificativa para faltas: impedimento clínico (internação hospitalar e/ou atestado médico/declaração de comparecimento), óbito familiar de 1º e 2º grau (atestado de óbito) e declaração de comparecimento em perícia médica.

Também fui informado (a) de que serão tolerados 10 minutos de atraso em cada atendimento e que caso eu me apresente após o tempo citado não poderei realizar o atendimento.

Relato que na consulta/avaliação inicial informei ao (à) Fisioterapeuta minha história de saúde (atual e progressa/passada), os medicamentos em uso e apresentei os exames que possuo. Me comprometo a informar ao profissional qualquer alteração que ocorra no meu quadro clínico durante o tratamento (doenças, intercorrências, troca de medicamentos e/ou prescrição de novos medicamentos, alergias, cirurgias, etc.).

Declaro, outrossim, que fui informado (a) a respeito do tratamento e das possíveis intercorrências, bem como sobre os propósitos dos procedimentos.

Fui esclarecido (a) que o tratamento, assim como todos os procedimentos de saúde, tem um índice de insucesso. O resultado esperado também poderá não se concretizar devido a fatores individuais, como a resposta biológica, limitação da ciência, falta de adesão ao tratamento.

Atesto a veracidade das informações fornecidas na avaliação fisioterapêutica, ciente de que a omissão de dados pode implicar no insucesso do tratamento podendo acarretar efeitos indesejáveis, reações adversas e/ou complicações.

Declaro que concordo com as informações acima listadas e afirmo que minhas dúvidas a respeito do tratamento foram esclarecidas pelo (a) profissional.

Expresso o meu consentimento para o tratamento proposto, comprometendo-me a seguir rigorosamente as orientações passadas pelo (a) Fisioterapeuta.

Tibagi, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_  
Paciente / Responsável Legal

