Prefeitura Municipal de Bom Jardim - RJ

Estado do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde Bom Jardim-RJ

Centro de Reabilitação Samuel Sousa

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO PARA FISIOTERAPIA

Os profissionais fisioterapeutas do Centro de Reabilitação Samuel Sousa atualizaram o protocolo clínico para Fisioterapia no SUS da cidade de Bom Jardim, com o objetivo de reorganizar o fluxo e otimizar a demanda reprimida e padronizar os encaminhamentos para o serviço de reabilitação no município.

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 e resolutividade dos serviços em todos os níveis. Sendo esse protocolo instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamento que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre as diferentes áreas da Fisioterapia.

OBJETIVOS

- *Organizar a demanda para atendimento eficiente e eficaz;*
- *Diminuir tempo de espera para atendimento fisioterápico;*
- *Conhecer e direcionar a demanda de usuários aguardando;*
- *Aumentar a resolutividade dos atendimentos agudos e crônicos;*
- *Diminuir o retorno dos usuários crônicos ao atendimento individual;*
- *Capacitar os pacientes crônicos ao autocuidado;*
- *Co-responsabilizar o usuário crônico pelo seu estado de saúde;*
- *Controlar o uso da rede de atendimento pelo usuário.*

REGRAS GERAIS DE ENCAMINHAMENTO PARA FISIOTERAPIA:

1. O acesso ao serviço de Fisioterapia será realizado preferencialmente através da Rede Municipal de Saúde da cidade, Unidades de Saúde Básica e Centro de Especialidades do Município, ou de Serviços de Saúde Pública de Referência do Estado do Rio de Janeiro.

Não serão aceitos encaminhamentos vindos de atendimentos de emergência em Hospitais ou de serviços privados e convênios particulares. Caso o paciente solicite a transcrição do pedido ao médico da UBS, o pedido original deverá estar anexado.

2. *Os encaminhamentos a Fisioterapia deverão ser realizados por médicos das Unidades Básicas de Saúde e Especialistas da rede SUS contendo diagnóstico clínico fechado;*
3. *Pacientes oncológicos serão aceitos somente com encaminhamento do oncologista;*
4. Para ter acesso ao serviço o paciente deverá ser encaminhado exclusivamente pelo seu médico responsável, sendo especialista no Centro de Especialidades ou Clínico da Unidade Básica de Saúde (quando houver impossibilidade de passar pelo especialista da área em questão por alguma razão) em ficha de encaminhamento padronizada, contendo dados pessoais do paciente, data do atendimento, número CNS, relato de história clínica completa que justifique a reabilitação e CID-10.

   Cabe ao médico responsável, o preenchimento correto do encaminhamento, contendo de forma clara, em letra legível ou impresso, onde deverão constar obrigatoriamente os seguintes itens:

- Nome completo do paciente;
- *Dados clínicos completos: data da lesão, sequela, procedimento cirúrgico e/ou início dos sintomas;*
- *Solicitação de fisioterapia (por escrito);*
- Motivo do encaminhamento que deve conter de forma clara o diagnóstico clínico, com seu respectivo CID-10;
- Data da solicitação;

- Carimbo e assinatura do médico solicitante.

5. Não serão aceitos encaminhamentos para Fisioterapia com data de solicitação superior a 45 (quarenta e cinco) dias.
6. *Os encaminhamentos para Fisioterapia deverão ser entregues no Centro de Reabilitação Samuel Souza, seja presenciamente, seja via Whatsapp do setor.*
7. *É necessário que o paciente possua o cartão SUS.*
8. Não serão aceitos fotocópias de encaminhamentos para a fisioterapia, fichas de encaminhamentos preenchidas de forma ilegível, inadequadas, com dados insuficientes, rasuradas, danificadas, assim como serão INDEFERIDOS os preenchidos de tal forma que dificultem a correta identificação das informações necessárias;
9. *Em relação aos agendamentos será realizada através de contato via whatsapp com os usuários, ou ainda por contato telefônico caso a primeira via não seja possível. Após as tentativas sem sucesso, o pedido de fisioterapia do paciente será excluído. Também será excluído (sem justificativa sob atestado médico, ou por motivo plausível a ser analisado pelo fisioterapeuta), caso após o agendamento realizado o paciente não comparecer a data e horário estipulados para início do tratamento (com tolerância de 10 minutos de atraso). A qualquer tempo, o usuário poderá retornar para a lista de espera mediante novo encaminhamento.*

No caso de recusa do encaminhamento pelo setor, é de total e exclusiva responsabilidade do paciente retornar ao médico responsável pela prescrição para correção das informações ou preenchimento completo.

10. O tratamento fisioterapêutico contemplará apenas residentes da cidade de Bom Jardim - RJ e seus respectivos distritos;
11. É de responsabilidade do paciente ou responsável, a atualização de dados cadastrais junto ao Serviço de Fisioterapia Municipal de Bom Jardim-RJ, como endereço e telefone;
12. Os horários serão previamente agendados. Serão feitos dois (02) contatos, portanto, o paciente deverá manter seus dados atualizados junto ao Serviço de

Fisioterapia Municipal de Bom Jardim-RJ, caso não seja encontrado a autorização será cancelada e o paciente perderá o direito à vaga;

13. Os serviços de fisioterapia ***poderão*** oferecer orientação para os casos crônicos que tiverem alta, para manutenção no domicílio (cartilha com orientações de exercícios praticados para continuidade no domicílio); a serem realizados pelo paciente com o auxílio de um familiar ou cuidador.
14. *Será, a pedido, sempre que possível, agendado no dia e horário de escolha do paciente, com disponibilidade no sistema. Caso não haja dia e horário compatível com a escolha, será encaminhado o horário mais próximo. Não podendo o paciente negar o estabelecido, sob pena de perda da vaga.*
15. *Pacientes com restrição de dia e horário devem informar previamente sua dificuldade na realização do cadastro.*
16. *Será admitido atraso com tolerância máxima de 10 minutos, a contar do horário estabelecido para o atendimento. Caso ultrapasse a tolerância estabelecida, o paciente perderá a sessão do dia que contará para efeitos de seguimento como sessão realizada.*
17. *Atrasos reiterados durante o tratamento ocasionará a exclusão do paciente dos quadros de pacientes ativos.*

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

1. *As vagas para atendimento serão preenchidas conforme os critérios de data de agendamento, classificação e prioridade, a partir da data de entrada no Setor de Fisioterapia Municipal; * (anexo II).*
2. *É de responsabilidade do paciente o comparecimento aos atendimentos agendados sob o risco de perder a vaga.*
3. *Paciente que obtiver duas faltas consecutivas ou três faltas alternadas sem atestado médico ou odontológico será eliminado do atendimento. O deslocamento do paciente até a Clínica Municipal de Fisioterapia e de total responsabilidade do paciente.*
4. *O fisioterapeuta é autônomo para definir a frequência e o número de sessões, bem como o protocolo de tratamento, independentemente do número de sessões indicadas no pedido.*

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

- *Melhora da sintomatologia álgica e/ou da funcionalidade;*
- *Pacientes que necessitem de cuidados especiais e que o setor não possua estrutura para assistência destas.*
- *Pacientes que o fisioterapeuta julgue necessário exames complementares ou reavaliação médica;*
- *Paciente com conduta indisciplinada dentro setor;*
- *Paciente/Família/Cuidador que não adere ao tratamento proposto.*

OBSERVAÇÕES

Para encaminhamento é imprescindível que os pacientes estejam com a pressão arterial controlada.

Rupturas totais de ligamento/tendão/menisco devem ser encaminhadas para avaliação ortopédica para avaliar possível necessidade de intervenção cirúrgica antes de ser encaminhado para fisioterapia.

Quando o paciente realizou exames complementares, é imprescindível que o mesmo esteja disponível para que o paciente leve até a avaliação fisioterapêutica.

O paciente que já se encontra na fila de espera só poderá protocolar outra solicitação/encaminhamento médico ao final de seu tratamento fisioterápico ou caso o novo encaminhamento seja de um novo quadro (classificado como urgência diante do nosso protocolo).

Pacientes com disfunções associadas a déficit intelectual moderado a grave (deficiência mental) devem preferencialmente ser encaminhados a serviços de referência, como APAE.

Pacientes com dores a esclarecer e esgotadas as possibilidades de tratamento na unidade deverão ser encaminhados primeiramente ao especialista.

Não é passível de encaminhamentos pacientes com as seguintes patologias: disfunções uroginecológicas (que requer tratamento invasivo, ou ainda com aparelhos

específicos), temporomandibulares, vestibulares, angiológicas e pacientes neuropediátricos (uma vez que não há estrutura para tal atendimento).

Pacientes com alterações em Neuropediatria deverão ser absorvidos pelo corpo técnico da APAE do município.

Procedimentos fisioterapêuticos especializados como: Hidroterapia, RPG, Pilates, Acupuntura e Drenagem Linfática também não são passíveis de encaminhamento por se tratar de procedimentos não priorizados na tabela CIA e também por necessitarem de materias e locais específicos.

ANEXO I : FLUXOGRAMA ENCAMINHAMENTO PARA FISIOTERAPIA

Observações Importantes - É OBRIGATÓRIO no encaminhamento para o Serviço de Fisioterapia Municipal:

1. Dados pessoais do paciente (nome completo, sexo, data nascimento);

2. Data do atendimento;

3. Carimbo com CRM e assinatura do médico responsável;

4. Diagnóstico clínico e relato de história clínica completa que justifique a reabilitação, comorbidades e CID-10;

5. Quadro: Agudo ou crônico

P.S. - É obrigatório dar entrada no Serviço de Fisioterapia Municipal no máximo em 45 dias após a consulta. P.S. - Só serão aceitos encaminhamentos feitos pelas Unidades de Saúde Básica, e Centro de Especialidades do Município de Bom Jardim – RJ, ou de Serviços de Saúde Pública de Referência do Estado do Rio de Janeiro.

ANEXO II

REGULAÇÃO NÍVEL DE PRIORIDADE

A classificação da necessidade do paciente será baseada nos dados clinicos indicados pelo profissional solicitante.

ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA

***Limite máximo de sessões por ano para paciente P1/vermelho*:*

60.

VERMELHO/Prioridade–P1

• Acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, primário ou recidivante, com data até 06 meses do episódio mais recente.

• Traumatismo Crânio Encefálico(TCE)-até 06 meses após a alta hospitalar.

• Traumatismo Raquimedular(TRM)–até 03 meses após a alta hospitalar.

• Paralisia facial periférica–até 03 meses após o diagnóstico.

• Paralisias de plexo braquial–até 03meses após a liberação médica.

AMARELO/Prioridade–P2

• Acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, primário ou recidivante, 6 a 12 meses do episódio mais recente.

• Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) – 06 a 12 meses após a alta hospitalar.

• Traumatismo Raquimedular (TRM) – entre 03 a 12 meses após a alta hospitalar.

• Paralisia facial periférica, paralisia de plexo e neuropatias – entre 03 e 06 meses após o diagnóstico.

VERDE/Prioridade-P3

• Acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico, primário ou recidivante – após 12 meses do episódio mais recente.

• Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) – a partir de 01 ano de lesão.

• Traumatismo Raquimedular (TRM) – a partir de 01 ano de lesão.

• Paralisia facial periférica, Paralisia do plexo braquial, neuropatias, doenças de Parkinson e outros distúrbios do movimento – após 06 meses do diagnóstico.

AZUL/Rotina-R

Pacientes de qualquer natureza com prognóstico improvável. Retornos Recorrentes.

ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS

*** Limite máximo de sessões por ano para pacientes P1/vermelho*:*

40.

VERMELHO/Prioridade–P1

• Pós-operatórios (Ex: osteotomia, osteossíntese, artroplastia, meniscectomias, reconstrução ligamentar, artroscopias, descompressão nervosa) até 3 meses após liberação médica para realização de fisioterapia.

• Tratamento conservador de fraturas – até 3 meses após retirada da imobilização.

• Hérnias de disco até 3 meses após o diagnóstico.

• Capsulites adesivas até 3 meses após o diagnóstico.

AMARELO/ Prioridade - P2

- *Pós-operatórios (Ex: osteotomia, osteossíntese, artroplastia, meniscectomias, reconstrução ligamentar, artroscopias, descompressão nervosa) entre 3 a 6 meses após liberação médica.*

- *Tratamento conservador de fraturas – entre 3 a 6 meses após liberação médica.*

- *Lombociatalgias.*

- *Tendinopatias, bursites e epicondilites – até três meses do diagnóstico.*

- *Entorses.*

VERDE/ Prioridade-P3

- *Pós-operatórios (Ex: osteotomia, osteossíntese, artroplastia, meniscectomias, reconstrução ligamentar, artroscopias) após 6 meses da liberação médica para realização de fisioterapia.*

- *Tratamento conservador de fraturas – a partir de 6 meses após retirada da imobilização.*

- *Hérnia de disco – após três meses do diagnóstico.*

- *Tendinopatias, bursites e epicondilites – após três meses do diagnóstico.*

- *Cervicalgias, dorsalgias e lombalgias.*

- *Condromalácea, hiperpressão patelar.*

- *Fibromialgias-Capsulites adesivas após 3 meses do diagnóstico.*

- *Desvios da coluna vertebral (Ex: Hipercifoses, escolioses, hiperlordoses, retificações)*

- *Artroses e gonartroses.*

AZUL/Rotina-R

Pacientes de qualquer natureza com prognóstico improvável. Retornos Recorrentes.

GINECOLOGIA/OBSTETRÍCIA:

VERMELHO/Prioridade–P1

- *lombalgia ou lombociatalgia gestacional.*
- *síndrome do túnel do carpo decorrente do edema comum na gestação.*
- *patologias osteomusculares prévias agravadas pela gestação, comprometendo diretamente o bem estar físico e qualidade de vida da gestante e do bebê.*

ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS MASTECTOMIAS

VERMELHO/Prioridade – P1

• Pós–operatório de quadrantectomia e esvaziamento axilar com até 3 meses após a liberação médica.

AMARELO/Prioridade–P2

• Pós–operatório de quadrantectomia e esvaziamento axilar entre 03 e 06 meses de evolução.

VERDE/Rotina

• Pós – operatório de quadrantectomia e esvaziamento axilar após 06 meses de evolução

ANEXO III

Regras e organização dos atendimentos fisioterapêuticos:

Seguem abaixo as seguintes orientações:

- *A frequência dos atendimentos será 2 x por semana;*
- *No dia da avaliação inicial (1° atendimento), o não comparecimento sem justificativa será considerado como desistência da vaga;*
- *Durante o atendimento, havendo 02 (duas) faltas consecutivas sem justificativa ou 03 (três) faltas alternadas, acarretará a perda da vaga;*
- *As faltas do usuário, sem comunicação, não serão repostas, sendo subtraídas do total das sessões disponibilizadas;*
- *Se houver atrasos por parte do usuário, a sessão terminará no horário combinado.*
- *Pacientes com alterações neurológicas só receberão atendimento fisioterapêutico mediante presença de seu (sua) cuidador(a).*

APÊNDICE 1

APRESENTAÇÃO DAS REGRAS DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Prezado/Prezada Paciente, para melhor andamento do serviço de fisioterapia apresentamos aqui as regras do serviço:

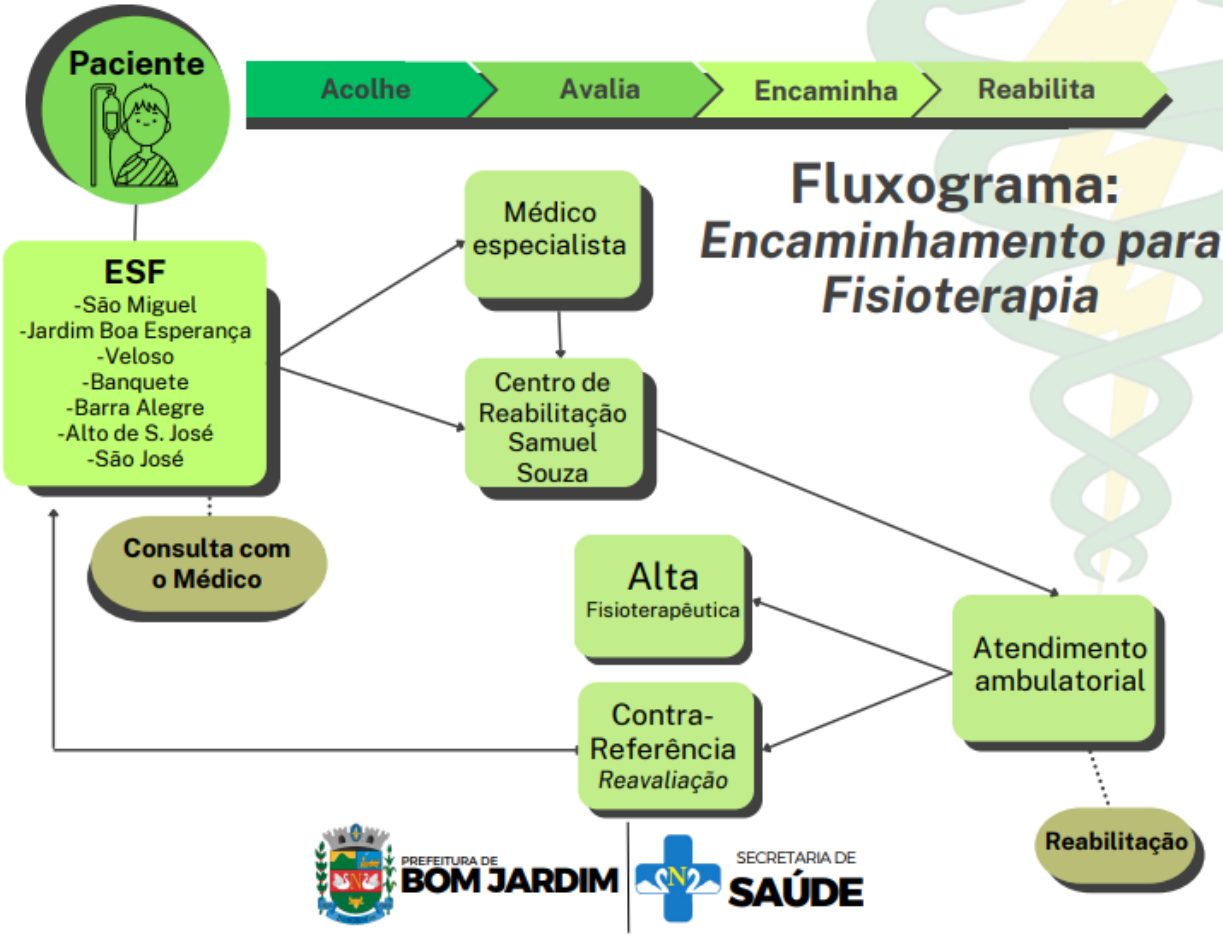
Faltas não justificadas, serão aceitas o limite de 2 faltas consecutivas ou 3 alternadas.

Faltas justificadas até 24 horas antes da consulta agendada, por contato telefônico do serviço: serão aceitas 3 faltas. Casos específicos serão analisados individualmente.

Telefone de contato do serviço é: _____.

Eu _____ CPF _____ estou ciente do exposto acima, e me comprometo a cumprir com minhas responsabilidades para melhorar minha saúde.

Assinatura do Usuário:_____



FISIOTERAPIA

DIÁRIO OFICIAL

DO MUNICÍPIO DE BOM JARDIM – ESTADO DO RJ

SEXTA-FEIRA, 12-09-2025 | Praça Governador Roberto Silveira, Nº 44 – Centro – Bom Jardim – RJ | ANO III - EDIÇÃO 431

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Prefeitura Municipal de Bom Jardim
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BOM JARDIM

Resolução nº 017/2025 de 10 de setembro de 2025.

Aprova **o Protocolo de Encaminhamento para Fisioterapia**

O CONSELHO MUNICIPAL DE SÁUDE, em sua 8º reunião ordinária do dia 10 de setembro de 2025, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Lei de Criação do CMS n° 448 de 06 de dezembro de 1990, alterada pela Lei 1.314 de 11/10/2011 e a Resolução n° 453 de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerando que o Conselho Municipal de Saúde é parte essencial do processo de articulação do SUS e sendo esta uma de suas competências regimentais;

Considerando que foi aprovado o Protocolo de Encaminhamento para Fisioterapia

O Conselho Municipal de Saúde de Bom Jardim/RJ:

RESOLVE:

Aprovar **o Protocolo de Encaminhamento para Fisioterapia**

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Bom Jardim, 10 de setembro de 2025.

Iacy Emerich Macedo
(Presidente do Conselho Municipal de Saúde)