



## DELIBERAÇÃO 274/CIB/2021

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 260ª reunião ordinária do dia 08 de dezembro de 2021.

Considerando o Anexo XIII da Portaria de Consolidação CM/MS nº 2 de 28 de setembro de 2017 da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência;

Considerando o Instrutivo de Reabilitação auditiva, física, intelectual, visual dos Centros de Reabilitação Especializados em Reabilitação e Oficinas ortopédicas da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde segundo Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012) e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: PRT MS/GM;

Considerando a pandemia da COVID-19 e necessidade de estruturação de Serviços de Reabilitação na Atenção Especializada,

### APROVA

As regras para concessão do Cofinanciamento Estadual aos Serviços Especializados Macrorregionais para oferta de serviços de reabilitação física e funcional por equipe multiprofissional, prioritariamente para seqüelas graves Pós-Covid19.

1. A composição mínima da equipe multiprofissional para atendimento de reabilitação especializada é: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou educador físico, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista e assistente social.
2. O Serviço deve funcionar 40hs/semanais, a carga horária semanal mínima por profissional poderá ser de 10h semanais à 40hs semanais de acordo com a demanda assistencial. Para funcionamento em período integral se faz necessário que os profissionais de diferentes categorias tenham carga horária por profissional, a fim de que o serviço não fique descoberto ( Anexo 2) . O Serviço deverá estar cadastro no CNES como Serviço de classificação 135 código 003 e o cadastro deverá ser atualizado regularmente pelo responsável técnico do serviço.



3. O cofinanciamento para estes Serviços será de R\$140.000,00/ mês para realizar 400 procedimentos por equipe multiprofissional. Serão configuradas 20 vagas de avaliação inicial mês.

4. O atendimento especializado de reabilitação será realizado, preferencialmente, nos cinco Centros Especializados de Reabilitação já habilitados pelo Ministério da Saúde na Rede de Deficiência, sendo realizada adesão a esta demanda com inclusão de novos recursos, sendo eles: Lages - UNIPLAC - CER II, Itajaí - UNIVALI - CER II, Criciúma - UNESC - CER II, Blumenau - FURB - CER II e Grande Florianópolis - CCR - CER II. A área de abrangência desses centros de referência para esta política estadual está descrita no ANEXO 1 desta Deliberação.

4.1 Caso não haja adesão dos Centros Especializados em Reabilitação habilitados pelo Ministério da Saúde, estará aberta a adesão de outras instituições regionalizadas da mesma forma que está descrito no item 5 desta Deliberação.

5. Para as Macrorregiões do Planalto Norte e Nordeste, Meio Oeste e Serra Catarinense e Grande Oeste está aberta à adesão de instituições de ensino: Públicas, Filantrópicas ou Comunitárias, Municípios ou outros serviços de saúde públicos ou filantrópicos que possuam capacidade instalada para ofertar os serviços regionalizados definidos nesta Deliberação.

6. A formalização da adesão deverá ser por meio de Ofício para o Gestor Estadual informando a equipe multiprofissional e a capacidade instalada para atendimento regionalizado definido nesta Deliberação. Anexar Ofício com a ciência do Gestor Municipal e aprovação da CIR. Assim que encaminhado ao Gestor Estadual será solicitada a Vistoria dos Serviços pelas ECAs nas Coordenadorias Regionais de Saúde, mediante Check list encaminhado pela Área Técnica da SES(Anexo3), para posterior envio à CIB, nos casos dos serviços com parecer técnico favorável.

7. Os pacientes com estratificação de risco grave e com necessidade de reabilitação especializada serão encaminhados diretamente ao Serviço Especializado de Reabilitação via Atenção Primária de acordo com os critérios técnicos e de risco definidos em Protocolo Estadual. As agendas serão configuradas e reguladas pelo gestor municipal que detém a contratualização.

8. A produção deve ser registrada nos sistemas de informação e prontuário eletrônico seguindo a padronização definida pelo Ministério da Saúde (SIA, SIGTAP - procedimentos: 0301012007-2 consulta e 030319001-9 reabilitação).



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Comissão Intergestores Bipartite

9 O recurso financeiro será repassado fundo estadual para fundo municipal após a manifestação da entidade, vistoria, aprovação da área técnica da SES, aprovação de CIR e CIB.

10. O recurso financeiro será repassado em parcelas mensais no valor de R\$ 140.000,00.

11. A manutenção do cofinanciamento estadual será revisada em novembro/2022 de acordo com as demandas Macrorregionais por estes atendimentos, para possíveis adequações necessárias.

12. Os Serviços deverão registrar os dados de produção no sistema de informação ambulatorial - SIA, regularmente.

13. Cabe a SES levar para discussão em Câmara Técnica da CIB o Protocolo de Atendimento, bem como realizar a capacitação dos profissionais do Serviço Especializado em Reabilitação para atuação dentro deste Protocolo.

14. O recurso do cofinanciamento estadual será suspenso quando os requisitos mínimos não forem cumpridos.

15. A suspensão será mantida até adequação das irregularidades identificadas e sem jus ao pagamento retroativo.

17. Os recursos deste cofinanciamento estarão disponíveis para adesão a partir do mês de janeiro de 2022.

18. Estes Serviços Especializados de Reabilitação Macrorregionais se somam aos Serviços Municipais de Reabilitação. Os Municípios poderão organizar seus Serviços Especializados de Reabilitação para atendimento de demandas Municipais e/ou Regionais.

Florianópolis, 08 de dezembro de 2021.

Assinado digitalmente

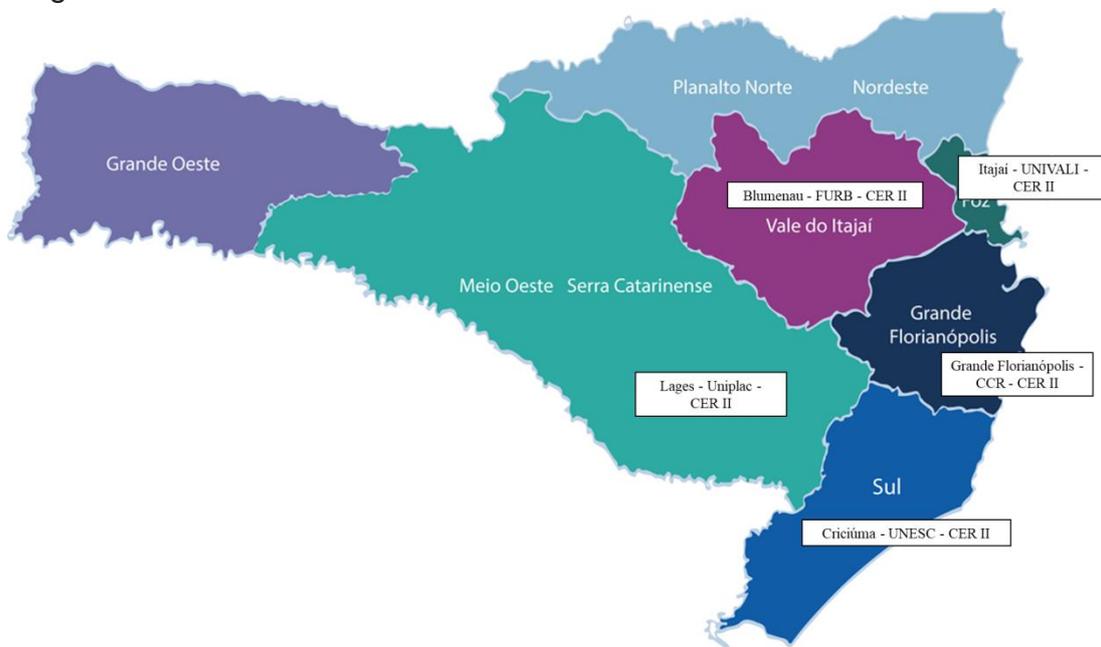
**ANDRÉ MOTTA RIBEIRO**  
Secretária de Estado da Saúde  
Coordenador CIB/SES

Assinado digitalmente

**DAISSON TREVISOL**  
Presidente do COSEMS  
Coordenador CIB/COSEMS



## ANEXO 1 - Área de abrangência dos Serviços Especializados de Reabilitação Regionalizados



Macro Região	Município Sede	Regiões de Saúde Referenciadas para Atendimento
Grande Fpolis	Florianópolis	Grande Fpolis
Grande Oeste	Chapecó	Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste
Meio Oeste e Serra Catarinense	Lages	Serra Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe*
Meio Oeste e Serra Catarinense	Joaçaba	Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe**
Planalto Norte e Nordeste	Joinville	Nordeste e Vale do Itapocu
Planalto Norte e Nordeste	Mafra	Planalto Norte
Sul	Criciúma	Extremo Sul, Carbonífera e Carbonífera
Foz Itajaí	Itajaí	Vale do Itajaí
Vale Itajaí	Blumenau	Médio Vale do Itajaí e Alto Vale do Itajaí

\* Municípios desta Região de Saúde mais próximos de Lages

\*\* Municípios desta Região de Saúde mais próximos de Joaçaba.



## ANEXO 2

### Equipe Mínima para o Serviço Especializado de Reabilitação:

Categoria Profissional	Carga Horária Semanal
Médico	10h
Fisioterapeuta	40h
Fonoaudiólogo	20h
Nutricionista	20h
Terapeuta Ocupacional ou Educador Físico	20h
Psicólogo	20h
Assistente Social	20h
Enfermeiro	20h
Coordenador / Responsável técnico	20h

## ANEXO 3

### Check List para Vistoria dos Serviços Especializados de Reabilitação

#### Identificação do Serviço:

#### Endereço:

Tem cadastro no CNES: ( ) Sim ( ) Não

Está cadastrado no Serviço de Classificação: 135 código 003 ( ) sim ( ) não

Tem Coordenador no Serviço: ( ) Sim ( ) Não

#### 1. Profissionais e Carga Horária:

Categoria Profissional	Carga Horária Semanal	Sim	Não
Médico	10h		
Fisioterapeuta	40h		
Fonoaudiólogo	20h		
Nutricionista	20h		
Terapeuta Ocupacional ou Educador Físico	20h		
Psicólogo	20h		
Assistente Social	20h		
Enfermeiro	20h		
Coordenador / Responsável técnico	20h		



**2. Materiais e Equipamentos:**

<b>Equipamentos/Materiais</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Não tem</b>
Esteira		
Bicicleta		
Banco extensor de membro inferior		
Leg press		
Aduto/abdutor		
Banco reto		
Barra guiada		
Jogo completo de halteres		
Jogo completo de anilhas		
Peck deck		
Banco extensor/flexor		
Respiron		
Sheicker		
Power breath		
Questionário k-bild		
Bioimpedância		
Banco de wells		
Dinamômetro palmar		
Fita métrica		
Adipometro		
Questionário de SF36		
Cilindro de oxigênio		
Máscaras para cilindro		
Cateter para oxigênio		
Ambu		

Responsável pelo Preenchimento:

Data:



## Assinaturas do documento



Código para verificação: **O1QJ3A34**

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ **DAISSON JOSE TREVISOL** (CPF: 824.XXX.669-XX) em 13/12/2021 às 22:19:02  
Emitido por: "AC LINK RFB v2", emitido em 30/04/2021 - 15:22:31 e válido até 30/04/2022 - 15:22:31.  
(Assinatura ICP-Brasil)
  
- ✓ **ANDRÉ MOTTA RIBEIRO** (CPF: 674.XXX.290-XX) em 14/12/2021 às 07:55:44  
Emitido por: "SGP-e", emitido em 13/05/2021 - 18:41:36 e válido até 13/05/2121 - 18:41:36.  
(Assinatura do sistema)

Para verificar a autenticidade desta cópia, acesse o link <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo/conferencia-documento/U0VTXzcwNTIfMDAxODkyNDBfMTkyMDYzXzlwMjFtZFRSjNBMzQ=> ou o site <https://portal.sgpe.sea.sc.gov.br/portal-externo> e informe o processo **SES 00189240/2021** e o código **O1QJ3A34** ou aponte a câmera para o QR Code presente nesta página para realizar a conferência.



ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

**POLÍTICA DE REABILITAÇÃO CATARINENSE (PRC)**

**Aprovado pela Deliberação CIB nº 274/CIB/2021**

Florianópolis, 2021



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**  
**GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**Carlos Moisés da Silva**

Governador do Estado de Santa Catarina

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**André Motta Ribeiro**

Secretário de Estado da Saúde

**Alexandre Lencina Fagundes**

Secretário Adjunto

**Daisson José Trevisol**

Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina - COSEMS/SC

**SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE**

**DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO**

**COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS**

**CENTRO CATARINENSE DE REABILITAÇÃO**

## Colaboradores

Jane Laner Cardoso

Diretoria de Atenção Primária à Saúde/DAPS/SPS

Fidel Cesário de Lima Albuquerque

Área Técnica Núcleo de Apoio à Gestão Clínica DAPS/SPS

Gisele Damian Antonio Gouveia

Área Técnica Núcleo de Apoio à Gestão Clínica DAPS/SPS

Tales de Carvalho

Médico Cardiologista, Professor UDESC/CEFID do Projeto “Reabilitação Domiciliar da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública.

Yolanda Gonçalves da Silva Fontes

Fisioterapeuta da equipe técnica da UDESC/CEFID do Projeto “Reabilitação Domiciliar da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública.

Jaqueline Reginatto

Fisioterapeuta Coordenadora da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência ATPCD/SUR

Marcelo Lemos dos Reis

Médico Ortopedista, Gerente do Centro Catarinense de Reabilitação CCR/ SUH

## SUMÁRIO

### SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	6
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
<b>2 REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....</b>	<b>7</b>
2.1 CRITÉRIOS PARA CRIAÇÃO DAS EQUIPES DE REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ERD) .....	7
2.2 EQUIPE DE REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA APS.....	8
2.3 ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO DA REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA APS.....	9
2.4 CONDUTA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL NA APS.....	11
2.5 SEGUIMENTO DAS PESSOAS EM REABILITAÇÃO DOMICILIAR .....	16
2.6 APOIO TÉCNICO REGIONAL AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA APS ....	17
2.7 APOIO TÉCNICO EM REABILITAÇÃO FÍSICO FUNCIONAL NA APS.....	17
2.8 TREINAMENTO DAS EQUIPES DE REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA APS.....	17
<b>3 REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....</b>	<b>19</b>
3.1 CRITÉRIOS PARA AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO REGIONALIZADOS.....	19
3.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL .....	20
3.3 PROCESSO DE REABILITAÇÃO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS MACRORREGIONAIS.....	23
3.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA REABILITAÇÃO POS COVID .....	24
3.5 FLUXO DE ACESSO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO .....	24
3.6 PROCESSO DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO .....	25
3.7 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE PNEUMOLOGISTA.....	27
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Política de Reabilitação Catarinense está baseada em critérios estabelecidos por normas vigentes no Sistema Único de Saúde e organizada a partir da definição dos serviços de interesse de saúde, que, de forma regionalizada, são referência para o atendimento das necessidades e demandas da população, com destaque neste documento as diretrizes para a adoção de incentivo para organização dos fluxos assistenciais de reabilitação em saúde, no formato híbrido, ordenadas pela atenção primária à saúde.

As equipes de atenção primária à saúde (APS) deparam-se com situações geradoras de perda de funcionalidade e de deficiência que necessitam de cuidados em reabilitação nas mais diversas situações. As dores crônicas, traumatismos, amputações decorrentes da diabetes, alterações de comportamento, doenças crônicas e, atualmente, as sequelas da COVID-19, estão presentes na rotina de trabalho dessas equipes e dada a escala global desta pandemia, é evidente que as necessidades de saúde para estes pacientes continuarão a aumentar no futuro muito próximo (BRASIL, 2017).

Neste momento de pandemia, observa-se um importante impacto funcional e de qualidade de vida em uma parcela significativa dos indivíduos que se recuperam da fase aguda da Covid-19 a médio e longo prazo. As manifestações clínicas da COVID-19 variam da ausência de sintomas até graves comprometimentos sistêmicos que podem resultar em falência múltiplas de órgãos e morte. Após a fase aguda, parcela considerável relata fadiga crônica, dispneia persistente, artralgia, disfunções específicas no coração, pulmão, rins, cérebro, nervos periféricos, além de transtornos emocionais e psiquiátricos relacionados ao estresse de internação. Estudos também evidenciam que a Covid-19 longa possa ser uma realidade em alguns pacientes. A “*Longhauers*” ou COVID longa é um termo comumente usado para descrever sinais e sintomas que continuam ou se desenvolvem após COVID-19 agudo. Inclui COVID-19 sintomático contínuo, síndrome pós-COVID-19 e, ainda, novos sintomas após o curso da doença em fase aguda, ressaltando-se que tem sido observado que cerca de 70% dos pacientes hospitalizados não se recuperam totalmente após cerca de cinco meses da alta hospitalar (CARVALHO, 2021).

Dados importantes da síndrome pós-COVID:

- O tempo de recuperação é diferente para cada pessoa.

- Os sintomas persistentes mais comumente relatados foram dispneia e fadiga.

- Sintomas persistentes foram relatados em até 12 meses após a alta.

- Os sintomas podem permanecer os mesmos da fase aguda ou surgir novos sintomas inexplicavelmente, afetando de maneiras diferentes e em momentos diferentes.

- A doença prolongada pode ocorrer entre adultos jovens sem comorbidades subjacentes e nos pacientes que tiveram doença leve. Aproximadamente 12% a 15% dos pacientes que apresentaram sintomas leves ainda apresentavam sintomas até 8 meses depois.

- O número de sintomas parece estar associado à intensidade de sintomas durante a fase aguda da infecção e ao número de comorbidades em pacientes não hospitalizados.

- Sintomas persistentes foram relatados em gestantes e crianças, mas parecem ser menos comuns nas crianças que nos adultos (SANTA CATARINA, 2021).

Esta Política pressupõe que tais situações demandam cuidado longitudinal, integral e coordenado atenção primária, garantindo detecção precoce de alterações físico e funcional das doenças crônicas, busca ativa de pessoas com síndrome pós-Covid19 para a resolutividade da atenção primária, redução dos impactos nos indicadores sensíveis à APS e encaminhamento qualificado para a atenção secundária dos casos que realmente precisam de atendimento especializado (BRASIL, 2017).

Além das medidas de controle e vacinação em massa da população avançam para salvar vidas, não se pode negligenciar a atenção indispensável a todos os egressos da fase aguda, considerando que não somente os que foram internados por formas mais graves da COVID em enfermarias e/ou unidade de terapia intensiva (UTI) e que necessitaram de ventilação invasiva, precisarão de cuidados especializados. O futuro dos sobreviventes do COVID-19 permanece incerto e os efeitos a longo prazo podem se acumular exponencialmente. Esses indivíduos com incapacidades estão mais expostos a comorbidades associadas às sequelas da Covid-19, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental, mas enfrentam diversas barreiras de acesso e cuidado integral.

Durante a pandemia da COVID-19, que exigiu medidas de distanciamento físico, foram potencializados os obstáculos para a continuidade da Reabilitação Convencional (presencial) e ampliada a oportunidade de transição para (ou expansão) de formatos de saúde digital com intervenção à distância, algo que vem contribuindo

para a superação de barreiras geográficas, logísticas e de acesso já conhecidas (CARVALHO, 2020; DRWAL et al.,2020).

Considerando que em Santa Catarina foram confirmados 1.230.633 casos (25/11/2021), é evidente que existem milhares de pessoas a serem acompanhadas pelas equipes de atenção primária à saúde e atenção especializadas e que pacientes com sequelas continuarão a aumentar no futuro previsível, exigindo assim um maior esforço da gestão em saúde em estruturar políticas públicas com ampla atuação, por meio de incentivo à busca ativa, adoção de instrumentos de avaliação e mapeamento eficientes e serviços de reabilitação física e funcional passiva de serem implantadas em larga escala em modelos híbridos com equipes previamente capacitadas.

Por isso, a Política de Reabilitação Catarinense reconhece a importância da descentralização e capilaridade da atenção primária para proporcionar maior abrangência das ações reabilitadoras em larga escala e melhorar os encaminhamentos aos serviços especializados. Com isso, a organização desta política estadual visa definir diretrizes e o valor do incentivo financeiro, oriundo de recurso próprio do tesouro do Estado, que será destinado para criação de equipes multiprofissionais de reabilitação domiciliar na atenção primária e Centros Especializados de Reabilitação Regionalizados para garantir acesso oportuno e continuado às pessoas com sequelas leves, moderadas e graves aos serviços vinculados ao SUS.

Neste contexto, estão consistentemente descritas na literatura os efeitos favoráveis da reabilitação cardiopulmonar com ênfase nos exercícios físicos no contexto da atenção primária, com redução significativa na morbimortalidade global e das taxas de hospitalização com expressivo ganho de qualidade de vida (CARVALHO et al, 2020).

Diante disso, vêm ganhando espaço crescente nos últimos anos os programas de Reabilitação “domiciliar”, “baseados em domicílio” ou “home based”, que proporcionam maior acessibilidade, sendo uma excelente alternativa para diminuição da enorme demanda historicamente reprimida, dentre outras razões por não depender de uma estrutura física específica (DALAL et al.,2015; ANDERSON et al, 2017).

Espera-se que as estratégias para superar os desafios da reabilitação dos pacientes no pós Covid-19 sejam exploradas pelas próprias equipes durante o fazer do dia a dia, pois partimos do pressuposto de que a busca ativa, a avaliação inicial física e

funcional precoce e o acompanhamento e monitoramento longitudinal no território são essenciais para a melhoria do acesso e qualidade da atenção primária catarinense.

Em Santa Catarina, este modelo inovador de Reabilitação Domiciliar pós-COVID-19 vinculado às Unidades Básicas de Saúde na Atenção Primária com a implantação de equipes de reabilitação domiciliar foi construído pela equipe do Dr. Tales de Carvalho, Médico Cardiologista - Professor UDESC/CEFID por meio do Projeto “Reabilitação Domiciliar da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública. Este projeto foi implantado com cooperação técnica UDESC/DAPS/SES como piloto nos Municípios de Sangão, Cunhã Porã e Arroio Trinta.

Vale ressaltar que as indicações e os objetivos da Reabilitação Domiciliar na atenção primária à saúde são os mesmos do modelo convencional, exigindo os mesmos cuidados em relação à avaliação pré-participação e à prescrição de exercícios. Nesse modelo, a maioria das sessões é realizada sob supervisão indireta, ou seja, exclusivamente à distância ou no formato híbrido, com poucas sessões presenciais. Nesse contexto, os exercícios podem ser realizados no próprio domicílio ou em parques, vias públicas, ginásios, academias, entre outros, com automonitoramento pelos pacientes, seguindo as orientações recebidas da equipe de reabilitação (CARVALHO et al., 2020). Uma das grandes vantagens da Reabilitação Domiciliar é a capacidade de superar barreiras de acesso, ao permitir a participação daqueles que não podem se deslocar até o centro de reabilitação devido às grandes distâncias, dificuldades no transporte (GHISI et al., 2012; BESWICK et al., 2004; WITT et al., 2004) custos (GHISI et al., 2012), compromissos pessoais e laborais, limitações físicas, condição socioeconômica etc. (MAIR et al., 2014; DALY et al., 2002; DALAL et al., 2015), que contribuem para uma baixa adesão.

Em Santa Catarina há um total de 1.157.666 casos confirmados de Covid-19 até o final de agosto de 2021, dos quais 1.127.613 estão recuperados e 11.329 permanecem em acompanhamento. O novo coronavírus causou 18.724 mortes no estado desde o início da pandemia, esses números colocam a taxa de letalidade em 1,62%. Devido à heterogeneidade dos estudos publicados até o momento, sabe-se que 30% dos pacientes hospitalizados precisarão de cuidados especializados e que a real porcentagem de indivíduos que evoluem com Síndrome pós-Covid19 ainda é incerta. 32% dos pacientes previamente internados por Covid19 tiveram um ou dois sintomas persistentes após dois meses da alta hospitalar, enquanto 55% relataram de três ou mais sintomas.

Na tabela 01 está listado o número de pessoas hospitalizadas em UTIs do Estado acometidos pela Covid19, nos anos de 2020 e 2021, por macrorregionais, já excluídos os óbitos.

Tabela 01 - Número de Internações em UTI para o tratamento da Covid19 por Macrorregião:

<b>TRATAMENTO DE INFECCÃO PELO CORONAVIRUS - COVID 19</b>	
<b>MACRORREGIÃO</b>	<b>Número de pacientes internados</b>
<b>Vale do Itajaí</b>	<b>746</b>
2020	205
2021	541
<b>Sul</b>	<b>314</b>
2020	109
2021	205
<b>Serra</b>	<b>796</b>
2020	285
2021	211
<b>Nordeste/Planalto Norte</b>	<b>1283</b>
2020	350
2021	933
<b>Meio Oeste</b>	<b>465</b>
2020	175
2021	290
<b>Grande Oeste</b>	<b>653</b>
2020	212
2021	441
<b>Grande Florianópolis</b>	<b>413</b>
2020	129
2021	284
<b>Foz do Rio Itajaí</b>	<b>713</b>
2020	212
2021	501
<b>Total</b>	<b>5383</b>

A necessidade média estimada é de 100-300 de procedimentos de reabilitação ao mês, sendo a estimativa válida também a partir de questionário da oferta de serviços de reabilitação pós-COVID-19 realizado com os Municípios do Estado, finalizado em agosto de 2021.

## **1.1 OBJETIVO GERAL**

Ampliar o acesso e a qualificação dos serviços de reabilitação física e funcional no Estado de Santa Catarina.

## **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Ampliar o acesso da população à reabilitação físico funcional.
- Ampliar as ações de reabilitação na APS.
- Ampliar os serviços especializados de reabilitação.
- Qualificar os atendimentos em rede de atenção.

## 2 REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

### 2.1 CRITÉRIOS PARA CRIAÇÃO DAS EQUIPES DE REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (ERD)

A concessão do Cofinanciamento Estadual para implementação das Equipes de Reabilitação Domiciliar na APS (ERD) visa garantir acesso oportuno e contínuo às pessoas com limitação física e funcional, especialmente as portadoras de Síndrome Pós-COVID-19. Os critérios para definir a criação das ERD são disponibilizar equipe multiprofissional, carga horária e atendimentos no formato híbrido.

O incentivo financeiro estadual para o cofinanciamento da implementação das equipes para realização de reabilitação domiciliar terá valor mensal de R\$ 3.000,00 por equipe e será transferido, a partir da formalização da adesão, aos municípios na modalidade “fundo a fundo.” O recurso destina-se para contratação de profissionais para ampliação da oferta da reabilitação domiciliar na APS/SC e estruturação deste processo de trabalho. O impacto financeiro e o teto de equipes por porte populacional estão listados a seguir:

Porte populacional	Número de municípios por porte populacional	Teto adesão equipe de REABD	Número total de equipes por porte populacional	Valor Mensal por equipe 40hs/semanais
até 10 mil habitantes	166	1	166	R\$ 3.000,00
10.001 a 30 mil habitantes	82	2	164	
30.001 a 100 mil habitantes	34	4	136	
acima de 101 mil habitantes	13	6	78	
<b>TOTAL</b>	<b>295</b>		<b>544</b>	<b>R\$1.632.000,00</b>

## **2.2 EQUIPE DE REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA APS**

As Equipes de Reabilitação Domiciliar da APS (ERD), compostas minimamente por dois profissionais sendo obrigatoriamente um deles fisioterapeuta, atuarão na reabilitação domiciliar de pessoas com limitação física e funcional, especialmente as portadoras de Síndrome Pós-COVID-19. As atribuições dos profissionais são:

**FISIOTERAPEUTA** deve realizar avaliação, diagnóstico e prescrição de tratamento individual e coletivo, com foco na reabilitação domiciliar; orientar condutas voltadas para melhora da aptidão cardiorrespiratória e desempenho físico, através do treinamento aeróbico, fortalecimento muscular, equilíbrio, coordenação motora; desenvolver ações de promoção, prevenção e educação em saúde; fazer acompanhamento e monitoramento dos pacientes participantes da Reabilitação Domiciliar à distância, por meio de videoconferências síncronas e assíncronas, telefonemas, mensagens via aplicativo, entre outros; realizar detecção precoce e redução de riscos a partir de atividades de prevenção, práticas integrativas, promoção e reabilitação; articular com as redes de atenção à saúde, criando e potencializando os sistemas de referência e contrarreferência e as linhas de cuidado, produzindo a continuidade da atenção; atuar na atenção domiciliar aos restritos ao domicílio, por doenças crônicas .

### **EDUCADOR FÍSICO/TERAPEUTA OCUPACIONAL/FONOAUDIÓLOGO**

Deve promover atividades físicas individuais e coletivas, prescrever exercícios, considerando funções declinadas durante o quadro de COVID-19. Além disso, o profissional pode orientar condutas voltadas para o fortalecimento muscular, treinamento aeróbico, atuar na melhoria da independência, condição cardiorrespiratória, força muscular, equilíbrio, fonação, coordenação motora e comorbidades, manejo das alterações cognitivas e emocionais e na avaliação neuropsicológica e atuar com protocolo de estimulação cognitiva, práticas integrativas, psicoterapia visando suporte emocional e enfrentamento da situação, suporte aos familiares.

A atuação dos profissionais de reabilitação no apoio às equipes de APS permite ampliar a oferta de serviços de reabilitação na APS, a rede de suporte e o entendimento sobre as necessidades de saúde da população por meio de atendimentos individuais e

atendimentos coletivos no formato híbrido por meio de ações de planejamento e intervenções interdisciplinares pertinentes.

O compartilhamento e a troca de saberes e práticas entre os diversos profissionais permite a pactuação de responsabilidades comuns e específicas entre as equipes de Atenção Primária, EM e as ERD para reabilitação domiciliar de pessoas com demandas de reabilitação física e funcional, especialmente devido à quadros de COVID19 mas também para as demais condições de saúde que demandam este tipo de prestação de cuidados, como pacientes acometidos de acidentes vasculares cerebrais, eventos traumáticos com acometimento neuromuscular e outras afecções cuja reabilitação física faça parte do plano terapêutico. Com isso, ampliam o repertório das ações da Atenção Primária e sua carteira de serviços, assim como o acesso e a qualidade do cuidado prestado diretamente à população.

As ERD recebem a demanda das equipes de APS por meio de processos instituídos, de acordo com a priorização inicial dada pela própria ESF/ EAP. As equipes de reabilitação domiciliar na APS devem ainda:

- Realizar avaliação inicial e estratificação de risco dos indivíduos com Síndrome pós-Covid19 na atenção primária em saúde;
- Desenvolver atividades de reabilitação domiciliar que compreendem atendimentos individuais e em grupo, no modelo híbrido (presencial e a distância), organizadas para aplicação direta aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão) no suporte à prescrição de exercícios físicos e respiratórios para reabilitação domiciliar de limitação física e funcional na atenção primária;
- Registrar a produção nos sistemas de informação e prontuário eletrônico (eSUS, Sistema Próprio) seguindo a padronização definida pelo Ministério da Saúde (SISAB, SIGTAP).

### **2.3 ETAPAS DE IMPLANTAÇÃO DA REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA APS**

A proposta de reabilitação domiciliar, no formato híbrido, na APS pauta-se no modelo proposto pelo Projeto “Reabilitação Domiciliar da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública” desenvolvido pelo Dr. Tales de Carvalho, Médico Cardiologista, Professor UDESC/CEFID (CARVALHO, 2021). Essa proposta foi desenvolvida com base na Diretriz Brasileira de Reabilitação

Cardiopulmonar e Metabólica: Aspectos Práticos e Responsabilidades (CARVALHO et al., 2006) e Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular (CARVALHO et al., 2020), sendo adaptado para atender às necessidades do paciente Pós-COVID em três etapas: .

**Primeira etapa:** Os municípios que realizaram a adesão da proposta de implantação da reabilitação domiciliar na APS recebem apoio técnico-científico da equipe de especialistas da UDESC/CEFID para iniciar a aplicação do questionário de avaliação do estado funcional (limitações para atividades da vida diária) dos pacientes inicialmente elegíveis, por meio da aplicação da Escala de Estado Funcional Pós-Covid-19 (EFPC) (KLOK et al,2020), sendo classificados em cinco níveis, que variam da inexistência de comprometimento funcional (CF ZERO) até um grande comprometimento com dependência inclusive para as atividades de higiene pessoal. Nesse contexto, os pacientes sem déficit (CF ZERO) serão seguidos como grupo de referência, recebendo apenas orientações relacionadas ao estilo saudável de vida; Os mais graves (CF 4), que quando pertinente serão encaminhados para um atendimento diferenciado (atenção secundária e terciária), serão submetidos a um Programa Especial de Reabilitação Domiciliar (Remota), com ênfase no treinamento ventilatório. Os demais (CF 1, 2 e 3), que preencherem os demais critérios de inclusão, deverão ser encaminhados para o Programa Básico de Reabilitação Domiciliar (Remota).

**Segunda etapa:** Nesta etapa serão realizadas as demais avaliações e a prescrição inicial de exercícios, sendo deflagrada a Reabilitação Domiciliar, ou seja, dando início ao seguimento das pessoas em reabilitação. As reavaliações subsequentes ocorrerão após 3, 6 e na sequência pelo menos a cada 12 meses. As equipes de reabilitação domiciliar municipais recebem suporte técnico-científico de uma equipe de apoio técnico regional composta de especialistas em reabilitação e atenção primária à saúde.

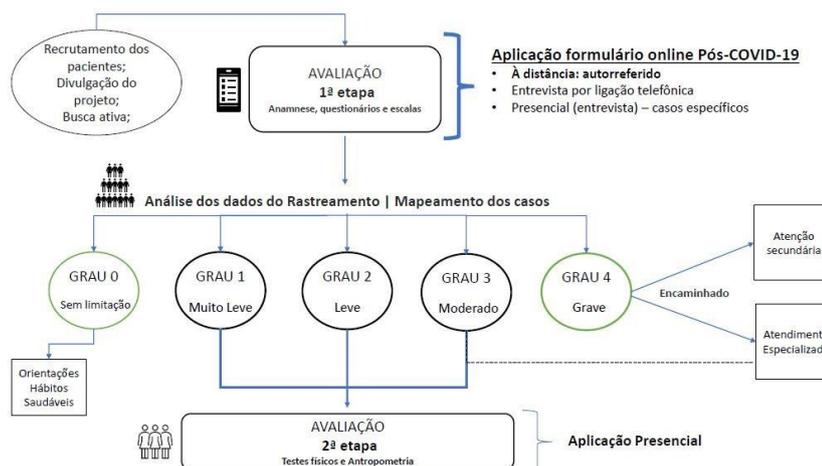


Figura - Fluxograma das etapas de implantação

Fonte: Carvalho (2021)

O foco principal desta proposta é o exercício físico e a educação em saúde com o intuito de influenciar no comportamento dos pacientes e seus familiares (GRACE, et al., 2012)

## 2.4 CONDOTA CLÍNICA E AVALIAÇÃO INICIAL NA APS

A conduta na APS deve ser orientada pelo Protocolo Estadual de Reabilitação da Covid-19 para o efetivo processo de avaliação, prescrição, acompanhamento e orientação dos pacientes com Síndrome pós-Covid19 na RAS no Estado de Santa Catarina. O fluxograma apresenta os fluxos assistenciais de acesso, acolhimento, avaliação inicial, condutas clínicas, apoio matricial e reabilitação domiciliar da pessoa com Síndrome pós-Covid 19 na Atenção Primária à Saúde (APS) (Figura 1).

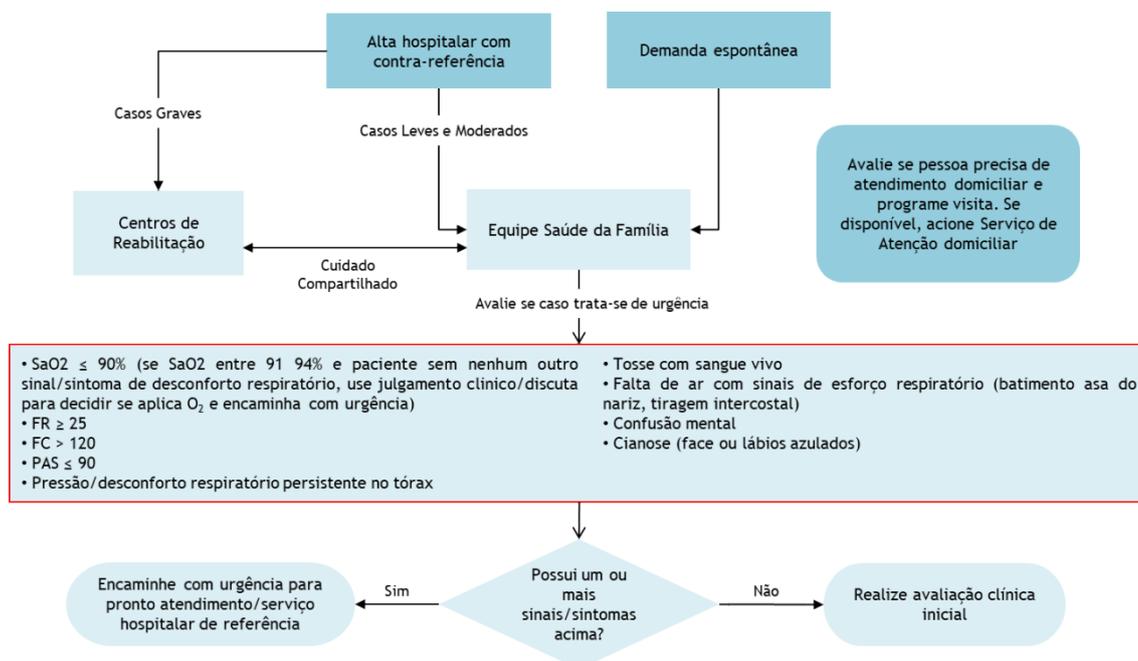


Figura - Fluxograma de acesso da pessoa com necessidade de reabilitação na APS

Fonte: Santa Catarina (2021)

Após avaliação de estratificação de risco com o médico assistente na APS do município de residência do paciente, a pessoa poderá ser referenciada para a equipe de reabilitação domiciliar na atenção primária ou para reabilitação especializada no SER de acordo com os sinais, sintomas e sequelas apresentadas. Os pacientes em alta da UTI com necessidade imediata de reabilitação poderão ser encaminhados diretamente ao Serviço de Especializado de Reabilitação Regionalizado via Regulação. No entanto, preferencialmente os pacientes devem ser referenciados pela equipe de reabilitação domiciliar da APS para o serviço especializado de reabilitação após a estratificação de risco na APS.

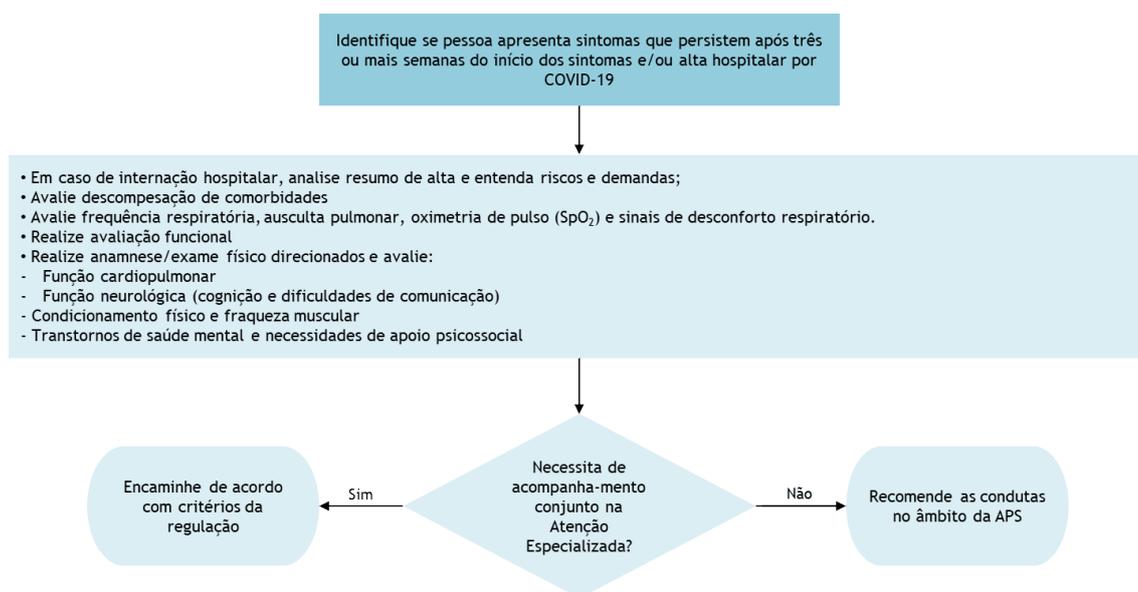


Figura 2 - Avaliação inicial

Fonte: Santa Catarina (2021)

A avaliação inicial do paciente pós-COVID-19 deve ser centrada nas demandas individuais e na coleta de dados atuais e progressas de forma sistematizada. Estas informações devem ser objetivas, quantitativas e qualitativas, auxiliando na identificação do estado físico e funcional do paciente, o que irá direcionar a tomada de decisão quanto à prescrição do tratamento ideal para o caso e o acompanhamento de sua progressão. Ainda, cabe ressaltar, a importância de reavaliações constantes, uma vez que as alterações e progressões físico funcionais são dinâmicas, permitindo assim estabelecer metas a serem alcançadas a curto e longo prazo, bem como estimular o comprometimento e adesão do paciente ao tratamento (CARVALHO, et al 2020).

Alguns testes, questionários e escalas que já se encontram validados no contexto da Reabilitação Cardiopulmonar, podem ser utilizados para avaliar as limitações no Pós-COVID-19, uma vez que essa população possui características que permitem tal situação (OMS, 2021). Contudo, cada caso demandará exigências técnicas diferentes. Assim, é indispensável a compreensão de quais métodos de avaliação devem ser aplicados, a partir das necessidades e possibilidades de cada paciente.

No **Quadro 1** estão descritos instrumentos para avaliação física e funcional Pós-COVID-19, que são considerados de fácil e rápida aplicação e fazem parte do **Protocolo de Avaliação do Projeto “Reabilitação Domiciliar da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública”**.

Quadro 1 – Instrumento e Métodos de Avaliação no manejo primário de pacientes pós COVID-19 atendidos na Atenção Primária à Saúde

<b>Instrumento de avaliação</b>	<b>O que o instrumento/método propõe a avaliar</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tempo de aplicação aproximado</b>
Escala de Status Funcional Pós-COVID-19- Post-Covid-19 Functional Status Scale (PCFS).	Avalia o impacto da COVID-19 sobre o estado funcional	O instrumento classifica o comprometimento funcional de 0 (zero: sem sintomas) a 4 (quatro: limitação funcional grave). É uma ferramenta de fácil aplicação que pode também ser utilizada na busca ativa de pacientes pós-COVID-19 que necessitam de encaminhamento para reabilitação.	4 minutos
Escala Medical Research Council-modificada (mMRC)	Avalia a sensação de dispneia referida pelo paciente em atividades/esforços diários	A dispneia pode ser classificada de 0 a 4, que corresponde às atividades/esforços diários desempenhados pelo paciente. Quanto maior a pontuação, maior o grau de dispneia.	2 minutos
Escala de percepção subjetiva de esforço Borg modificada	Avalia a sensação de dispneia referida pelo paciente em repouso	A dispneia de repouso pode ser classificada de 0 a 10, sendo que 0 (zero) corresponde a nenhuma sensação de dispneia e 10 uma sensação máxima.	1 minuto
Escala de Avaliação da Fadiga (EAF)	Avalia a presença de fadiga física e mental	O instrumento avalia como o paciente vivencia os sintomas de fadiga física e psicológica no seu dia-a-dia. É composto por 10 itens que devem ser respondidos em uma escala de cinco pontos, variando de 1 (Nunca) a 5 (Sempre).	5 minutos
Teste Marcha Estacionária de 2 minutos (TME2)	Avaliar a capacidade funcional	Consiste em realizar uma marcha no lugar, de forma constante e sem correr, sendo contabilizado o número máximo de elevações durante 2 minutos.	5 minutos
Teste de Sentar e Levantar de 1 minuto (TSL)	Avalia a função muscular de membros inferiores	Consiste em sentar e levantar de uma cadeira sem apoio de braços, durante 1 minuto, sendo contabilizado o número máximo de repetições.	2 minutos

Fonte: Santa Catarina (2021)

Já no **Quadro 2** estão elencados instrumentos adicionais que demandam mais tempo para execução. Não foram incluídos instrumentos/métodos de avaliação que exigem equipamentos que habitualmente não estão disponíveis na APS.

Quadro 2 – Instrumento e Métodos de Avaliação adicionais no manejo primário de pacientes pós COVID-19 atendidos na Atenção Primária à Saúde.

<b>Instrumento de avaliação</b>	<b>O que o instrumento/método propõe a avaliar</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tempo de aplicação aproximado:</b>
Teste de Caminhada de 6 minutos (TC6)	Avaliar a capacidade funcional	Consiste em andar em corredor de 30 metros, no próprio ritmo, durante seis minutos. Ao final, é contabilizada a distância percorrida em metros.	10 minutos
Índice de Barthel modificado	Avaliar a independência funcional e mobilidade	O instrumento permite uma gradação mais ampla na classificação da dependência, desde a dependência total (0 ponto) até independência máxima (100 pontos). São avaliadas dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas.	15 minutos
Questionário de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - EQ-5D-5L	Avaliar qualidade de vida	Instrumento composto por 5 domínios de saúde: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto e ansiedade/depressão e uma escala analógica visual (EAV) que representa o valor do estado de saúde de 0 (zero) a 100.	5 minutos
Escala de Equilíbrio de Berg	Avaliar equilíbrio estático e dinâmico	Compreende a avaliação de 14 tarefas relacionadas ao dia-a-dia, que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico, tais como alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. As tarefas são avaliadas por meio de observação do desempenho, com uma escala ordinal de 0 á 4.	20 minutos

Fonte: Santa Catarina (2021)

Segundo a OPAS, a reabilitação é um conjunto de intervenções destinadas a otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade em indivíduos com problemas de saúde em interação com seu ambiente. As doenças agudas ou crônicas, distúrbios,

lesões ou traumas, referem-se ao estado de saúde, por isso uma condição de saúde também pode incluir gravidez, envelhecimento, estresse, anomalia, dentre outros.

De acordo com a Nota Técnica divulgada pelo Ministério da Saúde que trata sobre os serviços de reabilitação é importante salientar que eles funcionam como retaguarda para atendimento aos usuários pós internações ocasionadas pela COVID-19 e que por sua vez tiveram como consequência desse contágio dificuldades e/ ou deficiências na funcionalidade.

As necessidades de reabilitação estão relacionadas à gravidade dos casos de COVID-19 por consequência do suporte ventilatório, da imobilização prolongada e do repouso no leito. Considera-se também como agravamento do quadro, a função pulmonar prejudicada, fraqueza muscular, descondicionamento físico, confusão mental, deficiências cognitivas, dificuldades de deglutição, comunicação e transtornos de saúde mental. A reabilitação é um dos serviços essenciais definidos na Cobertura Universal de Saúde no SUS.

## **2.5 SEGUIMENTO DAS PESSOAS EM REABILITAÇÃO DOMICILIAR**

Os participantes realizarão a maior parte de seus exercícios físicos no domicílio, de forma autônoma, a partir de orientações individualizadas. As sessões supervisionadas ocorrerão sempre que necessário, devendo ocorrer pelo menos uma vez por mês por meio de teleatendimentos (videoconferências) ou se necessário presencialmente. Semanalmente serão programados contatos com o participante e o respectivo Tutor (profissional que acompanhará o paciente) para verificar se o treinamento e o preenchimento do diário de exercícios estão sendo realizados, revisar e avaliar possíveis modificações na prescrição, bem como fornecer suporte com enfoque educacional (CARVALHO, 2021).

Compete às equipes de reabilitação domiciliar na APS acompanhar os pacientes com Síndrome pós-Covid19 muito leve, leve e moderado por meio de atendimentos híbridos ( presencial e à distância) , organizados em:

**Atendimentos individuais de fisioterapia/fonoaudiologia/terapia ocupacional/educador físico** para avaliação inicial e acompanhamento individual presencial, média de 80 atendimentos/mês por profissional.

**Atendimentos em grupo pelo fisioterapeuta/educador físico/fonoaudiólogo/terapeuta ocupacional** para prescrição e acompanhamento de

exercícios terapêuticos: Sessões remotas de 4-5 pacientes por hora (3 sessões em grupo por dia), média de 240 atendimentos/mês por profissional.

A média é de 100-300 de procedimentos ao mês estimada a partir dos dados do questionário sobre o mapeamento de oferta de serviços de reabilitação pós-COVID-19 realizado com os municípios do Estado, finalizado em agosto de 2021. Nos municípios que o quantitativo de pacientes pós-covid for inferior às metas estipuladas os profissionais designados à equipe de reabilitação devem organizar ações voltadas para os demais pacientes de outras patologias que necessitem de reabilitação no âmbito da atenção primária à saúde.

## **2.6 APOIO TÉCNICO REGIONAL AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA APS**

A SES dentro das ações de qualificação do acesso na APS estará disponibilizando profissional especialista em atenção primária à saúde por Região de Saúde para desenvolver ações de capacitação e matriciamento dos profissionais que atuam nas equipes de APS. Este profissional atuará também realizando ações de matriciamento via sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde para as ações de reabilitação física funcional a fim de fortalecer o atendimento em linha de cuidado de acordo com as melhores evidências.

## **2.7 APOIO TÉCNICO EM REABILITAÇÃO FÍSICO FUNCIONAL NA APS**

A SES elaborará um Termo de Cooperação Técnica com a UDESC para viabilizar a continuidade das ações que já vem sendo desenvolvidas pela equipe do Dr. Tales de Carvalho, médico cardiologista e Professor UDESC/CEFID do Projeto “Reabilitação Domiciliar da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública. O Termo de Cooperação estabelecerá um número de bolsistas para atuação macrorregional na capacitação das equipes de ERD e no monitoramento das ações desenvolvidas no âmbito municipal na reabilitação na APS.

## **2.8 TREINAMENTO DAS EQUIPES DE REABILITAÇÃO DOMICILIAR NA APS**

O treinamento dos profissionais será realizado um Termo de Cooperação Técnica com a UDESC para viabilizar a continuidade das ações que já vem sendo desenvolvidas pela equipe do Dr. Tales de Carvalho, médico cardiologista e Professor UDESC/CEFID. O objetivo será treinar fisioterapeutas e os demais profissionais de reabilitação para apoiar a implantação da Reabilitação Domiciliar em Santa Catarina no modelo proposto pelo Projeto “Reabilitação Domiciliar da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública, visando qualificar a avaliação, acompanhamento, monitoramento e prescrição de exercícios de paciente com Síndrome pós covid19 atendido na APS.

O treinamento será oferecido no formato autoinstrucional para profissionais das ERD, distribuídos nas macrorregiões do Estado. O treinamento terá 20hs/aula com atividades assíncronas e síncronas, sendo composto por textos de leituras, vídeos tutoriais,webpalestras e webfórus sobre o tema, dividido em 3 unidades .

### **3 REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

#### **3.1 CRITÉRIOS PARA AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO REGIONALIZADOS**

A concessão do Cofinanciamento Estadual aos Serviços Especializados de Reabilitação (SER) macrorregionais para oferta de procedimentos de reabilitação multiprofissional às pessoas que necessitam de atendimento especializado de Reabilitação física e funcional prioritariamente para os casos graves com sequelas do Pós-Covid19 tem como critérios ter equipe multiprofissional, carga horária e número de atendimento.

A composição mínima da equipe multiprofissional para atendimento de reabilitação especializada é: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou educador físico, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social para realizar os atendimentos de abrangência macrorregional. A abrangência está pactuada em Deliberação CIB que trata dos Serviços Especializados de Reabilitação.

O SER deve funcionar 40hs/semanais com equipe multiprofissional, profissionais de diferentes categorias com carga horária mínima de 10h semanais e máxima de 40hs semanais de acordo com a demanda assistencial, garantindo o funcionamento nas 40h semanais. O SER deverá estar cadastrado no CNES atualizado regularmente, Serviço de classificação 135 código 003. O custeio destes Serviços será de R\$140.000,00 por mês para realizar 400 procedimentos por equipe multiprofissional. Serão configuradas 20 vagas de avaliação inicial mês.

O atendimento especializado de reabilitação será realizado, preferencialmente, nos cinco Centros Especializados de Reabilitação já habilitados pelo Ministério da Saúde, por meio da adesão dos mesmos, e com incremento financeiro conforme descrito acima, pois é um serviço diferente daquele ao qual já é habilitado pelo Ministério da Saúde, sendo eles: Lages - Uniplac - CER II, Itajaí - UNIVALI - CER II, Criciúma - UNESC - CER II, Blumenau - FURB - CER II e Grande Florianópolis - CCR - CER II. A área de abrangência desses centros de referência para esta política estadual está descrita em Deliberação.

Caso não haja adesão dos Centros Especializados em Reabilitação habilitados pelo Ministério da Saúde, está aberta a adesão de outras instituições regionalizadas da mesma forma que está descrito para as demais Macrorregiões. Para as macrorregiões do

Planalto Norte e Nordeste, Meio Oeste e Grande Oeste que não tem Centros Especializados de Reabilitação habilitados pelo Ministério da Saúde, está aberta à adesão de instituições de ensino públicas, filantrópicas ou comunitárias, municípios ou outros serviços de saúde públicos ou filantrópicos que possuam capacidade instalada para ofertar serviços regionalizados. Os pacientes com estratificação de risco grave e com necessidade de reabilitação especializada poderão ser encaminhados diretamente ao SER pela Atenção Primária de acordo com os critérios definidos em Deliberação específica.

O recurso financeiro será repassado ao gestor municipal que detém a gestão do Serviço Especializado de Reabilitação após a manifestação da entidade, Gestor Municipal e Deliberação da CIR; vistoria pelas ECAs, aprovação da área técnica da SES, aprovação em CIB. O recurso financeiro será repassado em parcelas mensais do fundo Estadual para o fundo Municipal de Saúde e a Regulação do Serviços será de atribuição do Município Gestor que detém o Contrato com o Serviço. O monitoramento, manutenção e o cofinanciamento serão revisado em novembro/2022 de acordo com as demandas macrorregionais destes atendimentos. O recurso do cofinanciamento estadual será suspenso quando os requisitos de equipe e de número de atendimentos não forem cumpridos, e a suspensão será mantida até adequação das irregularidades identificadas e sem jus ao pagamento retroativo.

Estes Serviços Especializados de Reabilitação Macrorregionais se somam aos Serviços Municipais de Reabilitação. Os Municípios poderão organizar seus Serviços Especializados de Reabilitação para atendimento de demandas Municipais e/ou Regionais.

### **3.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

#### **ENFERMEIRO**

Deve realizar consultas de enfermagem e interconsultas; orientar sobre cuidados em saúde e sinais de alerta; realizar busca ativa, se necessário; planejar e organizar ações individuais ou em grupo; articular o cuidado com outros níveis de atenção em saúde; planejar e realizar visitas domiciliares com ACS, médico e outros membros da equipe, se necessário. Também deve atuar na orientação a pacientes e familiares auxiliando a lidar com as comorbidades e limitações funcionais e na avaliação

sistemática quanto a sinais de infecção, lesões de pele, reparação/regeneração tecidual, incontinência fecal e urinária e orientar e ensinar o auto cateterismo, entre outros.

### MÉDICO

Deve garantir acesso às consultas clínicas centradas na pessoa por demanda espontânea ou programadas; avaliar encaminhamentos e solicitar exames complementares, quando necessário; realizar acompanhamento longitudinal, presencialmente ou por teleatendimento.

### FISIOTERAPEUTA

Atua na prescrição e na supervisão dos exercícios físicos, estabelecendo metas e incentivando a adoção de hábitos saudáveis. Deve avaliar a pessoa sempre que necessário, incluindo nas ações planejadas para o cuidado fisioterapêutico respiratório e motor da pessoa. Os serviços de fisioterapia também visam a reabilitação das funções musculares, neuromusculares e respiratórias, treino da musculatura inspiratória, expansão torácica, mobilização dos músculos respiratórios, técnicas de higiene brônquica, exercício de tosse, fisioterapia motora para orientar exercício de fortalecimento muscular, estimulação elétrica neuromuscular, melhora da mobilidade. Além da atuação na redução da tolerância ao exercício, dor, disfunções respiratórias e músculo esqueléticas, perda de equilíbrio, alteração da mobilidade, prevenção da trombose venosa, entre outras.

### NUTRICIONISTA

Deve avaliar a pessoa sempre que necessário, incluindo condutas nutricionais voltadas para a melhoria da ingesta alimentar, ingesta hídrica e aporte calórico adequado para reduzir a sarcopenia. Atuação na reeducação alimentar, prescrição de aporte calórico adequado, prevenção/diminuição da sarcopenia, controle de comorbidades.

### FONOAUDIÓLOGO

Deve avaliar a pessoa sempre que necessário, incluindo nas ações planejadas para o cuidado fonoaudiológico (deglutição, alimentação, cognição, memória, voz, fala). Também deve orientar condutas voltadas para a melhoria da deglutição e da

fonação e atuação para melhorar a excursão da laringe, assistência da coordenação penumofonoarticulatória, facilitar a deglutição, melhorar a força respiratória, coordenação. Manejo dos pacientes pós-traqueostomizados.

### PSICOLÓGO

Deve realizar avaliações e atendimentos em saúde mental, considerando o desenvolvimento de sintomas e situações como ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, tristeza, luto entre outros.

### EDUCADOR FÍSICO

Deve promover atividades físicas individuais e coletivas, prescrever exercícios, considerando funções declinadas durante quadro de COVID-19. Além disso, o profissional de educação física pode orientar condutas voltadas para o fortalecimento muscular, treinamento aeróbico, atuar na melhoria da independência, condição cardiorrespiratória, força muscular, equilíbrio, coordenação motora e comorbidades, manejo das alterações cognitivas e emocionais e na avaliação neuropsicológica e atuar com protocolo de estimulação cognitiva, psicoterapia visando suporte emocional e enfrentamento da situação, suporte aos familiares.

### ASSISTENTE SOCIAL

Deve auxiliar pessoa e família em suas demandas sociais essenciais para recuperação em saúde e reabilitação, identificado benefícios financeiros e recursos da rede pública. Também pode atuar na orientação para acesso aos serviços de apoio incluindo a comunicação com a APS e atuação no ingresso traçando perfil social, quadro familiar e demandas do paciente, no programa de cuidados atualizando o quadro social do paciente e na alta na contrarreferência para a APS.

### TERAPIA OCUPACIONAL

Condutas voltadas para preparar e planejar a segurança em casa e apoio ao cuidador.

Atuação para melhorar a independência, o desempenho ocupacional, a autonomia e a participação social, reorganizar o cotidiano e indicar e/ou confeccionar tecnologias assistivas.

### 3.3 PROCESSO DE REABILITAÇÃO NOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS MACRORREGIONAIS

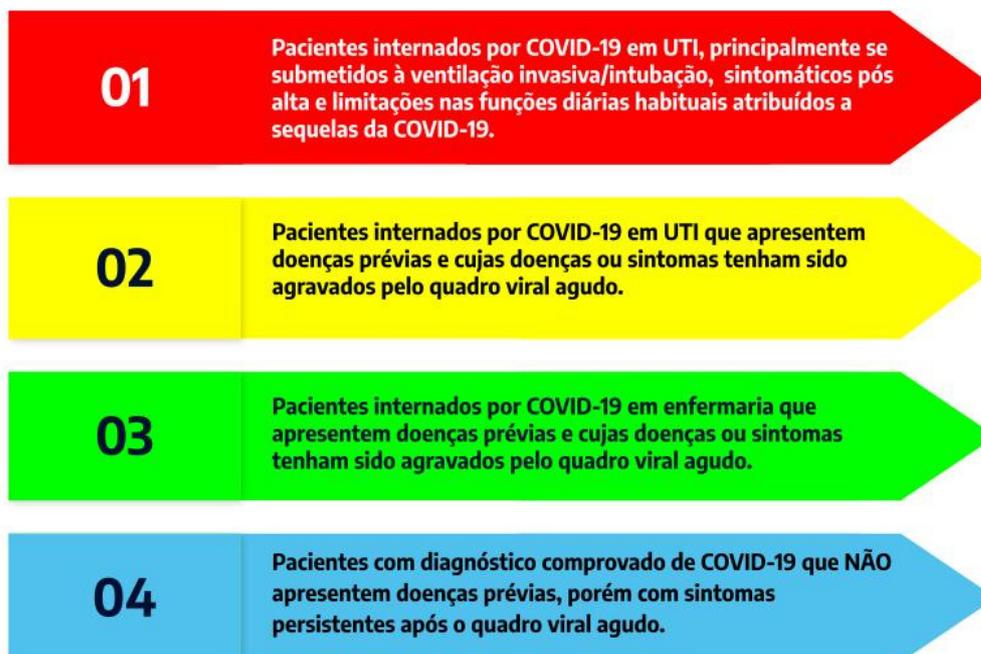
A reabilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. Os tratamentos podem ser os mais variados de acordo com o quadro clínico e o impacto sobre a funcionalidade do indivíduo.

Atenção Primária à Saúde Encaminhamento para serviço de reabilitação	<b>ELEGÍVEL</b>	
		<b>Comprovação de infecção pela COVID-19 (tomografia e/ou PCR).</b>
		<b>Presença de complicações, comorbidades prévias e atuais com sintomatologia crônica que justificam o diagnóstico de SÍNDROME PÓS-COVID 19.</b>
	<b>INELEGÍVEL</b>	
		<b>Pacientes com quadro clínico instável do ponto de vista clínico ou hemodinâmico.</b>
		<b>Pacientes em fase aguda da doença ou em fase de transmissão.</b>

#### Critério de Elegibilidade

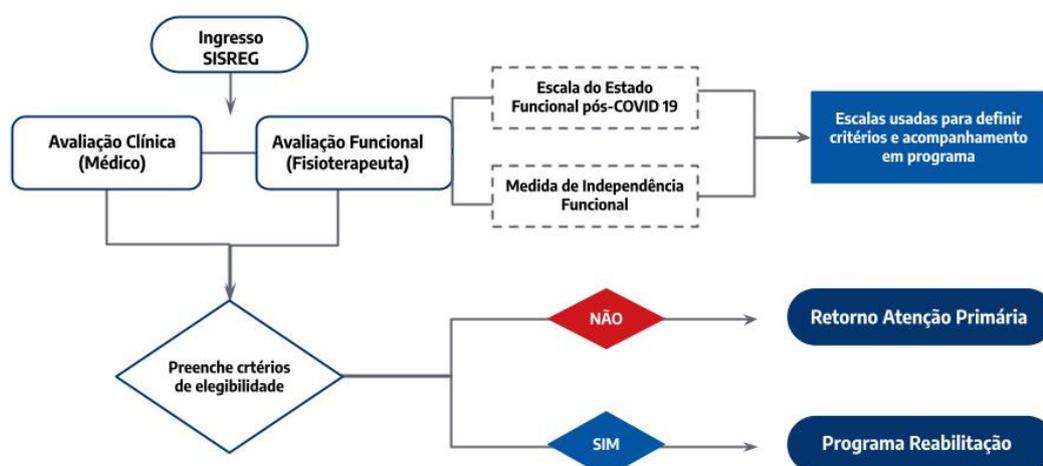
Os pacientes que serão encaminhados para atendimento nos serviços especializados de reabilitação são os que se enquadram nos casos graves com relação às perdas físicas e funcionais. Serão estratificados pelas equipes de APS ou poderão ser encaminhadas diretamente dos hospitais pós alta via regulação. O protocolo de regulação será pactuado em CIB.

### 3.4 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA REABILITAÇÃO POS COVID



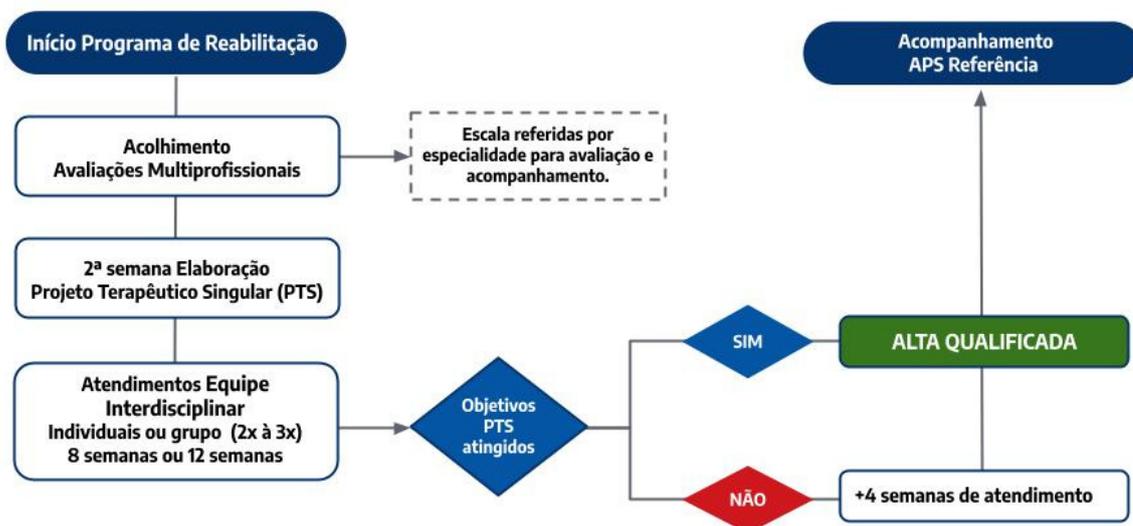
### 3.5 FLUXO DE ACESSO NO SERVIÇO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO

A avaliação inicial para o ingresso em reabilitação especializada será realizada por médico e fisioterapeuta.



### 3.6 PROCESSO DE ATENDIMENTO NO CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO

Ao ingressar o paciente é avaliado e estabelecido o programa de reabilitação a ser seguido.



#### 1 SEMANA DE REABILITAÇÃO

Avaliação Funcional do Paciente: avaliar as limitações funcionais e classificar a condição inicial do paciente para proposta do programa de reabilitação, com base nas escalas padrões.

Classificação do estado do paciente em leve/moderado ou moderado/grave com base nas escalas.

Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Assinatura do Termo de Compromisso

## 2ª SEMANA DE REABILITAÇÃO:

Elaboração do Projeto Terapêutico Singular Definição de METAS SMART com base nas escalas multiprofissionais utilizadas.

Pactuação da equipe com paciente e família. Definição do Programa.

Orientações Gerais

Pactuação da equipe com paciente e família. Definição do Programa.

Orientações Gerais

Escala	Objetivos	Classificação	Aplicada por
Escala do Estado Funcional pós-COVID-19	Avaliação das Limitações funcionais	0 - 2 Leve 3 - Moderado 4 - Grave	Fisioterapia na Aval. Ingresso
Teste de Caminhada 6 minutos	Avaliação da capacidade funcional e Limitação Cardiorespiratória	Distância percorrida maior que 400m - leve maior que 300m - 400m moderado menor que 300m- grave	Educação Física
Teste MRC	Avaliação da Função Muscular	Abaixo de 48 - moderado Abaixo de 36 - grave	Educação Física
Dinamometria manual	Avaliação do estado de Sarcopenia	Sarcopenia FPM <30 kg para homens e <20 kg para mulheres	Educação Física
Teste mMRC	Avaliação do Grau de Dispneia	0 -1 Leve 2 - Moderado 3 - 4 Grave	Fisio. Respiratória
PHQ9	Rastreamento do Episódio Depressivo	0 - 14 Leve 15 - 19 Moderado 20 - 27 Grave	Psicologia
ISARIC	Identificar problemas biopsicossociais causados pela COVID 19		Serviço Social

## 8ª SEMANA DE REABILITAÇÃO:

REAVALIAÇÃO DO PACIENTE (leve/moderado)

## 12ª SEMANA DE REABILITAÇÃO:

REAVALIAÇÃO DO PACIENTE (moderado/grave)

## REAVALIAÇÃO

## REAPLICAÇÃO DAS ESCALAS INICIAIS

Pacientes com ganhos superiores à 30% sem demandas = alta qualificada.

Pacientes com ganhos inferiores à 30% e/ou com demanda para fortalecimento muscular e condicionamento cardiorrespiratório e/ou psicológico = atendimento em grupo por mais 4 semanas.

Pacientes com ganhos inferiores à 30% e/ou com demanda para terapia individual = encaminhamento para terapias individuais na APS ou reingresso.

A alta deve ser dada em conjunto pela equipe de reabilitação.

Ao finalizar o programa o paciente receberá um relatório de alta, constando os parâmetros clínicos da avaliação de ingresso e do momento da alta.

O paciente deve ser contra referenciado para a contra referência pactuada no momento do ingresso.

Após a alta o paciente permanece em acompanhamento na APS.

A verificação quanto à efetivação dos encaminhamentos realizados é fundamental para evitar reingressos e re-hospitalizações.

### **3.7 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE PNEUMOLOGISTA**

Os pacientes com estratificação de risco grave e com necessidade de avaliação especializada de pneumologista serão encaminhados via Regulação. As solicitações de exames e consultas são avaliadas e classificadas de acordo com os protocolos de acesso e classificação de risco a especialidade, disponíveis no site da SES-SC <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/protocolos-e-diretrizes-terapeuticas/3507-protocolos-de-acesso-e-classificacao-de-risco/>).

O agendamento dos procedimentos é realizado respeitando a ordem cronológica e classificação de risco da pessoa. O acesso às especialidades é organizado de acordo com os Termos de Compromisso de Garantia de Acesso e Programação Pactuada Integrada dos municípios.

O [protocolo de acesso e classificação de risco para consulta em Pneumologia Adulto](#) foi atualizado recentemente e nele foram incluídos os critérios de encaminhamento e a classificação de risco para os pessoas pós-infecção por COVID-19 com sequelas pulmonares. Os critérios de prioridade de encaminhamento a serviços especializado de pneumologia são:

VERMELHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneia em repouso ou nível 4 do MRC.</li> <li>• Presença de hipertensão pulmonar após Tromboembolismo pulmonar.</li> <li>• Dependência de oxigênio.</li> </ul>
AMARELO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneia nível 3 do MRC.</li> <li>• Presença de alterações em imagem radiológica de tórax, realizada 60 dias ou mais do diagnóstico.</li> </ul>
VERDE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demais casos por ordem cronológica.</li> </ul>

### **DESCRIÇÃO MÍNIMA PARA ENCAMINHAMENTOS**

- Sinais e sintomas apresentados pela pessoa e tempo de evolução. Descrever grau de limitação para as atividades.
- Medicações em uso.
- Se avaliação para oxigenoterapia, descrever e anexar resultado de gasometria arterial.
- Descrever/anexar exames (disponíveis) com data. Ex: Espirometria, Radiografia ou Tomografia de tórax

## REFERÊNCIAS

AYOUBKHANI, D.; KHUNTI, K., NAFILYAN, V. et al. Post-covid syndrome in individuals admitted to hospital with covid-19: retrospective cohort study. **BMJ**. 2021 Mar 31;372:n 693.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 50 p. : il.

CARVALHO, T; FONTES, Y.G.S.Reabilitação da COVID-19 na Atenção Primária do Sistema Brasileiro de Saúde Pública. **RevDERC**.2021;27(1): 7-8

GREENHALGH, Trisha; KNIGHT, Matthew; A’COURT, Christine; LAIBA; BUXTON, Maria; HUSAIN, Laiba. Management of post-acute COVID-19 in primary care.**BMJ**. Ago. 2020. Available in:<https://www.bmj.com/content/bmj/370/bmj.m3026.full.pdf>Access in: 17 mar. 2021.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. CoronavirusDisease 2019 (COVID-19) **TreatmentGuidelines**. Disponível em:<https://www.COVID19treatmentguidelines.nih.gov/> Acesso em 19 Março 2021.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. COVID-19 Treatment Guidelines Panel.**CoronavirusDisease 2019 (COVID-19) TreatmentGuidelines**, 2021. Disponível em: [http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/2021\\_Fevereiro\\_Estudo\\_Mental\\_Plus.pdf](http://www.incor.usp.br/sites/incor2013/docs/2021_Fevereiro_Estudo_Mental_Plus.pdf). Acess: 15 mar. 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Reabilitação. Disponível em <https://www.paho.org/en/topics/rehabilitation>. Acessoem: 17 mar. 2021.

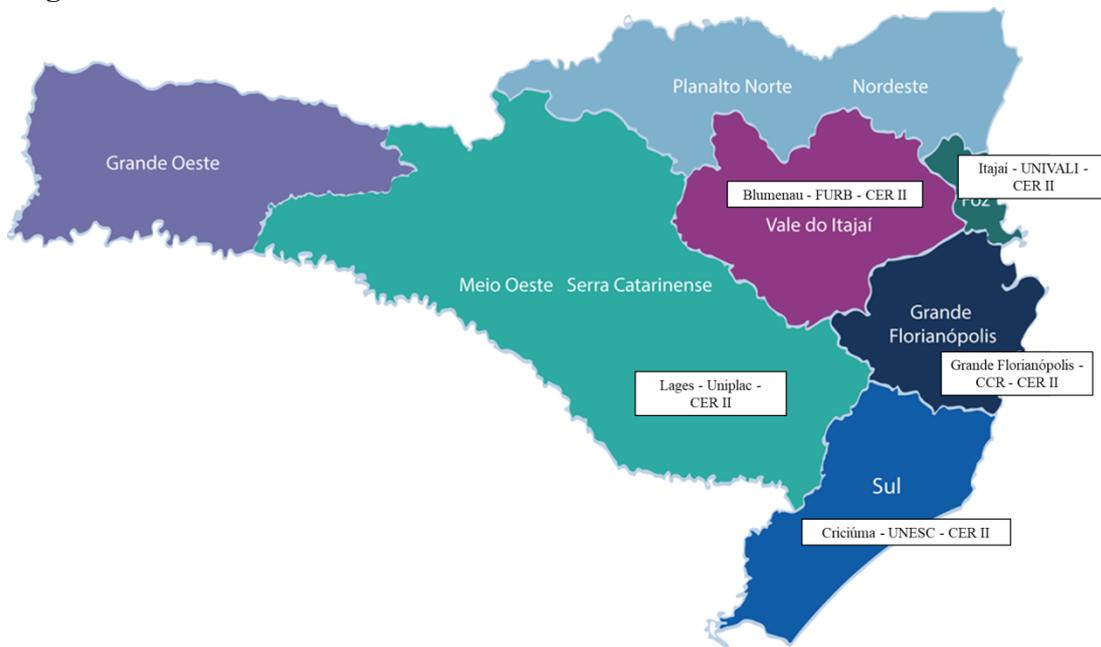
SALAWU, A.; GREEN A.; CROOKS, M.G.; BRIXEY, N.; ROSS, D.H.; SIVAN, M. A. Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of COVID-19 Survivors. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 Jul 7;17(13):4890.Available in: 10.3390/ijerph17134890. Acess in: 15 mar. 2021.

UFRGS. **Avaliação e manejo de sintomas prolongados de COVID 19**, 2021. Disponível em:[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/Avaliacao\\_e\\_manejo\\_de\\_sintomas\\_prolongados\\_COVID.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/Avaliacao_e_manejo_de_sintomas_prolongados_COVID.pdf). Acesso em: 06 mar. 2021.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Atenção Primária em Saúde. Protocolo Estadual de Reabilitação da Covid-19 na Atenção Primária em Saúde, 2021.

## ANEXOS

### ANEXO 1 - Área de abrangência dos Serviços Especializados de Reabilitação Regionalizados



Macro Região	Município Sede do SER	Regiões de Saúde Referenciadas para Atendimento no SER
Grande Fpolis	Florianópolis	Grande Fpolis
Grande Oeste	Chapecó	Extremo Oeste, Xanxerê, Oeste
Meio Oeste e Serra Catarinense	Lages	Serra Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe*
Meio Oeste e Serra Catarinense	Joaçaba	Meio Oeste, Alto Uruguai Catarinense e Alto Vale do Rio do Peixe**
Planalto Norte e Nordeste	Joinville	Nordeste e Vale do Itapocu
Planalto Norte e Nordeste	Mafra	Planalto Norte
Sul	Criciúma	Extremo Sul, Carbonífera e Carbonífera
Foz Itajaí	Itajaí	Vale do Itajaí
Vale Itajaí	Blumenau	Médio Vale do Itajaí e Alto Vale do Itajaí

\* Municípios desta Região de Saúde mais próximos de Lages

\*\* Municípios desta Região de Saúde mais próximos de Joaçaba.

**ANEXO 2****Equipe Mínima para o Serviço Especializado de Reabilitação:**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Carga Horária Semanal</b>
Médico	10h
Fisioterapeuta	40h
Fonoaudiólogo	20h
Nutricionista	20h
Terapeuta Ocupacional ou Educador Físico	20h
Psicólogo	20h
Assistente Social	20h
Enfermeiro	20h
Coordenador / Responsável técnico	20h

## ANEXO 3

## Check List para Vistoria dos Serviços Especializados de Reabilitação

**1. Identificação do Serviço:**

Nome:

Endereço:

Tem cadastro no CNES: ( ) Sim ( ) Não

Está cadastrado no Serviço de Classificação: 135 código 003 ( ) sim ( ) não

Tem Coordenador no Serviço: ( ) Sim ( ) Não

**2. Profissionais e Carga Horária:**

Categoria Profissional	Carga Horária Semanal	S im	N ão
Médico	10h		
Fisioterapeuta	40h		
Fonoaudiólogo	20h		
Nutricionista	20h		
Terapeuta Ocupacional ou Educador Físico	20h		
Psicólogo	20h		
Assistente Social	20h		
Enfermeiro	20h		
Coordenador / Responsável técnico	20h		

## 3. Materiais e Equipamentos:

<b>Equipamentos/Materiais</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Não tem</b>
Esteira		
Bicicleta		
Banco extensor de membro inferior		
Leg press		
Aduto/abdutor		
Banco reto		
Barra guiada		
Jogo completo de halteres		
Jogo completo de anilhas		
Peck deck		
Banco extensor/flexor		
Respiron		
Sheicker		
Power breath		
Questionário k-bild		
Bioimpedância		
Banco de wells		
Dinamômetro palmar		
Fita métrica		
Adipometro		
Questionário de SF36		
Cilindro de oxigênio		
Máscaras para cilindro		
Cateter para oxigênio		
Ambu		

Responsável pelo Preenchimento:

Data: