

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ACESSO À SAÚDE: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EQUIDADE

FRANCINE DOS SANTOS JOSÉ

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA DOMICILIAR À PESSOA COM DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Projeto de Intervenção como requisito
parcial para conclusão do Curso de
Especialização em Acesso à Saúde:
Informação, Comunicação e Equidade.

Orientador(a): Aluísio Gomes da Silva Júnior

Rio de Janeiro

2018

RESUMO

O presente projeto de intervenção traz como escopo de ação a gestão do cuidado na atenção fisioterapêutica domiciliar à pessoa com deficiência adquirida, e traz como objetivo de mapear no território de Miracema/RJ o número de pessoas com comprometimento ou deficiência motora causada pelo agravamento de doenças agudas e crônicas ou por causas externas. O percurso de implementação envolverá o desenvolvimento de um formulário para estabelecer os critérios de prioridades para os atendimentos fisioterapêuticos domiciliares no município. Como resultado esperado espera-se ampliar o número de atendimentos e tornar mais eficiente a evolução da PCD motora adquirida. Como produto da ação pretende-se elaborar uma cartilha de orientação familiar/cuidador para facilitar a forma de lidar no ambiente domiciliar diante da necessidade de adaptações, da forma de olhar a vida e suas mudanças, além da orientação fisioterápica.

PALAVRAS CHAVE: Território; Pessoa com Deficiência; Deficiência motora adquirida; Fisioterapia; Doenças crônicas; Causas externas; Cuidado em saúde; Atendimento domiciliar.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	4
2 Justificativa.....	5
3 Referencial Teórico	6
4 Objetivo geral	17
4.1 Objetivos específicos.....	18
5 Percurso metodológico	18
6 Cronograma	19
7 Custos	19
REFERÊNCIAS.....	21
ANEXO 1.....	25
ANEXO 2.....	26
ANEXO 3.....	31

1. INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que 6,2% da população brasileira tem algum tipo de deficiência. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) considerou quatro tipos de deficiências: auditiva, visual, física e intelectual. O levantamento foi divulgado pelo IBGE e feito em parceria com o Ministério da Saúde.

O estudo mostra também que 1,3% da população tem algum tipo de deficiência física e quase a metade desse total (46,8%) tem grau intenso ou muito intenso de limitações. Somente 18,4% desse grupo frequentam serviço de reabilitação.

Miracema também conhecida como a princesinha do Norte, possui uma demanda bem significativa de Pessoas com Deficiência que necessitam de atendimentos fisioterapêuticos frequentemente, nas minhas inúmeras visitas ao Hospital de Miracema com o objetivo de mapear o número de pacientes que após patologias ou acidente ficam com sequelas ou deficiência motora, pude conversar com o enfermeiro chefe responsável pelo hospital onde o mesmo me informou que a parte do programa utilizado pelo hospital que ele tem acesso não oferece a informação que eu precisava, mas ele me relatou em uma das vezes que estive lá que nos últimos 4 dias deram entrada no hospital 5 pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico, e estes com certeza necessitarão de atendimento fisioterapêutico domiciliar e talvez não consigam vaga para esse atendimento devido a extensa demanda de pacientes e pouca oferta de profissionais e/ou gerenciamento desfavorável dos atendimentos fisioterapêuticos. Não existe um critério pré estabelecido no município para a indicação dos atendimentos domiciliares portanto os mesmos se davam por ordem de chegada dos encaminhamentos e mesmo quando após avaliação onde constatávamos que não havia necessidade de atendimento domiciliar para determinado paciente, os atendimentos eram realizados e isso resultava em ausência de vagas para os casos mais urgentes, pois existem patologias que deixam sequelas que têm a necessidade de atendimento com urgência e o prognóstico é muito favorável quando a fisioterapia é iniciada precocemente e outras onde o paciente já é crônico e a evolução seria pequena ou poderia ser atendido em ambulatório mas têm a prioridade e ocupou um vaga de um paciente mais grave por estarem na frente por ordem de chegada.

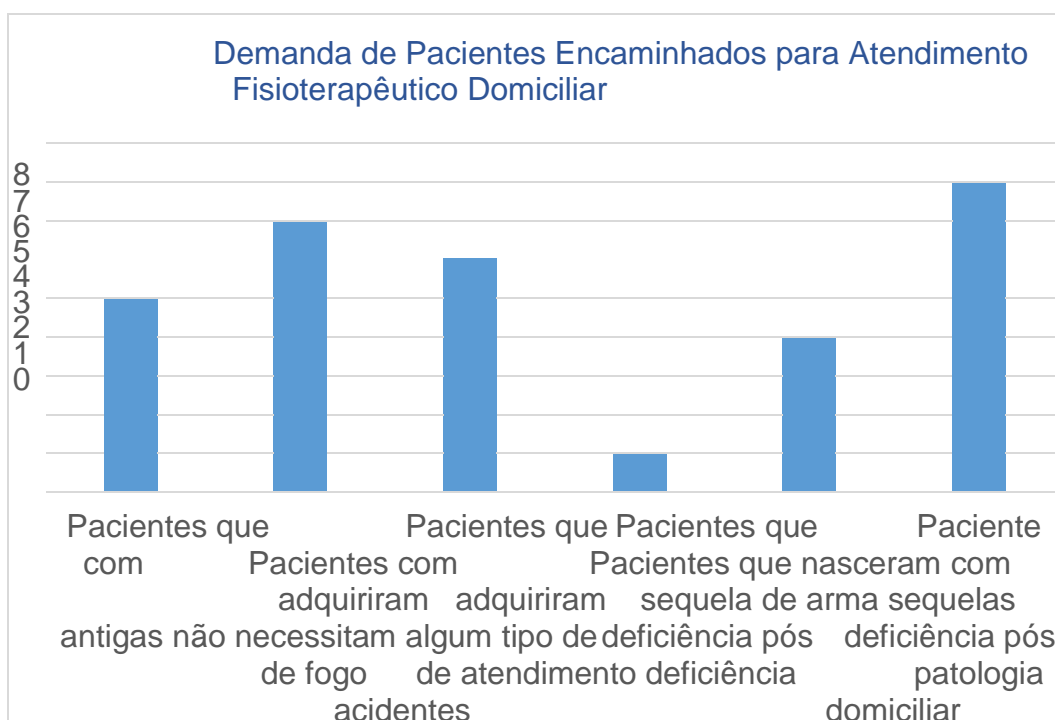
Um outro problema que vale a pena ressaltar são as ordens judiciais que a secretaria de saúde têm recebido para instalação de leito hospitalar e serviços de home care que cresceram consideravelmente no biênio 2017-2018.

Os hospitais de maior complexidade nas cidades vizinhas de Miracema que têm um paciente com residência fixa em Miracema internado em estado grave onde não se tem previsão de alta fazem requerimento judicial onde é determinado que a secretaria de saúde municipal tem o dever de arcar com todas as despesas diárias desse paciente incluindo nesse contexto o atendimento fisioterapêutico que em alguns casos são determinados que sejam realizados de 3 em 3 horas e isso é desnecessário além de inviável. Acredito que com critérios pré estabelecidos e periodicidade dos mesmos, a secretaria de saúde pode ter um respaldo melhor na hora de responder essas determinações judiciais.

Atualmente como funcionários da Prefeitura Municipal somos apenas quatro fisioterapeutas, sendo que dois fazem somente atendimento no hospital e os outros dois onde eu me incluo fazemos as visitas fisioterapêuticas domiciliares, essa quantidade não supre a necessidade da demanda de pacientes. Usualmente são encaminhados para o atendimento fisioterapêutico domiciliar uma faixa de 5 a 10 pacientes por semana, dentre estes podemos destacar acidentados, sequelas de arma de fogo, pessoas com sequelas antigas, prematuros, pessoas com sequela de Acidente Vascular Encefálico, Parkinson, pacientes com tumores malignos entre outros, sendo que muitos desses pacientes poderiam ser atendidos em ambulatório. Esses que não necessitam de atendimento em domicílio que chegam a ser sessenta por cento dos encaminhamentos).

2. JUSTIFICATIVA

As principais dificuldades que encontrei nas visitas domiciliares foram em ordem: pacientes que não se enquadravam no perfil para esse atendimento e isto fazia com que diminuíssem as vagas pra quem realmente necessita dessa forma de atendimento visto que a demanda de pacientes é maior do que a oferta de profissionais e as dificuldades dos familiares em olhar para o paciente com esperança e em lidar com a readaptação do paciente em casa. São esses fatores que me motivaram a fazer esse projeto de intervenção onde pretendo levar ao conhecimento dos profissionais de saúde e de toda população quais são as pessoas e/ou patologias/sequelas/deficiências que são indicadas para o atendimento domiciliar exemplificando a evolução ou apenas manutenção do quadro do paciente, assim podemos fazer que os atendimentos sejam realizados de forma mais eficaz e atendendo uma demanda maior da população que realmente tenha a necessidade de atendimento em domicílio.



3. REFERENCIAL TEÓRICO

O Município de Miracema foi fundado em 3 de maio de 1936 e situa-se na região Noroeste a 271km da capital do Estado do Rio de Janeiro à margem das Rodovias Estaduais RJ 116 e RJ 200. Através da RJ 116, o Município liga-se à BR 356, que se une à BR 101 em Campos dos Goitacazes e à BR 116 em Muriaé(MG). Em direção ao sul, a RJ 116 liga MIRACEMA a Santo Antônio de Pádua e Itaocara. A rodovia RJ 200 liga o Município de Palma (a partir da divisa) ao Distrito de Paraíso do Tobias. Com uma área de 306 km² de extensão e altitude média de 137 metros acima do nível do mar, o Município de Miracema é composto por três distritos:

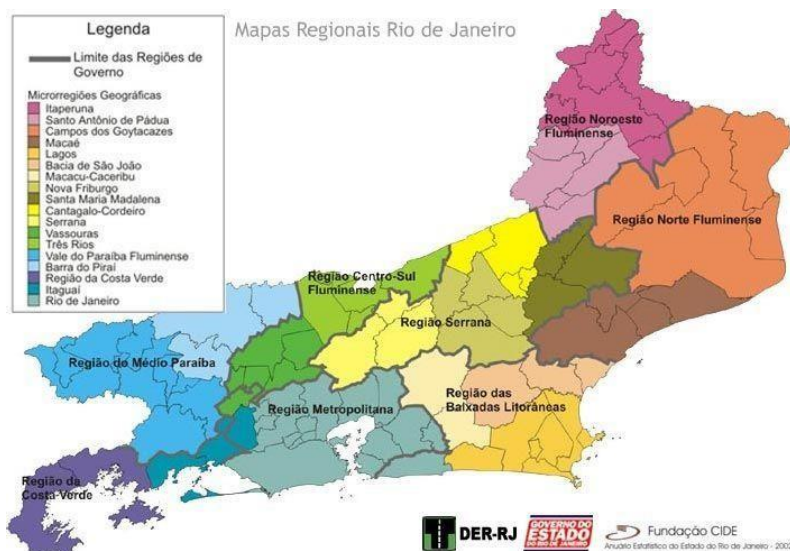
- 1º Distrito – Miracema (SEDE)
- 2º Distrito – Paraíso do Tobias
- 3º Distrito – Venda das Flores
- Areias - Povoado

Miracema tem como municípios limítrofes:

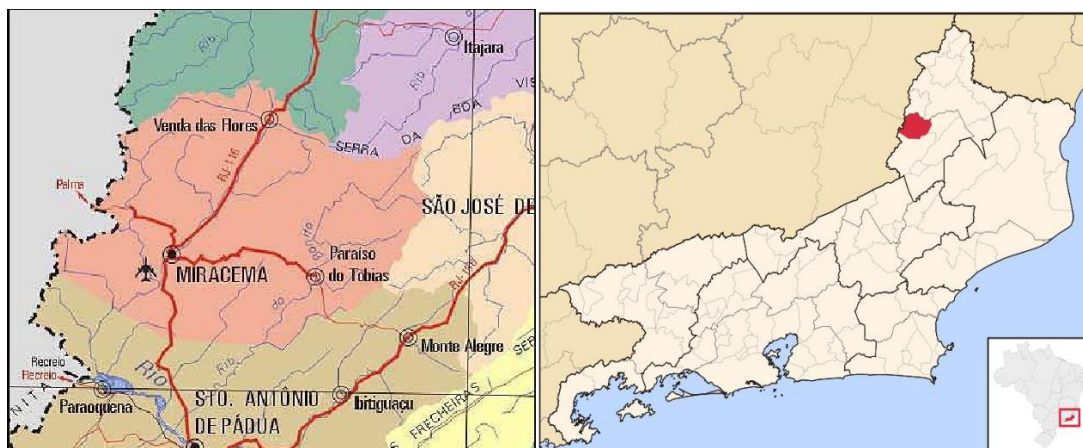
- Ao Norte: Itaperuna e Laje do Muriaé.
- Ao Sul: Santo Antônio de Pádua.
- A Leste: São José de Ubá.
- A Oeste: Palma (MG).

A Região Noroeste Fluminense é composta por 14 municípios, que são: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São João de Uba e Varre-Sai. Estima-se uma população de 322.823 habitantes, representando, aproximadamente, 2% da população total do estado.

Mapa Regional do Estado do rio de Janeiro



Mapa do Município de Miracema e de localização do Município de Miracema na região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro

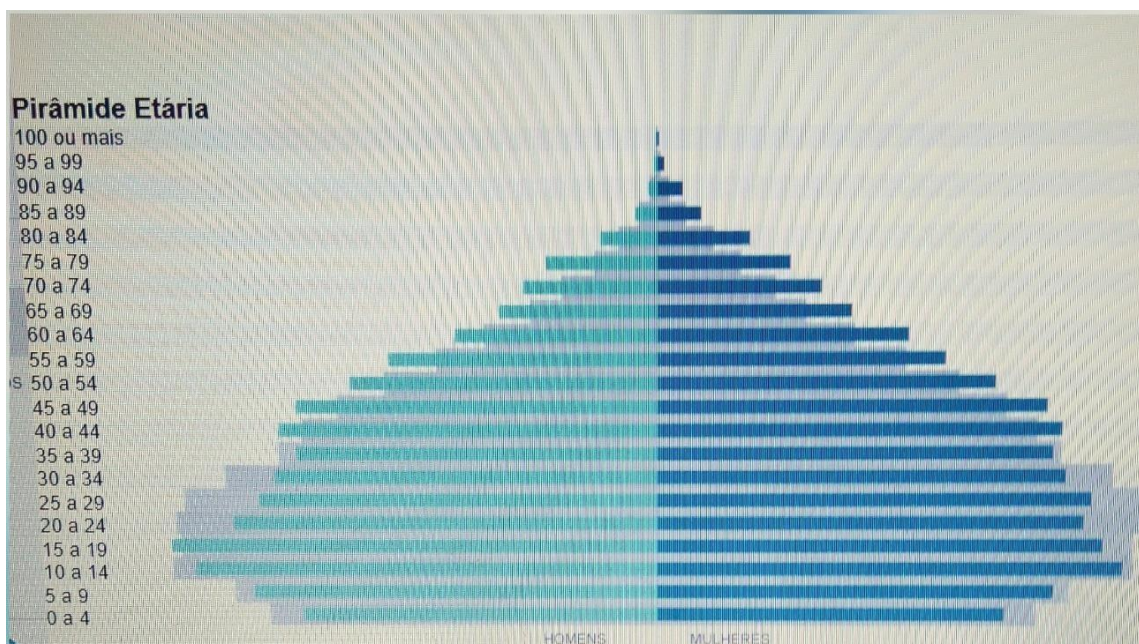


A população de Miracema segundo o censo de 2010 do IBGE é de 20 mil católicos.



Igreja Matriz Santo Antônio situada no centro de Miracema, cartão postal da cidade.

Segundo estatística do IBGE/2008 sua população é de 26.868 (vinte e sei mil oitocentos e sessenta e oito habitantes, sendo sua densidade: 86,5 hab./km² sendo o PIB per capita: R\$ 6.034,00 IBGE/2005.



Segundo IBGE, o valor médio do rendimento mensal total nominal das pessoas de 10 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares permanentes, por cor ou raça, segundo os municípios do Noroeste fluminense – 2010

Municípios	Valor médio do rendimento mensal total nominal, por cor ou raça (R\$)				
	Branca (A)	Preta (B)	Parda (C)	Amarelo (D)	Indígena (E)
Itaperuna	1.323	679	818	892	710
Natividade	1.265	604	725	732	1.037
Porciúncula	1.243	618	719	1.007	1.318
Miracema	1.231	560	716	598	616
Bom Jesus do Itabapoana	1.203	636	762	724	691
Santo Antônio de Pádua	1.129	610	705	764	1.156
Laje do Muriaé	1.038	544	599	569	1.200
Itaocara	959	530	667	767	576
Cambuci	887	569	662	718	508
São José de Ubá	845	551	545	1.290	370
Aperibé	841	622	632	915	595
Varre-Sai	794	534	634	502	-

Já em 2016, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 55 de 92 e 47 de 92, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2836 de 5570 e 1696 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio

salário mínimo por pessoa, tinha 34.7% da população nessas condições, o que o colocava na posição 47 de 92 dentre as cidades do estado e na posição 3633 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A População municipal de pessoas não alfabetizadas com 15 anos ou mais de idade e Taxa municipal de analfabetos com 15 anos ou mais de idade segundo IBGE/ Rio de Janeiro/ Miracema é de 2.824, o que significa 14,4% dessa população.

A rede hidrográfica é representada por pequenas correntes fluviais, das quais se destacam: Ribeirão Santo Antônio e Bonito e os córregos Sobreiro; Água Limpa: Serra Nova, Liberdade, Barreirinho, Duas Barras, Pirineus, etc. A bacia lacustre é formada pela Lagoa Preta e muitos açudes.



Praça Dona Ermelinda situada no coração de Miracema, cartão postal da cidade.

O clima é Tropical, com as estações chuvosas no verão e seca no inverno. As temperaturas são elevadas. Os meses mais quentes são dezembro, janeiro e fevereiro. Os meses mais frios são também os mais secos são junho, julho e agosto.

Na vegetação predominam plantas rasteiras. As áreas de matas (Mata Atlântica) estão reduzidas a 7% da área do município.



Fonte da Praça Dona Ermelinda

Na Economia Miracema desde os seus primórdios até o fim do século XIX, contou com intensa vida econômica e social, verificando-se enorme surto progressista no século XIX, época em que suas lavouras de café, arroz, milho e feijão abarrotavam os mercados, aos quais chegavam em lombos de burros, via São Fidélis, e a partir de 1883, pela Estrada de Ferro Santo Antônio de Pádua – Ramal Miracema.

Com sua emancipação político-administrativa, Miracema recuperou-se da derrocada do café e foi iniciada a cultura do algodão para abastecer a fábrica de tecidos São Martino. Concomitantemente, desenvolveu-se a cultura da cana-de-açúcar em ação conjunta com a Usina Santa Rosa. Foi crescendo a cultura do arroz irrigado, juntamente com a pecuária leiteira, que é a principal atividade rural do município atualmente. As culturas de milho, feijão e café são considerados de subsistência.

Entre 1830 e 1930, a região exportou, em café, valores superiores aos da exportação de ouro e diamantes de Minas Gerais. Graças ao preço do café na Europa, Miracema liderou a região em um processo de enriquecimento. Para a fabulosa produção cafeeira do período, foi necessária uma enorme quantidade de mão de obra escrava. Na década de 1930, o poder político do

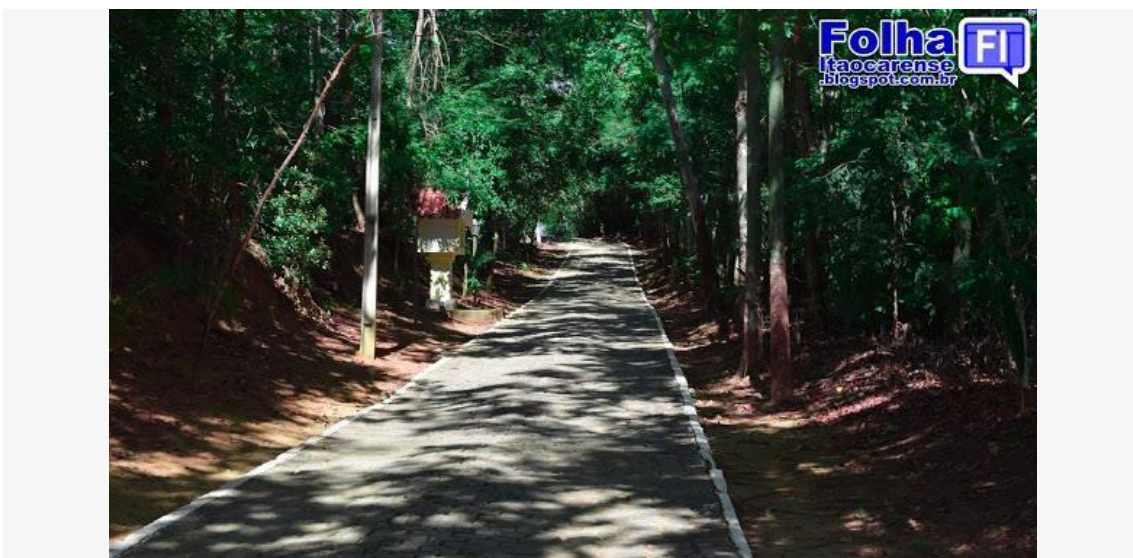
estado de São Paulo obrigou Getúlio Vargas a diminuir os cafezais do Rio de Janeiro, destruindo todas as lavouras existentes em Miracema. O café fornecia 80% dos recursos do município.

Nas décadas de 1960 e 1970, seus canaviais tradicionais submergiram diante da revolução verde, ocorrendo uma diminuição sensível da renda do município. Por último, o arroz, que ainda segurava a economia, foi suplantado pela eficiência e tecnologia dos estados do Sul do Brasil na década de 1980.

O Parque Natural Municipal Dr. Walquer Oliveira de Souza é uma área de lazer que podemos desfrutar em Miracema, preserva mais de cinco mil mudas de plantas de espécies nativas. Possui salas para exposição e palestras, mirante, áreas para piquenique, parque e trilhas, além de banheiros. Reproduções do calvário de Cristo.



Entrada do Parque Ecológico



Subida principal do Parque Ecológico onde tem as Estações da Via Sacra e Calvário de Cristo



Os principais problemas de saúde de acordo com os dados do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, são definidos seis grandes problemas de saúde da Região Noroeste: política de assistência farmacêutica básica inadequada; insuficiência de atividades de promoção à saúde; deficiência na assistência materno-infantil; política de recursos humanos inadequada; dificuldade para garantir o acesso dos pacientes da região aos serviços de alta complexidade e dificuldade para garantir ações integrais em saúde mental.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (2001-2004), a Região Noroeste subdivide-se em duas microrregiões: Noroeste I (NO I) e Noroeste II (NO II). Como prioridades de intervenção estão a atenção materno-infantil, promoção e vigilância em saúde e integração com os municípios na área da Saúde. No Município de Itaperuna, ficará localizada a Central de Regulação de referências e contra-referências. Este município também deverá atuar como pólo para cirurgia cardíaca. Itaperuna, Santo Antônio de Pádua e Bom Jesus do Itabapoana atuarão como pólos para Terapia Renal Substitutiva (TRS). É importante destacar que Itaperuna e Bom Jesus do Itabapoana atendem aos municípios de Minas Gerais e Espírito Santo

Miracema encontra-se no Módulo Assistencial NO II, este módulo é constituído somente pelo Município de Miracema, que deve realizar a totalidade dos procedimentos do mínimo da média complexidade em seu território, e tem Itaperuna como referência para alta complexidade e média complexidade II e III. Os leitos contratados são distribuídos da seguinte forma: clínica médica, clínica cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Nosso município possui 8 Unidades de Saúde da Família, 1 Centro Atenção Psicossocial, 1 Pronto Socorro, 1 Unidade de Saúde e Laboratório de Saúde Pública tipo II Posto de Saúde Irineu Sodré , 1 CASM - Centro de Atenção a Mulher e a Criança, 1 Unidade de Imunização, 1 CRACA (centro de referência criança e ao adolescente), 1 Sub Posto Distrito Areias, 1 Hospital maternidade Filantrópico, 1 Centro Médico e Secretaria Municipal de Saúde de

Miracema, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica, NAI – Núcleo de Atendimento Especializado (Crianças com Transtorno Déficit de Atenção, autismo entre outros).

A cidade ainda possui três clínicas que atendem a população de forma particular e por plano de saúde e alguns consultórios particulares individuais, que fazem um grande número de atendimentos por mês e mesmo assim a demanda de pacientes é bem maior do que a oferta de profissionais. Outras vezes o profissional faz o atendimento no domicílio do paciente mas não oferece orientação para os familiares para manutenção dos exercícios e recuperação mais rápida do paciente.

Município	ACADEMIA DA SAÚDE	CENTRAL DE REGULAÇÃO	CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS	CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	CLÍNICA ESPECIALIZADA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO	CONSULTÓRIO	HOSPITAL GERAL
TOTAL	1	1	1	1	10	13	16	2
330300 Miracema	1	1	1	1	10	13	16	2

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Dentre estas as que são úteis para o atendimento à Pessoa Com Deficiência e credenciados na rede SUS são:

Serviços/Estabelecimentos	Quantidade
CAPS	1
CASM	1
NAI	1
Academia de Saúde	1
Fisioterapeutas	4
Massoterapeutas	2
CRACA	1
APAE	1

Sabemos que a fisioterapia é uma ciência da Saúde que estuda, previne e reabilita os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas.

Atualmente, o fisioterapeuta vem ampliando sua área de atuação, adquirindo crescente importância nos serviços de atenção básica à saúde. O atendimento fisioterapêutico domiciliar tem como objetivo: adequar o ambiente do paciente, prevenir agravos à saúde, fornecer cuidados paliativos e atender o paciente incapaz de locomover-se até a unidade de saúde.

O atendimento é constituído de sessões de fisioterapia nas quais são realizados exercícios/manobras no paciente, orientações e capacitação do cuidador para a manutenção ou reabilitação do paciente. Assim, a proposta da fisioterapia na atenção domiciliar vai além da atenção direta ao paciente, visa também educar, treinar, capacitar o cuidador/família com objetivo de melhorar a qualidade de vida no domicílio.

A Portaria 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência propõe mudanças significativas na configuração dos pontos de atenção de saúde, com efetiva articulação das equipes que integram o Sistema Único de Saúde, para que a prestação de cuidados e assistência integral às pessoas com deficiência (PcD) seja assegurada, tanto no âmbito institucional quanto em nível domiciliar. Porém, a realidade dos pontos de atenção muitas vezes parece não seguir o recomendado na abordagem da portaria.

Muitas pessoas com severas limitações motoras, crianças, adultos e idosos, residentes em áreas de difícil acesso, padecem por não poder chegar aos pontos de atenção, tampouco contar com atendimentos, enquanto suas equipes permanecem inoperantes nos pontos de atenção a elas reservados, despreparadas, desmotivadas, ou sabe-se o que mais, para exercer função substitutiva ou complementar do necessário, sinalizado pela crescente demanda da população. Muitas dessas pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida que ficam sem atendimento, idosos, acamados ou pessoas com mobilidade reduzida, têm grande dificuldade de descer as escadas, essas sobremaneira estreitas, o que lhes impõem riscos de queda, com consequentes agravos de seus já comprometidos quadros funcionais. Por isso acredito que a atenção domiciliar seria de grande relevância para essas pessoas e suas famílias que muitas vezes se encontram perdidas com a alta hospitalar e as sequelas dos pacientes.

A primeira definição que necessitamos desenvolver são os critérios para a priorização dos atendimentos aonde através do conhecimento de todos os atores de saúde podemos tornar mais eficiente e favorável para a população.

Segue como anexo 1, uma tabela para orientação de todos os profissionais responsáveis pelos encaminhamentos ou solicitações do paciente e para que os mesmos possam filtrar e orientar a população de forma efetiva sobre o que é e quem se encaixa dentro dos critérios para o atendimento domiciliar.

É imprescindível salientar que pessoas com deficiência constituem um grupo heterogêneo que reúne, em uma mesma categoria, indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial, intelectual e mental. Por conseguinte, as ações de saúde voltadas para esse segmento têm que considerar um mosaico de diferentes necessidades. Mais do que isso, cuidados e acompanhamento devem ser iniciados precocemente, tão logo seja diagnosticada alguma lesão potencialmente causadora de incapacidades. Do contrário, o desenvolvimento e a qualidade de vida destas pessoas podem ficar irreparavelmente comprometidos, afetando sua inserção social, seja no mercado de trabalho, seja na vida em comunidade. Evidentemente, tal perspectiva de natureza preventiva e promocional está condicionada à alocação de recursos, o que exige reflexões e debates visando à fundamentação e ao planejamento de políticas públicas neste setor.

É muito comum no cotidiano das equipes de Saúde que trabalham no SUS, em especial na atenção domiciliar, deparar-se com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes (multipatologia, polifarmácia, patologias avançadas etc.), seja pelas condições socioeconômicas em que se encontram. Essa característica do trabalho em saúde das equipes de AD somada ao fato de que o seu contato com o paciente não se dá em estabelecimentos de Saúde, e sim no domicílio, impondo, necessariamente, um cuidado em rede, impõem o desenvolvimento de saberes e habilidades para facilitar o provimento e a disponibilização de tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades dos pacientes, isto é, de gerir o cuidado realizado. Mesmo estando claro que as equipes de Saúde, isoladamente, não detêm todas as condições para garantir o acesso do paciente a tecnologias de Saúde, necessitando de recursos e tomadas de decisões inscritos na esfera da gestão do SUS ou até em outros pontos de atenção da rede, ressalta-se a

potencialidade delas em facilitar esse acesso pelo desenvolvimento da capacidade de gerir o cuidado e operando como um “facilitador”, por meio do estabelecimento de formas diferentes de organização do processo de trabalho e uso de ferramentas/tecnologias.

O profissional de Saúde deve desenvolver a competência de ajudar as pessoas com foco na qualidade da vida, especialmente na Atenção Domiciliar, em que o resultado depende da participação do sujeito e da sua capacidade de “inventar-se”, apesar da doença. A escuta qualificada ajuda a pessoa e a família a entenderem a doença, relacionando-a com a vida para evitar atitudes passivas diante do tratamento, responsabilizando-as e ampliando as possibilidades clínicas do profissional (BRASIL, 2004).

Portanto meus objetivos interventivos são:

4 OBJETIVO GERAL

- Aperfeiçoar a gestão do cuidado na atenção fisioterapêutica domiciliar à PCD adquirida;

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer critérios de prioridades para os atendimentos fisioterapêuticos domiciliares no município
- Ampliar o número de atendimentos e tornar mais eficiente a evolução dos pacientes;
- Elaborar uma cartilha de orientação familiar/cuidador para facilitar a forma de lidar com o paciente em casa, as novas adaptações e nova forma de olhar a vida e suas mudanças, e contendo alguns exercícios para serem realizados com/pelo paciente. Assim teremos um instrumento para implementação de práticas que construam relações autênticas com a família e promovam as escolhas, o poder de decisão e o envolvimento das mesmas

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Este PI foi originalmente formatado para que haja mobilização dos atores ligados desde às práticas dos atendimentos fisioterapêuticos domiciliares à PCD até os atores que são responsáveis pelos encaminhamentos ou solicitações para os atendimentos sendo estes os médicos, os agentes comunitários de saúde, os gestores da secretaria de saúde, os familiares e toda a população, apostando que o conhecimento de todos beneficiará toda a população, potencializando os atendimentos aos casos mais urgentes e diminuindo as filas para os atendimentos e monitoramento dos atendimentos dentro da rede, visando maior número de atendimentos por mês e melhor atendimento da população. Todas as fases de desenvolvimento desse projeto permitem que os caminhos e passos futuros dialoguem diretamente com o público participante, e utilizamos da problematização de fatos e ações do cotidiano foram os maiores norteadores.

O primeiro e principal motivo para a realização desse projeto de intervenção foi a observação dos pacientes que eram encaminhados pelos médicos e/ou pelos agentes comunitários de saúde para os atendimentos fisioterapêuticos domiciliares que em média 60% não se enquadravam dentro dos critérios que considero prioritários para visitas domiciliares. Alguns até necessitavam de fisioterapia mas tinham condições físicas e facilidades de se locomoverem até o serviço ambulatorial e acabam ocupando horário de um outro paciente que têm um grau de necessidade maior dentro dos critérios estabelecidos.

Após alguns meses e certa dessa constatação, levei essas informações para a secretária de saúde e muitas conversas com a sub secretária de Saúde, onde pude exemplificar todos esses problemas supra citados e a vontade de solucioná-los, foi entendido que o profissional fisioterapeuta têm a melhor capacidade para a avaliação do paciente que são encaminhados para o serviço de atenção domiciliar onde a intenção principal é ampliar e otimizar os atendimentos à população.

Assim me vi motivada a esse Projeto de Intervenção onde pude estabelecer alguns critérios de prioridades para os encaminhamentos de fisioterapia domiciliar e uma cartilha de orientação para os familiares manterem alguns exercícios nos dias que não forem de visita fisioterapêutica para assim otimizar o prognóstico do paciente.

Após a finalização e com a orientação dos professores que têm me norteado de forma essencial, apresentarei esse PI para a sub secretária e a secretária de saúde respectivamente, onde tenho a intenção de apresentar na Conferência Municipal de Saúde para ser aprovado pela população e profissionais de saúde visando a aprovação na Câmara Municipal.

6 CRONOGRAMA

	JUL 201 8	AG O 201 8	SE T 201 8	OU T 201 8	NO V 201 8	DE Z 201 8	JA N 201 9	201 9
Definição do possível tema do projeto de	X							
Reunião com a sub secretária de saúde		X	X					
Reuniões com a secretária de saúde		X						
Redefinição do tema			X					
Runião com os agentes comunitários de				X				
Orientação para ajustes do projeto com professor					X			
Apresentação do PI na FIOTEC						X		
Apresentação do PI para a secretária de						X		
Reunião com os médicos e equipes							X	
Apresentação do PI na Conferência Municipal de SAúde								X
Apresentação do PI na câmara de vereadores								X

7 RECURSOS NECESSÁRIOS/CUSTOS

A princípio esse projeto de intervenção não tem custos pois visa o gerenciamento dos encaminhamentos e da atenção domiciliar pelos

profissionais que já são funcionários do município com o objetivo de otimizá-los. À partir disso, se os profissionais para atendimento em domicílio ainda forem insuficientes para atender população, a secretaria de saúde poderá contratar fisioterapeutas a fim de suprir a necessidade do município.

REFERÊNCIAS

1. LACERDA, M.R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n 2, p. 88-95, 2006.
2. ALENCAR, M.C.B; HENEMANN, L; ROTHENBUHLER, R. A capacidade funcional de pacientes, e a fisioterapia em um programa de assistência domiciliar. *Fisioterapia em Movimento*. v. 21, nº 1, p 11-20, 2008.
3. GIACOMOZZI, C.M; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto Enferm*. v. 15, nº 4, p 645-653, 2006.
4. FABRICIO, S.C.C; WEHBE, G; NASSUR, F.B; ANDRADE, J.I. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado da interior paulista. *Rev. Latino-am Enferm*. v. 15, nº 5, p721-726, 2004.
5. FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 13, nº 5, p 1511-15220, 2008.
6. TAVOLARI, C.E.L; FERNANDES, F; MEDINA, P. O desenvolvimento do “Home Health Care” no Brasil. *RAS*. v. 3, nº 9, p 15-18, 2000.
7. AMARAL, N., N.; CUNHA, M., C., B.; LABRONICI, R., H., D., D. et al. Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 9, n. 3, p.111-117, 2001.
8. MINISTERIO DA SAUDE. Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011, Brasília, DF. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS Página 20 9. ALMEIDA, L.G.D; LEO, I.O; OLIVEIRA, J.B; SANTOS, M.M.O. Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado a saúde de idoso na família e na comunidade. *Rev. Saude.Com*. v. 2, nº 1, p 50-58, 2006.
10. GOMES, W.D; RESK, Z.M.R. A percepção dos cuidados domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. *Rev. Enferm*. v. 17, nº 4, p 496-501, 2009.
11. FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 24, nº 3, p 180-188, 2008.

12. MINISTERIO DA SAUDE. Portaria nº 1533, de 16 de julho de 2012, Brasília, DF.
13. MINISTERIO DA SAUDE. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, Brasília, DF.
14. CASTRO, S.S; CIPRIANO JUNIOR, G; MARTINHO, A. Fisioterapia no programa de saúde da família: uma revisão e discussões sobre a inclusão. *Fisio. Mov.* v. 19, nº 4, p 55-62, 2006.
15. FIELDER, S; MULLER, G.G; DIAS, S.L.A; DIAS, A.M. Programa de saúde da família e fisioterapia domiciliar: um relato de experiência. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. P 1201-1204, 2007.
16. Projeto de Implantação do Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal. Brasília, 2008.
17. REZENDE, M; MOREIRA, M.R; FILHO, A.A; TAVARES, M.F.L. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Ciência & Saúde Coletiva.* v. 14, nº 1, p 1403-1410, 2009.
18. FERNANDES, B. G.; BARBOSA, S.F.; TERGILENE, T. K. O. et al. Abordagens domiciliares da fisioterapia na atenção básica: revisão de literatura. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, 2008. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS Página 21.
19. TRELHA, C. S.; SILVA, D. W.; ILDA, L. M. et al. O fisioterapeuta no programa de saúde da família em Londrina (PR). *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, v. 8, n. 2, p. 20- 25, 2007.
20. BRASIL, A.C.O.; BRANDÃO, J.A.M.; SILVA, M.O.N. et al. O papel do fisioterapeuta do programa saúde da família do município de Sobral - Ceará. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza*, v. 18, n. 1, p. 3-6, 2005.
21. COLODETTI, N. L. M.; PARDIM, R. S. S.; VIEIRA, R. S. et al. Fisioterapia da Assistência Domiciliar.
22. FELICIO, D.N.L; FRANCO, A.L.V; TORQUATO, M.E.A; VASCONCELOS, A.P. Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão do cuidador. *RBPS*, v. 18, nº2, p 64-69, 2005.
23. LACERDA, M.R; GIACOMOZZI, C.M. Assistência a saúde domiciliar e seus diferentes conceitos. Relatório técnico. Curitiba(PR); UFPR, 2005.
24. MORAES JR, Campregher A., Stapait A, Bruse CF, Grandó K, Santos LF. A Atuação da Fisioterapia no Programa de Saúde da Família. *Reabilitar*, nº10, p 21-26, 2001.

25. FERREIRA, F.N; et al. Intervenção fisioterapêutica na comunidade: relato de caso de uma paciente com AVE. Revista Saúde Com. v. 1, n. 1, p. 35-43, 2005.
26. RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. S.; COMPARIN, K. et al. Atribuições do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Região 5, Rio Grande do Sul, 2006.
27. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Gerência de Saúde Funcional. Protocolo de Atenção à Saúde – Conduta Fisioterapêutica em Unidade de Terapia Intensiva Adulto na Secretaria de Estado de Saúde do DF. Brasília, 2017.
28. ASSOBRAFIR. Acórdão 474, 02 de setembro de 2016, COFFITO, Brasília.
29. ASSOBRAFIR. Acórdão 475, 02 de setembro de 2016, COFFITO, Brasília. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF - CPPAS Página 22 30. BRASIL. Serviço de Atenção Domiciliar Bahia (SAD-BA). Serviços de atenção domiciliar: padronização, fluxos e rotinas técnicas. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>.
31. LAGNI, V.B. MAHMUD, S.J. MOOG. LEITÃO, A.L CECCONI, C.O . Treinamento sobre aspiração e higiene de vias aéreas superiores e traqueostomia. Laboratório de inovações em atenção domiciliar OPAS/MS. 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/conta%20teste/Documents/ACADÊMICOS/TRAQUEOSTOMIA/PRO T OCOLO%20AD%20PORTO%20ALEGRE%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/conta%20teste/Documents/ACADÊMICOS/TRAQUEOSTOMIA/PRO T OCOLO%20AD%20PORTO%20ALEGRE%20(1).pdf) Acesso em: 15/02/2017.
32. POTTER, P.A; PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro Elsevier , 1424p. 2013.
33. OLIVEIRA, R. G. Blackbook enfermagem. 1ªed. Blackbook, 816p. 2016.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 825 de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde.
35. Portal Clinica Deckers, disponível em: http://www.clinicadeckers.com.br/html/orientacoes/fisioterapia/exercicios_terapias.html
36. Portal Sarah, disponível em: <http://www.sarah.br/Cvisual/Sarah/> 37. KISNER, C.; COLBY, L. A. Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas. 5ª edição. Editora Manolo. 2009.
37. RESOLUÇÃO Nº 474, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2016 – Normatiza a

atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/Home Care.
http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/13.-protocolo_fisioterapia.pdf; http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_10_2009_10.51.23.19d2194ece_dc16f5750849dddfb21f0e.pdf;

38. REHEM, T. C. M. & TRAD, L. A. B.. Home health care: subsidies for a primary care project in Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. [online]. Sept./Dec. 2005, vol.10 suppl. [cited 25 July 2006], p.231-242. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-DIOGO,M J D;

39. DUARTE, Y. A O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V., PY,L.,CANÇADO, F.A X., DOLL, J.; GORZONI, ML. *Tratado de geriatria e gereontologia*. 2 ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006,cap.118, pg 1123-1130.

40. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006.

41. BRASIL-Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

42. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2529_19_10_2006.html

43. www.coffito.gov.br/nsite/?cat=15&paged=2

44. <http://redehumanizasus.net/89776-servico-de-atencao-domiciliar-no-contexto-da-rede-de-cuidados-da-pessoa-com-deficiencia/>

45. <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-08/ibge-62-da-populacao-tem-algum-tipo-de-deficiencia>

46. <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/indicadores/censo-2010>

47. <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=N M1MQ%2C%2C>

48. http://www.educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/analfabetismo/dados_estatisticos_populacao_analfabeta_por_municipio_brasil.pdf

49. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

CRITÉRIOS PARA ESTABELECIMENTO DAS PRIORIDADES DOS ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS DOMICILIARES À PCD

1 - Sequelas recentes (idealizamos tratamento imediato e com maior frequência semanal 2 a 3 vezes por semana). Dentre estas podemos destacar:

- acidentados com amputações de um ou ambos membros inferiores, estes pacientes necessitam de atendimento rápido para reestabelecer o máximo de atividades diárias e capacitação para a utilização de órtese futura;
- pós (AVE) acidente vascular encefálico, nesses casos a evolução do paciente tende a ser excelente e com a orientação familiar e execução dos exercícios a alta fisioterapêutica se torna mais rápida, resultando assim em novas vagas

2- Pessoas acamadas, com mobilidade reduzida ou que necessitam de auxílio de cadeira de rodas para locomoção, sugerimos o atendimento fisioterapêutico semanal ou 2 x por semana e orientação familiar;

3 - Sequelas menos recentes (até dois anos) onde o paciente têm grande dificuldade de locomoção, sugerimos o atendimento fisioterapêutico semanal ou 2 x por semana e orientação familiar;

4 - Paciente que necessita do auxílio de sonda vesical ou sonda nasogástrica que impede ou dificulta a locomoção até o ambulatório, sugerimos o atendimento fisioterapêutico semanal ou 2 x por semana e orientação familiar;

5- Sequelas antigas, após 2 anos de lesão, deverá ser feitas visitas periódicas menos frequentes quinzenalmente ou mensalmente sabendo que nesses casos a evolução do paciente é bem pequena e o tratamento fisioterapêutico auxilia apenas na manutenção do estado físico do paciente, nesses casos é imprescindível a orientação familiar/cuidador exemplificando os exercícios que deverão ser realizados diariamente pelos pacientes com a ajuda do cuidador/familiar

Vale ressaltar que as pessoas que necessitam de atendimento fisioterapêutico mas não se encontram dentro do quadro acima devem ser encaminhadas para o atendimento fisioterapêutico ambulatorial.

ANEXO 2

Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

CARTILHA COM ALGUMAS ORIENTAÇÕES PARA AS FAMÍLIAS E/OU CUIDADORES DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MOTORA

Alguns de nós, às vezes, nos sentimos confusos ao encontrarmos uma pessoa com deficiência ou quando nos deparamos com essa deficiência dentro de nossas casas. Este desconforto é anulado quando nos possibilitamos as oportunidades da convivência com a diversidade humana e suas singularidades. Entretanto, não faça de conta que a diferença não existe. Se você se relacionar com uma pessoa com determinada especificidade, você não precisa ignorar a sua condição, porque desta forma, você não estará se relacionando com aquela pessoa em particular, mas com outra pessoa que não a real.

Reconheça e valorize a diferença. Ela existe e você precisa considerá-la. Também não subestime as possibilidades das pessoas nem superestime suas dificuldades e vice-versa. Porque as pessoas com deficiência têm o direito, podem e querem tomar suas próprias decisões e assumir a responsabilidade por suas escolhas.

Provavelmente, em razão de sua condição singular, uma determinada pessoa poderá ter dificuldade para realizar uma ou outra atividade e, por outro lado, poderá ter extrema habilidade para fazer várias outras, exatamente como qualquer indivíduo.

A maioria das pessoas com deficiência não se importa de responder perguntas, como aquelas bem diretas feitas por crianças, a respeito da sua condição e de como ela realiza algumas tarefas. Entretanto, se você não tem muita intimidade com a pessoa, por uma questão de respeito que se aplica a qualquer relacionamento humano, deve evitar fazer perguntas muito íntimas, que pelo caráter muito pessoal, só permitimos que nos façam aquelas pessoas mais próximas a nós. Quando quiser alguma informação de uma pessoa com deficiência, dirija-se e olhe diretamente para ela e não para seus acompanhantes ou intérpretes.

Sempre que quiser ajudar, ofereça ajuda. Mas espere sua oferta ser aceita, antes de tomar qualquer iniciativa. E não se esqueça de perguntar a forma mais adequada para fazer. Não se ofenda se sua ajuda for recusada, pois nem sempre às pessoas com deficiência precisam de apoio.

Observe que a maior barreira nem sempre é arquitetônica ou de comunicação, mas a falta de informação, o preconceito e o estigma, ou seja, as atitudes. Porém, algumas orientações podem ajudar na convivência com as pessoas com deficiência.

1. Uma das coisas importantes a saber é que, para uma pessoa sentada, é incômodo ficar olhando para cima por muito tempo. Portanto, ao conversar

por mais tempo que alguns minutos com uma pessoa em cadeira de rodas, sente-se, para que você e ela fiquem no mesmo nível.

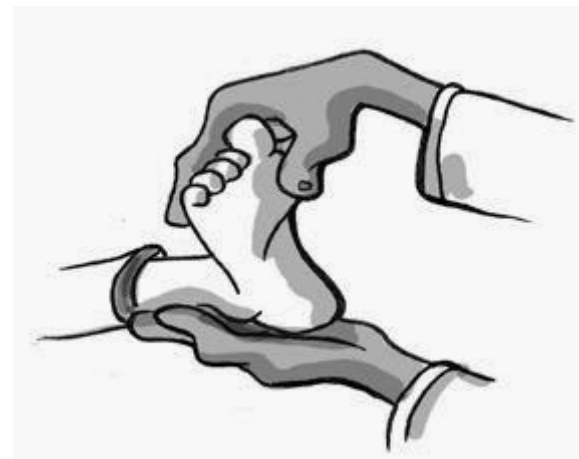
2. A cadeira de rodas (assim como as bengalas e muletas) é parte do espaço corporal da pessoa, quase uma extensão do seu corpo. Agarrar ou apoiar-se nela é como fazê-lo em uma pessoa sentada numa cadeira comum.
3. Nunca movimente a cadeira de rodas sem antes pedir permissão para a pessoa.
4. Quando estiver conduzindo uma cadeira de rodas e parar para conversar com alguém, lembre-se de virar a cadeira de frente para que a pessoa também possa participar da conversa.
5. Ao conduzir uma pessoa em cadeira de rodas, faça-o com cuidado. Preste atenção para não bater nas pessoas que caminham à frente. Para subir degraus, incline a cadeira para trás para levantar as rodinhas da frente e apoiá-las sobre a elevação. Para descer um degrau, é mais seguro fazê-lo de marcha à ré, sempre apoiando para que a descida seja sem solavancos.
6. Mantenha as muletas ou bengalas sempre próximas à pessoa com deficiência.
7. Pessoas com paralisia cerebral podem ter dificuldades para andar, falar e podem fazer movimentos involuntários com pernas e braços. Se a pessoa tiver dificuldade na fala e você não compreender imediatamente o que ela está dizendo, peça para que repita.
8. Não se acanhe em usar palavras como "andar" e "correr". As pessoas com deficiência física as empregam naturalmente.
9. Uma pessoa com paralisia cerebral tem uma lesão ocasionada antes, durante ou após o nascimento e, por isso, tem necessidades específicas: é muito importante respeitar o seu ritmo e ter atenção ao ouvi-lo, pois a maioria tem dificuldade na fala.
10. Paralisia cerebral e deficiência cognitiva ou intelectual não são a mesma coisa.

Uma das atividades do cuidador é ajudar a pessoa cuidada a se recuperar, isso é, ajudá-la a recuperar movimentos e funções do corpo, prejudicados pela doença. Alguns exercícios podem ser feitos mesmo que a pessoa cuidada esteja na cama ou em cadeira de rodas. Exemplos de alguns exercícios que podem ser feitos com a pessoa cuidada na cama ou na cadeira de rodas:

- Movimento cada um dos dedos dos pés, para cima e para baixo, para os lados e com movimentos de rotação.



- Segure o tornozelo e movimente o pé para cima, para baixo, para os dois lados e em movimentos circulares.



- Dobre e estenda uma das pernas, repita o movimento com a outra perna (sem atritar o calcanhar na cama, que favorece o surgimento de feridas).



- Com os pés da pessoa apoiados na cama e os joelhos dobrados, faça movimentos de separar e unir os joelhos.



- Com os pés apoiados na cama e os joelhos dobrados, solicite que a pessoa cuidada levante os quadris e abaixe lentamente.



- Levante e abaixe os braços da pessoa, depois abra e feche.



- Faça movimentos de dobrar e estender os cotovelos, os punhos e depois os dedos.



- Ajude a pessoa a flexionar suave e lentamente a cabeça para frente e para trás, para um lado e depois para o outro, isto alonga os músculos do pescoço. Estimule para que a pessoa faça os movimentos sozinha, se necessário o cuidador pode ajudá-la. No caso de tonturas suspenda o movimento até melhorar do sintoma.



- Peça à pessoa cuidada que encha as bochechas de ar e depois murche a bochecha para dentro; a seguir peça a ela que coloque a língua para fora e movimente de um lado para o outro; feche os olhos com força fazendo caretas.



É importante que o cuidador estimule a pessoa cuidada a utilizar ao máximo o lado do corpo que está comprometido, realizando com o lado afetado todos os

exercícios citados anteriormente. Caso seja necessário, o cuidador pode ajudá-la na realização desses exercícios.

Sempre que possível é bom que a porta do quarto e os móveis estejam do lado mais comprometido, pois isso faz com que a pessoa se volte mais para esse lado estimulando os movimentos do membro afetado.

Exercícios respiratórios

Quando a pessoa cuidada está com os movimentos limitados ou permanece acamada por longos períodos é comum que se acumule secreção (catarro) nos pulmões. Por isso é importante que o cuidador a estimule e ajude a fazer exercícios respiratórios para eliminar essas secreções, melhorar a entrada de ar nos pulmões e prevenir o aparecimento de pneumonia. A seguir serão descritos alguns exercícios, que dependendo das condições físicas da pessoa cuidada, podem ser feitos com a pessoa deitada, sentada ou em pé:

- Ajude a pessoa a se sentar e peça a ela que coloque as mãos sobre a barriga, puxe o ar pelo nariz, e solte pela boca, de forma lenta e prolongada. Dessa forma ela vai perceber a mão se movimentando para cima quando o pulmão enche e para baixo quando solta o ar.
- Peça à pessoa para puxar o ar pelo nariz e ao mesmo tempo levantar os braços estendidos, depois peça para a pessoa soltar o ar pela boca abaixando os braços.

Fique Atento: É importante oferecer à pessoa cuidada maior quantidade de líquido para facilitar a saída do catarro e estimulá-la a tossir e cuspir. Procure observar a cor do catarro, pois se o catarro estiver amarelo, verde ou com sangue é preciso comunicar à equipe de saúde.

O ambiente da casa precisa estar sempre limpo, arejado e livre de fumaça e poeira. A limpeza do chão e dos móveis deve ser feita diariamente com pano úmido.

Os produtos de limpeza com cheiro forte devem ser evitados, pois podem provocar alergias e alterações respiratórias.

OBS: Essas são apenas orientações básicas, cada paciente tem sua particularidade e precisa ser avaliado e orientado individualmente.

ANEXO 3

Relatos da intervenção

Em agosto deste ano de 2018 fui solicitada pela atual secretária de saúde e pela sub secretária a trabalhar com os atendimentos fisioterapêuticos domiciliares no meu município, devido a extensa demanda de encaminhamentos médicos que estavam sendo recebidos pela secretaria de saúde. Então fui transferida de setor e desde então me deparei com um número de pacientes bem maior do que eu esperava. Todos os dias surgiam novas solicitações médicas para atendimento fisioterapêutico onde vinham em destaque ATENDIMENTO DOMICILIAR . Essas solicitações chegavam até a secretaria de saúde onde a secretária e algumas vezes a sub secretária me repassavam solicitando o atendimento. Esses pedidos chegavam a um número de cinco ou seis encaminhamentos por semana, portanto meus horários se esgotaram rapidamente.

Após um mês de atendimentos pude perceber que alguns dos pacientes não necessitavam ser atendidos em seus municípios, pessoas que tinham condições físicas de se locomoverem até a unidade de saúde para serem atendidos e outras pessoas com uma necessidade maior e impossibilitadas de se locomoverem ou com grau de dificuldade muito grande necessitando de atendimento domiciliar mas não haviam mais vagas pois as solicitações das mesmas haviam chegado depois. Isso a cada dia me afligia mais e então decidi conversar com a sub secretária e com a secretária respectivamente para pedir a autorização para avaliar cada solicitação médica e dar um feedback para elas informando em quais desses encaminhamentos o paciente realmente tinha necessidade de ser atendido em seu domicílio. Pois eu estava atendendo crianças as quais as mães tinham condições de levar para serem atendidas, pessoas que sofreram AVC há muitos anos atrás e tinham sequelas bem leves que tinham a facilidade de ir até o atendimento, pessoas que podiam receber alta fisioterapêutica mas que insistiam com os médicos que lhes concediam o encaminhamento novamente para a fisioterapia domiciliar, até fratura de punho eu cheguei a atender em domicílio e estes estavam ocupando horários de pacientes mais graves que necessitavam de atendimento com mais urgência e estavam impossibilitados de se locomoverem. À partir de alguns dias de conversa e explicação recebi autorização e então comecei a realizar as avaliações e dar esse retorno para as mesmas. No início foi um pouco difícil dar alta e explicar essa realidade para cada paciente que não se enquadrava dentro dos critérios para o atendimento domiciliar, pois essa modalidade de atendimento aumenta muito o vínculo de ambas as partes (terapeuta/paciente) mas a cada avaliação ou reavaliação eu lhes dava um parecer e uma sugestão já explicando e orientando o familiar no caso de alta ou encaminhamento para o atendimento ambulatorial e estes ao contrário do que pensavam acolhiam meu parecer e ficavam satisfeitos com a atenção recebida.

Os pacientes que não se enquadravam dentro dos critérios para o atendimento domiciliar mas já estavam em tratamento, eu expliquei sobre a grande demanda e ausência de profissionais e fui diminuindo aos poucos o número de sessões por semana. Para esses pacientes eu orientava para que

realizassem alguns exercícios em casa todos os dias e eu passaria visita e faria o atendimento semanal para tirar dúvidas e

acrescentar exercícios e aos poucos fui dando alta de forma gradativa e ocupando esses horários com novos pacientes.

O dia em que eu me senti mais realizada foi quando eu fui até a secretaria de saúde e comuniquei a secretária que eu estaria apresentando esse projeto no início de dezembro portanto teria que me ausentar mas que ao meu retorno eu procuraria ela pois eu estava com três horários vagos e então que ela me passasse alguns encaminhamentos e a resposta que eu recebi foi: - Francine não temos mais fila de espera, no momento não tenho solicitações pra te encaminhar.

Foi então que percebi o quanto a informação e a comunicação são essenciais na área da saúde levando a equidade quando aplicadas no nosso local de trabalho.