

**CADERNO DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA
CRIANÇA NO ÂMBITO
DA FISIOTERAPIA**

editora

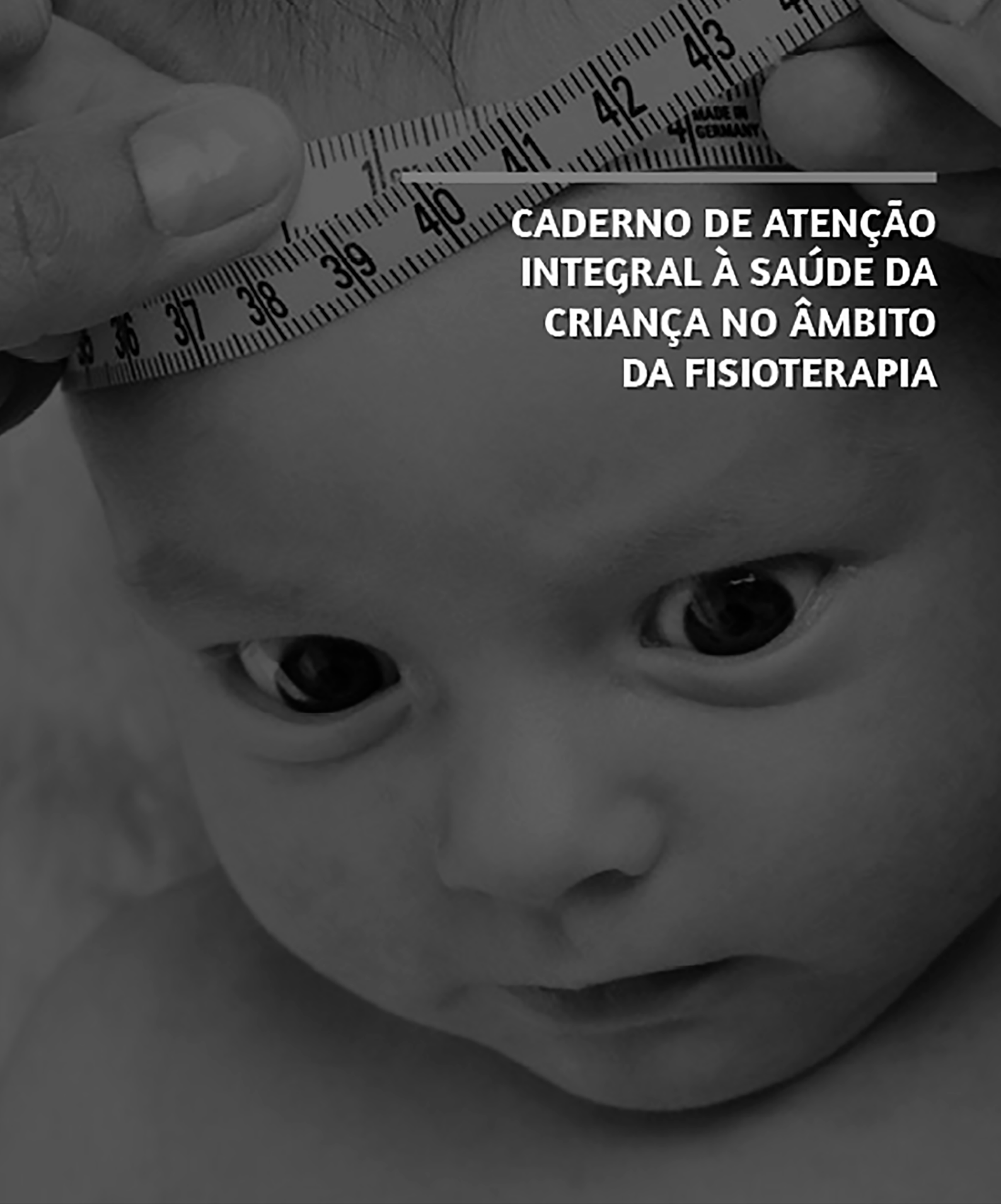


redeunida



crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO



**CADERNO DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA
CRIANÇA NO ÂMBITO
DA FISIOTERAPIA**

editora



redeunida



crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO



crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

CADERNO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO ÂMBITO DA FISIOTERAPIA

Organizadores:

Cinthia Rodrigues de Vasconcelos	Danielly Lais Pereira Lima
Luana Padilha da Rocha	Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Ana Carla Gomes Botelho	Jessica Brito Noronha
Anna Catarina Soares dos Santos Melo	Juliana Baptista Teixeira
Antonietta Claudia Barbosa da Fonseca Carneiro	Karen Maciel Sobreira Soares
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz	Karla Monica Ferraz Lambertz
Carine Carolina Wiesiolek	Lorena Albuquerque de Melo
Claudia Fonsêca de Lima	Maria Perfecta Duran Porto Dantas
Cristiana Maria Macedo de Brito	Renalli Manuella Rodrigues Alves
Cyda Maria Albuquerque Reinaux	Washington José dos Santos

Apoio:



1ª Edição
Porto Alegre/RS 2018
Rede UNIDA

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Hêider Aurélio Pinto - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Júlio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Gomes - Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Brasil
Renan Albuquerque Rodrigues - Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil
Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

MID Comunicação - (81) 3423.0575

Arte da Capa

MID Comunicação - (81) 3423.0575

Revisão

Cynthia Rodrigues de Vasconcelos

Luana Padilha da Rocha

Carlos Alberto Lopes

Marcelo Dourado Costa

editora



redeunida

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C122 Caderno de atenção integral à saúde da criança no âmbito da fisioterapia [recurso eletrônico] / Organizadores: Cinthia Rodrigues de Vasconcelos ... [et al.] ; apoio ABENFISIO. - 1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 99 p. : il.

ISBN: 978-85-66659-95-5

DOI: 10.18310/66659955

1. Saúde da criança. 2. Fisioterapia. 3. Atenção integral à saúde. 4. Fisioterapia pediátrica. 5. Assistência fisioterapêutica - Criança. I. Vasconcelos, Cinthia Rodrigues de.

CDU: 615.8

NLM: WB460

Bibliotecária Responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

Copyright © 2017 Daniel Canavese, Elaine Oliveira Soares, Fernanda Bairros, Maurício Polidoro, Rosa Maris Rosado
Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Expediente

COORDENAÇÃO TÉCNICA GERAL

Cynthia Rodrigues de Vasconcelos
Luana Padilha da Rocha

ORGANIZADORES

Ana Carla Gomes Botelho
Anna Catarina Soares dos Santos Melo
Antonietta Claudia Barbosa da Fonseca Carneiro
Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz
Carine Carolina Wiesiolek
Cynthia Rodrigues de Vasconcelos
Claudia Fonsêca de Lima
Cristiana Maria Macedo de Brito
Cyda Maria Albuquerque Reinaux
Danielly Lais Pereira Lima
Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Jessica Brito Noronha
Juliana Baptista Teixeira
Karen Maciel Sobreira Soares
Karla Monica Ferraz Lambertz
Lorena Albuquerque de Melo
Luana Padilha da Rocha
Maria Perfecta Duran Porto Dantas
Renalli Manuella Rodrigues Alves
Washington José dos Santos

COLABORADORES

Ana Karolina Pontes de Lima
Ana Maria Correia dos Santos
Ana Paula Guimarães de Araújo
Ariadne Dias Maux Gonçalves
Cláudia Thais Pereira Pinto
Débora Steckert
Etiene Oliveira da Silva Fittipaldi
Flávia Lopes Duran
Kássia Debonny Rodrigues
Labibe Mara Pinel
Laíla Pereira Gomes da Silva
Lívia Barboza de Andrade
Milena Guimarães Monteiro
Mirella Casimiro Chaves Brito
Plínio Luna de Albuquerque
Raysa Mayara Araújo da Cunha
Samara de Souza Barros
Saulo Albuquerque Gonçalves Pinheiro

REVISÃO JURÍDICA

Carlos Alberto Lopes
Marcelo Dourado Costa

DIAGRAMAÇÃO E ARTE-FINAL

MID Comunicação - (81) 3423.0575



FIGURA 1 - FISIOTERAPEUTAS COLABORADORES NA CONSTRUÇÃO DO CADERNO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA, NO ÂMBITO DA FISIOTERAPIA

Dedicatória

Nesses 18 meses de existência do GT, uma motivação principal reuniu fisioterapeutas de diferentes áreas: buscar formas de vencer os desafios postos à atenção à saúde da criança, tendo como mote o evento da SCZV. Muitas foram as iniciativas de construções coletivas para fortalecer o cuidado a esse segmento populacional e este caderno foi uma delas.

O que está posto aqui nesse material é fruto de um trabalho conjunto de integrantes do GT e da colaboração de diversos profissionais que dedicaram seu tempo para trazer o acúmulo de conhecimento teórico-práticos que pudessem auxiliar na qualificação do trabalho desenvolvido junto às crianças que necessitam de cuidado integral, contínuo e resolutivo.

Esse Caderno deve ser visto não como uma receita a ser seguida ou um padrão a ser adotado, mas como uma oferta que pode apoiar trabalhadores e gestores na construção partilhada e cotidiana dos modos de fazer saúde na assistência e no processo de trabalho. Nós que compomos o GT entendemos que o trabalho não termina aqui. Esperamos inclusive, que esse Caderno provoque você leitor, a refletir sobre o que está descrito, a analisar suas experiências concretas, levando à problematização do trabalho real e a disparar diferentes estratégias que possam contribuir para o fortalecimento do acompanhamento infantil, a fim de melhorar a produção e a gestão do cuidado integral de qualidade à saúde da criança.



INTEGRANTES DO GRUPO DE TRABALHO DO CREFITO-1 DA SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS DA FISIOTERAPIA

Ana Carla Gomes Botelho (CREFITO nº 101854-F)

Anna Catarina S. dos Santos Melo (CREFITO nº 19716-F)

Antonietta Claudia Barbosa da Fonseca Carneiro
(CREFITO nº 27064-F)

Carine Carolina Wiesiolek (CREFITO nº 75780-F)

Cinthia Rodrigues de Vasconcelos (CREFITO nº 18263-F)

Claudia Fonsêca de Lima (CREFITO nº 9324-F)

Cristiana Maria Macedo de Brito (CREFITO nº 23168-F)

Danielly Lais Pereira Lima (CREFITO nº 222094-F)

Fabiana de Oliveira Silva Sousa (CREFITO nº 104701-F)

Karen Maciel Sobreira Soares (CREFITO nº 64239-F)

Karla Monica Ferraz Lambertz (CREFITO nº 4103-F)

Juliana Baptista Teixeira (CREFITO nº 110622-F)

Lorena Albuquerque de Melo (CREFITO nº 108755-F)

Luana Padilha da Rocha (CREFITO nº 142918-F)

Maria Eduarda Guerra da S. Cabral (CREFITO nº 243432-F)

Maria Perfecta Duran Porto Dantas (CREFITO nº 11545-F)

Washington José dos Santos (CREFITO nº 114809-F)

Palavra do Presidente

A principal função de um Conselho Regional dentro da sua atuação profissional é garantir à população uma saúde de qualidade. Foi com esta missão e tendo em vista a epidemia da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV) que atingiu os quatro estados da nossa circunscrição (Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas), com o maior número de casos registrados em Pernambuco, que criamos os Grupos de Trabalho para Crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus. Nossa intervenção era fundamental diante desse cenário e a nossa preocupação inicial era capacitar os diversos profissionais da nossa circunscrição para que o atendimento aos pacientes com SCZV e suas famílias fosse realizado de forma integral e mais plena possível.

Nossa proposta é promover a inclusão social e trabalhar a funcionalidade humana para minimizar as perdas desses indivíduos. Nesse contexto, este caderno tinha como primeiro objetivo a formação dos profissionais sob os pontos de vista técnico e científico, visando sua atuação desde o diagnóstico até a fase final do tratamento.

A medida que este caderno foi sendo construído, começamos a perceber outros pontos que também precisavam ser atendidos. Dentre eles, dois se destacavam: na questão da interdisciplinaridade, observamos situações em que precisamos e recomendamos o envolvimento de outros profissionais de saúde, a fim de que essa funcionalidade possa ser trabalhada de forma mais completa; no segundo ponto, observamos que, dentro da própria fisioterapia, tínhamos que atuar com uma abordagem integral, não só quanto à questão neurofuncional, mas também quanto à questão cardiorrespiratória e à questão traumato-ortopédica. Ou seja, abordar a fisioterapia de forma global.

Sendo assim, o CREFITO-1 almeja, através deste caderno, deixar a sua contribuição junto aos fisioterapeutas e demais profissionais de saúde para que a atenção a essas crianças seja a melhor possível. Para que se cumpra o que dita a Constituição Brasileira: a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Nós do CREFITO-1 estamos fazendo a nossa parte para garantir à sociedade uma fisioterapia com excelência.

Silano Barros
Presidente do CREFITO-1

Sumário

Prefácio	11
1. Apresentação	13
2. Introdução	23
3. Trabalhando com domínios e competências	29
4. Organização por eixos	31
4.1 Domínio Assistência à Saúde da Criança	31
4.1.1 Eixos de Ação para Competência Organização da Assistência à Saúde da Criança	31
4.1.1.1 Eixo Avaliação	31
4.1.1.2 Eixo Intervenção	36
4.1.1.3 Eixo Acompanhamento	42
4.1.1.4 Eixo Intervenção no Contexto Domiciliar	45
4.1.1.5 Eixo Intervenção no Contexto Educacional e Desportos	48
4.2 Domínio Processo de Trabalho	52
4.2.1 Eixos de Ação para Competência Organização do Processo de Trabalho	52
4.2.1.1 Eixo Trabalho Uniprofissional	52
4.2.1.2 Eixo Trabalho Interprofissional	54
4.2.2 Eixos de Ação para Competência Articulação em Rede	58
4.2.2.1 Eixos Conhecimento da Rede e Comunicação em Rede	58
4.2.3 Eixos de Ação para a Competência Intersetorial	60
4.2.3.1 Eixo Articulação com outros setores	60
4.2.4 Eixos de Ação para a Competência Infraestrutura e Equipamentos	61
4.2.4.1 Eixo Instalação Física	61
4.2.4.2 Eixo Materiais, Equipamentos e Insumos	63
4.2.4.3 Eixo Recursos Humanos	64
5. Gestores: como oferecer às crianças uma assistência fisioterapêutica de qualidade?	67
6. Glossário	69
7. Referências	81
8. Referencial Teórico: leitura recomendada	86
1. Anexo I - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA COM DISFUNÇÕES NEUROLÓGICAS: principais complicações respiratórias	89

Prefácio

“O projeto que envolveu a construção do Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, por meio das ações do CREFITO-1 e demais parceiros, coloca as claras um dos principais entraves vivenciado no âmbito do SUS, como seja a garantia de oferta de serviços de saúde em quantidade, qualidade e localização adequadas, em particular quando tratamos dos serviços de reabilitação. Esta situação ganhou novos tons de gravidade com o advento da tríplice epidemia causada pelas arboviroses: Dengue, Zika e Chikungunya, que vem deixando sequelas indeléveis em mulheres e crianças, principalmente quando a situação vincula-se especialmente ao Zika Vírus, pelo grau de comprometimento, e cujas repercussões podem trazer graves alterações no desenvolvimento infantil e conseqüentemente na qualidade de vida da criança e de seus familiares.

Sendo assim, a iniciativa adotada traz um conjunto de estratégias que ampliam a forma de atuar da fisioterapia e da terapia ocupacional, tendo em vista a busca da ação multi e interprofissional; o exercício de práticas intersetoriais; a mobilização de inúmeros atores para a construção de um conjunto de intervenções; o investimento na educação permanente de docentes, discentes e profissionais; e acima de tudo o exercício do estímulo da prática profissional em prol de ações que garantam os direitos da cidadania já estabelecidos na Constituição Federal a quem mais precisa.

Por tudo isso, esse projeto é acima de tudo um ato político em Defesa da Vida”.

*André Bonifácio
Fisioterapeuta*

*Professor Adjunto da Universidade Federal da Paraíba do
Departamento de Promoção da Saúde*

“Informação. Este é um dos maiores benefícios que este Caderno trará para os profissionais e os familiares atendidos por fisioterapeutas, tirando dúvidas, direcionando e padronizando o cuidado com nossas crianças. Atuando e vivenciando causa de pessoas com deficiência, acredito que este manual vai se converter em uma verdadeira mudança de paradigmas na atenção dispensada às famílias atendidas por fisioterapeutas, estes profissionais tão importantes, que facilitam a jornada de vida dos pacientes e suas famílias.

Um grande e importante passo está sendo dado neste momento, pois esta ferramenta nasce da escuta das necessidades das famílias e do encaminhamento destas demandas. A AMAR – Aliança de Mães e Famílias Raras tem orgulho de apoiar e participar deste tipo de iniciativa, que contribui significativamente com a promoção da cidadania para um recorte social tão estigmatizado: as pessoas com patologias raras”.

*Lilian Pollyana Dias Ferreira
Fundadora e Presidente da AMAR- Aliança de Mães e Famílias
Raras*

"O Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança é um importante instrumento que extrapola a assistência em saúde e deve ser referência na formação em fisioterapia pediátrica, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, de forma intersetorial. Reforçamos a construção coletiva que reflete uma visão ampliada de intervenção, que desejamos ser replicado nas instituições de ensino superior do Brasil".

*Tarcisio Fulgêncio Alves da Silva
(Coordenador Nacional da Associação Brasileira de Ensino
em Fisioterapia - ABENFISIO)*

1. Apresentação

Um dos principais entraves do SUS, atualmente, é garantir a oferta de serviços de saúde em quantidade, qualidade e localização adequadas para garantir a assistência integral à população que mais precisa. Na atual situação de saúde que acomete o Brasil, e de maneira peculiar, o estado de Pernambuco, chama a atenção o drama das pessoas que têm adoecido como vítimas de uma tríplice epidemia causada pelas arboviroses: Dengue, Zika e Chikungunya, que além de todo sofrimento que causam na fase aguda, tem deixado sequelas que podem cronificar e, a médio e longo prazos, comprometer a funcionalidade de boa parte de suas vítimas.

Dentre os grupos mais vulneráveis dessas epidemias, estão as mulheres em período gestacional, que têm sido assombradas com o medo de pegar essas viroses (em especial a causada pelo Zika vírus) e verem seus filhos acometidos de maneira definitiva, por uma síndrome congênita, cujas repercussões podem trazer graves alterações no desenvolvimento infantil, comprometendo a qualidade de vida desses novos cidadãos e seus familiares.

Esse drama, ora vivido por tantas famílias pernambucanas, requer uma urgente mobilização e um conjunto de intervenções, tanto a nível governamental quanto da sociedade civil, que garantam os direitos de cidadania já estabelecidos na Constituição Federal. Dentre esses, o acesso à saúde e educação, talvez sejam os mais preciosos e, ao mesmo tempo, os mais negligenciados ao longo da nossa história de luta pelos direitos humanos.

No caso das pessoas com deficiência, é notório o consenso de que o acesso à reabilitação é uma das maiores dificuldades na garantia da integralidade do cuidado. Considerada uma dívida histórica, pela ausência de políticas públicas relacionadas

ao cuidado das pessoas com deficiência, os serviços de reabilitação foram delineados no país com forte foco em centros de excelência e concentração em capitais.

A conformação de uma pequena e concentrada disponibilidade de serviços, aliada a uma frágil articulação entre a Atenção Básica e os serviços de referência em reabilitação, tem produzido problemas com relação à demanda reprimida e gerado extensas filas de espera, que, em se tratando de reabilitação, pode representar prejuízos irreparáveis no tocante à recuperação da função perdida.

Ante esse cenário antigo de tantas necessidades, que hoje se torna mais visível e cruel com o drama das famílias das crianças atingidas pela Síndrome Congênita do Zika Vírus, que apresentam microcefalia além de outras alterações neurológicas e ortopédicas, é que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em parceria com a Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN) e com a Associação Brasileira para o Desenvolvimento e Divulgação do Conceito Neuroevolutivo Bobath (ABRADIMENE), confeccionam a *Cartilha - Diagnóstico: Microcefalia. E agora?* com o objetivo de abordar as consequências dessa enfermidade para os pais e para as crianças (COFFITO, 2016).

O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO-1), por sua vez, instituiu um Grupo de Trabalho (GT) em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional, na Síndrome Congênita por Zika Vírus. No mês de Março de 2016, deu-se início às atividades, por ambas as profissões e, em 10 de maio de 2016, através da PORTARIA Nº 075/2016, foram criados formalmente os Grupos de Trabalho (GT), nomeando seus integrantes, formado por profissionais com notório saber e experiência na saúde pública e, em especial,

em saúde da criança, para implementar ações que contribuam na melhoria da qualidade da assistência fisioterapêutica e terapêutica ocupacional ofertada na rede estadual de saúde, em parceria com seus municípios.

Ressalta-se que esses GT, de ambas as profissões, foram criados com o objetivo de garantir à Sociedade Pernambucana, em especial às famílias das crianças diagnosticadas com essa síndrome, avaliação e atendimento de excelência, promovendo ações políticas, regulamentadoras, educativas e fiscalizadoras pautadas na Ética, Dignidade, Compromisso, Respeito, Responsabilidade e Inovação. Dentre as responsabilidades assumidas pelos GT, na

perspectiva de alcance de tamanho objetivo, propôs-se a elaboração de um “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia e Terapia Ocupacional”, nas especificidades de cada profissão.

Nesse sentido, os membros do GT pensaram em discutir com outros profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de Pernambuco, sobre as suas experiências na atenção à saúde da criança, a partir do entendimento de que a formação profissional continuada e a prática vivenciada por eles, em seus diversos ambientes de trabalho, poderiam contribuir na construção do referido material.



FIGURA 2 - I ENCONTRO DE PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES, DO ESTADO DE PERNAMBUCO: oficina com profissionais inseridos nas diversas esferas da assistência à saúde da criança para construção do Caderno de Atenção Integral à Saúde da criança, no âmbito da Fisioterapia.



FIGURA 3 - Imagem da web

Com o objetivo de conhecer melhor esses profissionais, suas potencialidades na produção do cuidado e suas necessidades de aprimoramento, visando à melhoria da qualidade da assistência integral à saúde dessa população, bem como mapear os possíveis participantes desses encontros de especialistas, os membros do GT elaboraram um questionário intitulado 'Conhecendo o perfil do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional que atuam na saúde da criança e do adolescente nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde do Estado de Pernambuco', o qual foi enviado para o e-mail desses profissionais. Responderam ao questionário 178 profissionais, sendo 135 fisioterapeutas e 43 terapeutas ocupacionais.

Em relação aos Fisioterapeutas participantes, observa-se nos *Dados 1*, que a faixa etária, variou de 23 a 59 anos de idade,

sendo a maioria do sexo feminino (80%). Com relação ao tempo de formação profissional, a maior parte dos fisioterapeutas tinha de 6 a 15 anos de formado (45,92%), seguido dos que tinham de 1 a 5 anos (40%). A maioria foi graduada no Estado de Pernambuco, seja em universidades ou faculdades públicas e privadas (65,89%), seguido dos Estados da Paraíba (13,32%), Alagoas (10,36%), Rio Grande do Norte (6,66%), Bahia (2,22%), Ceará (1,48%) e Rio Negro/Argentina (0,74%).

Ainda nos *Dados 1*, observa-se que 8,88% dos Fisioterapeutas tem uma segunda graduação, como Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Educação Física. Outro aspecto relevante é que, como 68% dos participantes afirmaram utilizar muito frequentemente a internet, o GT optou em adotar essa ferramenta como a forma de comunicação com esses profissionais.

CARACTERÍSTICAS AMOSTRAIS DOS FISIOTERAPEUTAS ATUANTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO QUE RESPONDERAM À ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016

DADOS 01

Número de participantes: 135



FAIXA ETÁRIA

Entre 20 e 30 anos	68	
Entre 31 e 40 anos	49	
Entre 41 e 50 anos	12	
Entre 51 60 anos	6	



SEXO

Feminino	108	
Masculino	27	

CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO

Entre 1980 e 1990	7	
Entre 1991 e 2000	10	
Entre 2001 e 2010	62	
Entre 2011 e 2016	54	

OUTRAS GRADUAÇÕES

NÃO	120	→ 88,88%
SIM	12	→ 8,88%

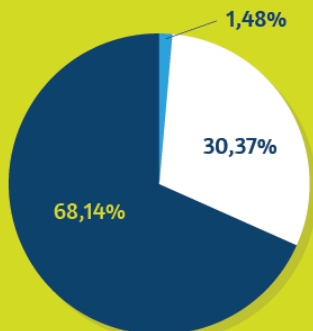
Ciências Contábeis, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Gestão Hospitalar, Biomedicina, Pedagogia, Letras, Biologia, Educação física

INSTITUIÇÃO EM QUE CONCLUIU A GRADUAÇÃO



UFPE	29	
ESTÁCIO RECIFE	20	
UNINASSAU RECIFE	12	
ASCES (Caruaru-PE)	9	
UNP (RN)	8	
UNCISAL (AL)	9	
UNICAP	7	
UNIVERSO	7	
UFPB (PB)	6	
UEPB (PB)	5	
UNIPÊ (PB)	4	
CESMAC (AL)	3	
UPE (Petrolina-PE)	3	
FAFIS (Cachoeira-BA)	3	
FIP (Patos-PB)	3	
UNIFOR (CE)	2	
UFRN (RN)	1	
ESTÁCIO FAL (AL)	1	
FPS (PE)	1	
FACIMA (AL)	1	
FIS (Serra Talhada-PE)	1	
UNRN (Universidad Nacional de Rio Negro - Argentina)	1	

USO DA INTERNET



MUITO FREQUENTEMENTE
 FREQUENTEMENTE
 ÀS VEZES

OBS: Nem todos os participantes responderam todas as questões, por isso não totalizam 135 em todos os itens.

Com relação à Educação Continuada e Permanente desses profissionais, observa-se no *Dados 2* o seguinte: 79% dos profissionais afirmaram ter feito curso de aperfeiçoamento, sendo 22,96% na área de Fisioterapia Pediátrica/Neurologia Infantil; 60,74% tem curso de especialização, sendo que as áreas

de Pediatria e Saúde Coletiva foram as mais citadas (14,07% cada); 23,70% dos profissionais concluíram o mestrado, sendo a maioria nas áreas de Saúde da Criança e Adolescente (18,75%) e Saúde Materno Infantil (12,5%); e 5,18% concluíram o doutorado, destes apenas 01 foi na área Materno infantil.

INFORMAÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE DOS FISIOTERAPEUTAS ATUANTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO QUE RESPONDERAM À ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016

Número de participantes: 135

DADOS 02

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO / FORMAÇÃO REALIZADO

(entre 180 e 360 hs de duração)



FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA / NEUROLOGIA INFANTIL	31	<div style="width: 23%;"></div>
TRAUMATO-ORTOPEDIA	17	<div style="width: 12.6%;"></div>
CARDIORRESPIRATÓRIA	17	<div style="width: 12.6%;"></div>
NEUROLOGIA	15	<div style="width: 11.1%;"></div>
FISIOTERAPIA AQUÁTICA	6	<div style="width: 4.4%;"></div>
EDUCAÇÃO	6	<div style="width: 4.4%;"></div>
DERMATO FUNCIONAL (QUEIMADOS)	5	<div style="width: 3.7%;"></div>
INTEGRAÇÃO SENSORIAL	3	<div style="width: 2.2%;"></div>
PSICOMOTRICIDADE	3	<div style="width: 2.2%;"></div>
ONCOLOGIA	2	<div style="width: 1.5%;"></div>
SAÚDE MENTAL	1	<div style="width: 0.7%;"></div>
TECNOLOGIA ASSISTIVA	1	<div style="width: 0.7%;"></div>



DADOS 03

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO / RESIDÊNCIA REALIZADO

(superior à 360 hs de duração)

FISIOTERAPIA NEONATAL / NEUROLOGIA INFANTIL / FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA	19	
SAÚDE DA FAMÍLIA / SAÚDE COLETIVA	19	
CARDIORRESPIRATÓRIA / PNEUMOFUNCIONAL	18	
NEUROLOGIA	9	
TRAUMATO-ORTOPEDIA	8	
FISIOTERAPIA AQUÁTICA	3	
EDUCAÇÃO	2	
DERMATOFUNCIONAL (QUEIMADO)	1	
PSICOMOTRICIDADE	1	
ONCOLOGIA	1	
TECNOLOGIA ASSISTIVA	1	

MESTRADO

NÃO	103	→ 76,29%
SIM	32	→ 23,70%

DOCTORADO

NÃO	128	→ 94,81%
SIM	7	→ 5,18%

MESTRADO EM:

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	6	
SAÚDE MATERNO INFANTIL	4	
FISIOTERAPIA	3	
CIÊNCIAS DA SAÚDE	3	
EDUCAÇÃO / EDUCAÇÃO EM SAÚDE / ENSINO EM SAÚDE	3	
NEUROPSIQUIATRIA / NEUROCIÊNCIAS	2	
ATENÇÃO E SAÚDE / MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE	2	
BIOFÍSICA	1	
BIOQUÍMICA	1	
NEUROLOGIA	1	
REABILITAÇÃO E TECNOLOGIA	1	
ENFERMAGEM	1	
FISIOLOGIA	1	
AVALIAÇÃO EM SAÚDE	1	
HEBIATRIA	1	
NUTRIÇÃO	1	
PATOLOGIA	1	

DOCTORADO EM:

NUTRIÇÃO	2	
REABILITAÇÃO E TECNOLOGIA	1	
CIÊNCIAS DA SAÚDE	1	
PSICOLOGIA CLÍNICA	1	
NEUROPSIQUIATRIA	1	
SAÚDE MATERNO INFANTIL	1	



OBS: Nem todos os participantes responderam todas as questões, por isso não totalizam 135 em todos os itens.

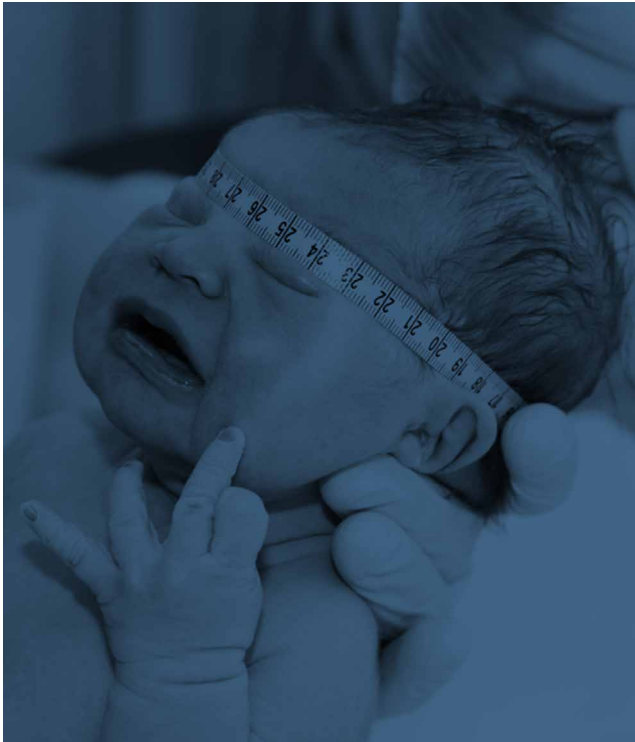


FIGURA 4 - Imagem da web

No que diz respeito ao vínculo empregatício, a maior parte dos fisioterapeutas (66,66%) trabalha em instituições privadas, enquanto os demais trabalham em instituições públicas (45,18%) ou não trabalham (5,18%), seja na assistência (rede pública e privada, incluindo a atenção básica) como na docência, em cursos de Fisioterapia no Estado de Pernambuco.

A maioria dos profissionais que está trabalhando informou que “muito frequentemente” (34,07%) e “frequentemente” (24,44%) presta assistência a crianças e/ou adolescentes em diversas áreas, sendo a Fisioterapia Pediátrica (49,62%) e a Neurologia Infantil (48,14%) as mais citadas. Quando perguntados se sentiam capacitados para atuar com crianças e adolescentes, 12,59% referiram se sentir “muito capacitado” e 46,66% sentem-se “capacitado” (Dados 04 e Dados 05).

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA À CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES PELOS FISIOTERAPEUTAS QUE PARTICIPARAM DA ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016

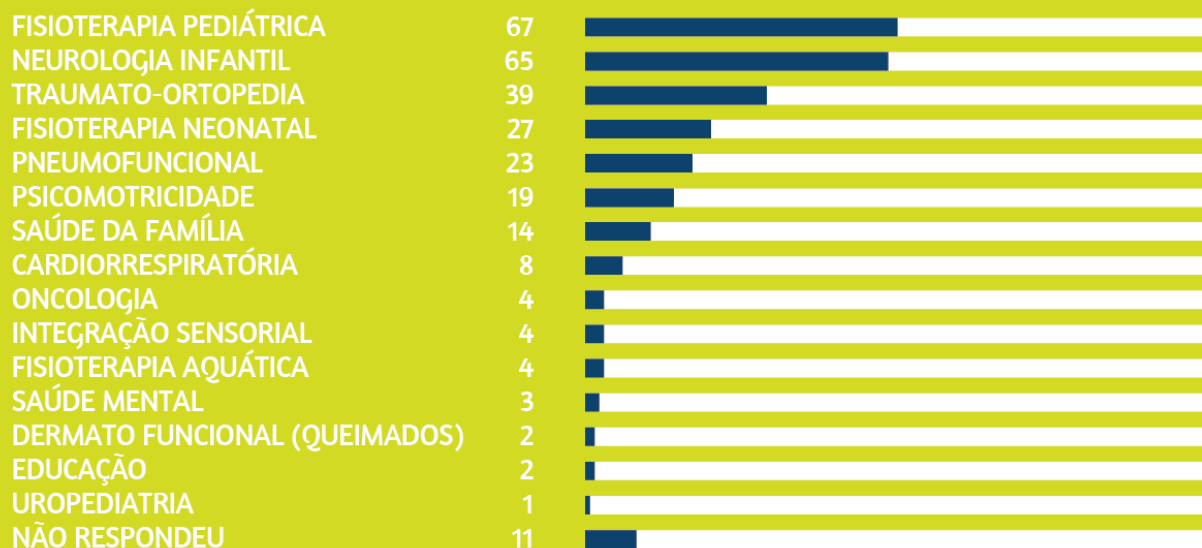
Número de participantes: 135

DADOS 04

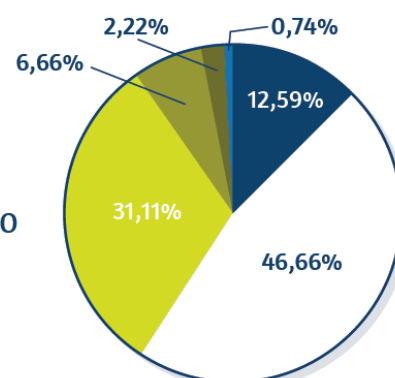
NO SEU COTIDIANO, VOCÊ ATENDE CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE?



A ASSISTÊNCIA PRESTADA POR VOCÊ ÀS CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES ACONTECE EM QUAL (IS) ÁREA (S)?



QUANTO VOCÊ SE SENTE CAPACITADO (A) PARA ATUAR COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES?



OBS: Nem todos os participantes responderam todas as questões, por isso não totalizam 135 em todos os itens.

Nesta enquete, ressalta-se que 38,51% dos fisioterapeutas participantes afirmaram atender ou já ter atendido crianças diagnosticadas com a SCZV, e quando perguntados se tiveram dificuldade no manejo a essas crianças, 48% relataram que sim, apesar de terem relatado se sentir capacitados ou muito capacitados no atendimento à crianças/adolescentes. Como principais dificuldades enfrentadas, os fisioterapeutas relataram a falta de organização da rede de atenção à saúde

(RAS) (56,52%) e a dificuldade da família em levar a criança ao atendimento (52,17%), conforme observado nos *Dados 6*.

Para esses profissionais, foi questionado também se eles gostariam de participar de capacitações para esse fim e que sugerissem o que gostariam que fosse abordado na capacitação. Foi observado que quase todos os profissionais (93,33%) manifestou desejo de participar das capacitações, incluindo os profissionais que se sentiam capacitados ou muito capacitados para a

assistência. Ressalta-se que abordagens terapêuticas, métodos de avaliação e abordagem interdisciplinar foram os temas

mais apontados como de interesse dessa população para uma Educação Permanente (Dados 06).

CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS PELOS FISIOTERAPEUTAS QUE PARTICIPARAM DA ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016

Número de participantes: 135

DADOS 06

EM SUA PRÁTICA, VOCÊ ATENDE/ATENDEU ALGUMA CRIANÇA COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA AO VÍRUS ZIKA (MICROCEFALIA)?

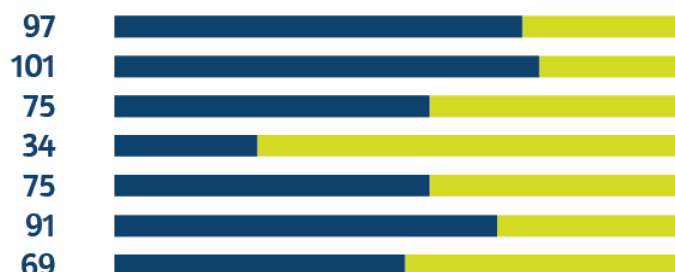
NÃO	26	→ 52%
SIM	24	→ 48%

VOCÊ TEVE DIFICULDADE NO MANEJO RELACIONADO À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA?

NÃO	83	→ 61,48%
SIM	52	→ 38,51%

O QUE VOCÊ GOSTARIA QUE FOSSE ABORDADO NA FORMAÇÃO?

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	97
ABORDAGENS TERAPÊUTICAS	101
CUIDADOS E ORIENTAÇÕES DOMICILIARES	75
CUIDADOS E ABORDAGENS FAMILIARES	34
TECNOLOGIA ASSISTIVA	75
ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR	91
CONHECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	69



VOCÊ TEM INTERESSE EM PARTICIPAR DE UMA FORMAÇÃO VOLTADA PARA O MANEJO E CUIDADO A CRIANÇAS COM SÍNDROME CONGÊNITA DO VÍRUS DA ZIKA?

SIM
93,3%

NÃO
6,66%

QUAL (IS) A (S) PRINCIPAL (IS) DIFICULDADE (S) ENCONTRADA (S) NA ASSISTÊNCIA A ESSE PÚBLICO?

	NÚMERO	%
LACUNAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL QUE TRAZEM DIFICULDADES PARA UM ATENDIMENTO MAIS QUALIFICADO	9	39,13
INFRAESTRUTURA PRECÁRIA OU INADEQUADA DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO (ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA, FALTA DE MATERIAIS, INSUMOS, RECURSOS HUMANOS, ENTRE OUTROS)	4	17,39
DIÁLOGO MULTIPROFISSIONAL INEXISTENTE OU RESTRITO (POR AUSÊNCIA DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, POR DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS, ENTRE OUTROS)	4	17,39
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ORGANIZADA DE MANEIRA PRECÁRIA E RESTRITA	13	56,52
DIFICULDADE NO ACESSO AO HISTÓRICO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA, AOS EXAMES REALIZADOS E SEUS RESPECTIVOS RESULTADOS, AO ACOMPANHAMENTO EM OUTROS SERVIÇOS	9	39,13
A FAMÍLIA NÃO CONSEGUE LEVAR A CRIANÇA AO ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE MANEIRA PERIÓDICA (POR QUESTÕES FINANCEIRAS, POR DIFICULDADE NO ACESSO, POR DIFICULDADE DE TRANSPORTE, ENTRE OUTROS)	12	52,17
A FAMÍLIA NÃO REALIZA AS ORIENTAÇÕES DE CUIDADO E ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO	4	17,39
DIFICULDADE NA ABORDAGEM A SER REALIZADA JUNTO À FAMÍLIA (ACOLHIMENTO, ESCUTA, REFERÊNCIA PARA OUTROS SERVIÇOS, ACOMPANHAMENTO CONTINUADO)	3	13,04

A partir desta enquete, foi possível conhecer o perfil de parte dos fisioterapeutas que, no primeiro semestre de 2016, período de maior prevalência da SCZV, estavam prestando assistência na área pediátrica no Estado de Pernambuco. Logo, a partir desses resultados, os profissionais especializados na área infanto-juvenil, atuantes tanto na docência como nos diversos níveis de assistência, foram convidados

a participar de dois eventos intitulados “I e II Encontro de profissionais que assistem crianças e adolescentes, do Estado de Pernambuco”, objetivando construir coletivamente o “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Fisioterapia”, com vistas a propor uma atenção de qualidade, a partir da realidade dos serviços e dos territórios por eles ocupados.

2. Introdução

A assistência fisioterapêutica envolve todo o processo de cuidado, desde a inserção no campo de atuação profissional até a intervenção propriamente dita. Vale ressaltar, que a inserção no campo de atuação, engloba reconhecimento do local, levantamento de informações, análise e estudo de indicadores, condições de saúde, educação, saneamento básico, interação entre os pares e relações políticas, sociais, culturais e espirituais estabelecidas. A intervenção, por sua vez, aborda a consulta fisioterapêutica, com destaque para a anamnese, o exame físico e o diagnóstico cinético funcional, além do prognóstico, e da elaboração e execução do plano de tratamento fisioterapêutico. Para tanto, o trabalho a ser desenvolvido pelo profissional fisioterapeuta exige um olhar ampliado, incorporando ações em educação, prevenção e assistência, de maneira individual e coletiva, com abordagens multi e interdisciplinares (BERTONCELLO e PIVETTA, 2015).

Nesse contexto, a Fisioterapia Pediátrica, é o ramo da fisioterapia que atua tanto na prevenção como no tratamento e na reabilitação dos transtornos que afetam o desenvolvimento infantil, incluindo as disfunções congênitas ou adquiridas dos vários sistemas orgânicos, que acarretam comprometimento de estruturas e funções do corpo, limitações na realização de atividades cotidianas e restrições na participação da

criança nos ambientes sociais (EFFGEN, 2007; LIMA, LIMA e BRITO, 2014).

Partindo do entendimento de que, avaliar e estimular o desenvolvimento infantil faz parte das atribuições do fisioterapeuta pediátrico, este profissional precisa ter o entendimento que o desenvolvimento de uma criança reflete suas condições de saúde e sofre influências das relações familiares, da qualidade da assistência à saúde e da qualidade da educação que lhe são ofertadas e assim, uma vez que este se depara diante de uma criança que sofre agravos que comprometem sua saúde, a assistência fisioterapêutica de qualidade deve ser instituída precocemente e permear os diversos aspectos que atuam no favorecimento de um desenvolvimento infantil adequado (SILVA et al., 2015; DIRKS et al., 2016).

Ao fisioterapeuta pediátrico compete funções e atribuições constituídas por um conjunto de ações de saúde que vão desde o planejamento, a programação e a coordenação das atividades terapêuticas propostas, até a execução e a supervisão da aplicação de métodos e técnicas que visem à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, seja no nível de atenção básica, secundária ou terciária e englobando o indivíduo em todos os seus aspectos: físicos, emocionais, sociais e culturais (DAVID et al., 2013).



FIGURA 5 - Imagem da web

Para ofertar uma atenção de qualidade e formular práticas de cuidado, que facilite o desenvolvimento integral da criança, tornam-se indispensáveis princípios como integralidade, longitudinalidade, intersetorialidade, equidade, resolutividade, atuação em equipe e ações coletivas para a promoção da saúde. Entretanto ainda faz-se necessário uma atenção especial aos pais, para que se sintam seguros e acolhidos em suas competências e limitações, de maneira que os conceitos de brincar, deficiência, independência, autonomia e cuidado, sejam ressignificados, para a construção de novos projetos de vida, superando aqueles estereotipados e pautados

sob o estigma da deficiência (VAN SCHAIK, SOUZA e ROCHA, 2014).

A partir da integração desses conceitos, das responsabilidades do fisioterapeuta pediátrico e das demandas que cercam o trabalho voltado à atenção à saúde da criança, este caderno traz uma proposta de atuação desse profissional, junto aos diversos aspectos que possivelmente envolvem a saúde infantil e interferem no desempenho e na capacidade funcional das crianças. Nesse sentido, foram elaboradas recomendações para uma assistência fisioterapêutica de qualidade, em crianças com disfunções neuromotoras, conforme Modelo Lógico (ML) proposto neste Caderno.



FIGURA 3 – Atendimento fisioterapêutico de criança com Síndrome Congênita do Zika Vírus em Clínica Particular do Recife

O Modelo Lógico (ML) é uma ferramenta de planejamento, implantação e avaliação de um projeto que possibilita a documentação, descrição e análise de fatores contextuais que envolvem um problema a ser enfrentado. Pelo ML é possível, através de uma representação visual, sistemática e simplificada de ações, apresentar as relações estabelecidas entre intervenções (atividades

planejadas), recursos necessários e efeitos esperados (produtos, resultados e impactos) que se pretende alcançar com o projeto (OLIVEIRA et al., 2005; CAVALCANTI et al., 2013; ROMEIRO et al., 2013).

Vide ML para Atenção integral à saúde da criança, no âmbito da Fisioterapia, na página seguinte, cujo detalhamento será apresentado no capítulo 3 - Trabalhando com domínios e competências.”

MODELO LÓGICO DE FISIOTERAPIA

Neste Caderno são propostas uma série de ações para cada eixo citado no Modelo Lógico proposto, considerando os aspectos a serem observados e os recursos a serem utilizados necessários para que essas ações sejam alcançadas, contribuindo assim para o alcance

de uma atenção integral à saúde da criança, no âmbito da fisioterapia. Essas ações serão apresentadas nos diversos quadros que serão dispostos no conteúdo do Caderno, conforme exemplo abaixo.

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

EIXO: TRABALHO UNIPROFISSIONAL

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Construir plano terapêutico	Aspectos descritos na ação “Construir plano terapêutico” do Eixo Avaliação	Recursos descritos na ação “Construir plano terapêutico” do Eixo Avaliação
Conhecer e atuar segundo atos normativos de atuação clínica profissional, incluindo os que definem os papéis de outros profissionais da equipe interprofissional	Legislações vigentes junto ao Governo Federal e ao Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional - COFFITO Existência de atos normativos e diretrizes para atuação clínica da Fisioterapia	Atos normativos e diretrizes para atuação da Fisioterapia
Atuar em articulação com os outros serviços que compõem a RAS	Plano terapêutico Serviços que compõem a RAS Existência de protocolos clínicos	Fichas de acompanhamento e registro Matrizes de intervenção Protocolos clínicos Instrumentos de referência e contrarreferência Agenda protegida: horário reservado na agenda para discussão de casos clínicos e processo de trabalho
Identificar e participar de atividades de educação permanente e continuada	Demandas identificadas para desenvolvimento de atividades de educação permanente/ continuada	Agenda protegida: horário reservado na agenda para planejamento e desenvolvimento de atividades de educação permanente/continuada

Concomitante à cada ação, o material apresenta ainda as legislações que regulamentam e garantem a exequibilidade de sua concretização, empoderando os profissionais da Fisioterapia para discussão sobre um processo de trabalho compatível com a dignificação e valorização profissional. Essas informações sempre estarão sinalizadas no interior dos quadros como “VOCÊ SABIA?” e, após os mesmos, serão fundamentadas a partir da ilustração vista abaixo. A principal fonte das legislações apresentadas é o Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional - COFFITO,

VOCÊ
SABIA?



que é uma Autarquia Federal criada pela Lei Federal nº 6316, de 17 de dezembro de 1975; com objetivos constitucionais de normatizar e exercer o controle ético, científico e social das profissões de Fisioterapeuta e de Terapeuta Ocupacional. O COFFITO busca defender os interesses corporativos das profissões, dedicando-se em defender a inserção profissional nos diversos ambientes no mundo do trabalho, bem como, fomentar a boa formação técnica e humanista dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, para que a sociedade possa receber serviços resolutivos e de excelência (www.coffito.org.br).

Ao final da apresentação de todas as ações previstas no ML para a execução de uma intervenção fisioterapêutica integral à saúde da criança, este Caderno apresenta ainda um capítulo que fora construído especificamente para Gestão. Nele, é chamada a atenção para algumas ações do Domínio Processo de Trabalho que interferem diretamente no Domínio Assistência à Saúde da Criança. O objetivo é embasar os Fisioterapeutas quanto às estratégias legais para a aquisição de serviços de saúde que atendam às necessidades para uma assistência de qualidade às crianças. Os itens de fragilidade que serão discutidos são os de maior prevalência segundo as análises estatísticas do Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 1ª Região, cuja área de circunscrição engloba Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Por fim, com o intuito de favorecer a educação permanente dos fisioterapeutas e, principalmente, a uniformização dos termos a serem utilizados no exercício profissional, este Caderno apresenta um glossário com os principais termos e siglas que foram identificados nas discussões dos “Encontros de Profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional Infante-Juvenil, do Estado de Pernambuco”, termos e siglas essas que, em sua maioria, divergiam em consequência do desconhecimento dos profissionais sobre o significado dos mesmos.

3. Trabalhando com domínios e competências

Observando o Modelo Lógico aqui apresentado, constata-se que a prática fisioterapêutica foi organizada a partir da identificação de Dimensão, Domínios e Competências. Segundo a Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia/ABENFISIO (2016), o termo Dimensão corresponde a grandes eixos referentes a áreas de atuação/conhecimento, relativo aos domínios profissionais. Por sua vez, “Domínio” apresenta-se como subáreas de atuação/conhecimento que gerarão as competências profissionais. Já o termo “Competência” representa a capacidade profissional de mobilizar cognitivamente diversos recursos disponíveis, de modo articulado, baseado em esquemas e processos intuitivos para organização dos conhecimentos e elaboração de estratégias a fim de identificar, prevenir e resolver problemas em situações específicas do exercício profissional (ABENFISIO, 2016).

Dentro dessas definições, o ML proposto tem como Dimensão a “Atenção Integral à Saúde da Criança”. Quando se fala em “Atenção à saúde”, é importante destacar que ela se constitui a partir de uma perspectiva interdisciplinar, coletiva e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença resulta da interação e do protagonismo de todos os envolvidos no processo de cuidar: trabalhadores, gestores e usuários. Consiste, portanto, numa modalidade ampla de compreensão que engloba tanto atividades assistenciais, quanto ações políticas, sociais e de saúde no campo da promoção (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006; MATTA, MOROSINI, 2008). A partir desse entendimento, essa grande dimensão no ML delimita-se em dois grandes domínios de atuação fisioterapêutica: “Assistência à Saúde da Criança” e “Processo de Trabalho”.

Tais domínios foram divididos para fins didáticos, mas as ações propostas para cada um deles são interdependentes no cotidiano de atuação dos profissionais. Para fins de compreensão do ML, é importante destacar o significado de cada um desses domínios, segundo a concepção adotada pelos atores envolvidos na sua elaboração. Entende-se “Assistência” como uma categoria da atenção à saúde, baseada no contato direto e na interação do profissional com o usuário, sua família e/ou cuidador, com vistas à resolução das demandas de saúde, pelo desenvolvimento de atividades de caráter assistencial (ambulatorial, domiciliar,

entre outros), incluindo ações preventivas, educativas, de recuperação e manutenção da saúde (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006). Já “Processo de Trabalho” refere-se ao modo como acontece a prática dos trabalhadores inseridos no cotidiano de produção e consumo dos serviços de saúde. Corresponde ao conjunto de metodologias e instrumentos pelos quais o profissional atua, a fim de resolver os problemas e as necessidades de saúde que norteiam seu trabalho (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2008).

Uma vez estabelecidos, para cada domínio foram formuladas as competências profissionais. Para o primeiro foi definida a competência “Organização da Assistência”. Já para o segundo, foram determinadas como competências profissionais: “organização do processo de trabalho”; “articulação em rede”; “articulação intersetorial”; e “infraestrutura e equipamentos”.

A fim de contemplar as competências propostas para cada domínio, as ações esperadas para a prática fisioterapêutica foram organizadas em eixos, compreendidos como as linhas condutoras que servirão de base para mobilização e orientação de elementos e atividades a serem desenvolvidos pelo profissional (ABENFISIO, 2016).

Nesse contexto, foram determinados os seguintes eixos:

- No Domínio “Avaliação, Intervenção, Acompanhamento, Intervenção no Contexto Domiciliar e Intervenção no Contexto Educacional e Desportos;
 - No Domínio “Processo de Trabalho”
 - I) Em sua competência “Organização do processo de trabalho” - Trabalho Uniprofissional e Trabalho Interprofissional;
 - II) Em sua competência “Articulação em Rede” - Conhecimento da Rede e Comunicação em Rede;
 - III) Em sua competência “Articulação Intersetorial” - Articulação com outros setores;
 - IV) Em sua competência “Infraestrutura e equipamentos” - Instalação Física; Materiais, equipamentos e insumos; e Recursos Humanos.

Nas seções seguintes, estão dispostas as ações para cada eixo, de acordo com o que o grupo que compôs os encontros de profissionais considerou como fundamental para uma atenção de qualidade, integral e resolutiva.

4. Organização por eixos

4.1 DOMÍNIO ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

4.1.1 EIXOS DE AÇÃO PARA A COMPETÊNCIA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

4.1.1.1 EIXO AVALIAÇÃO

Os primeiros anos de vida da criança são marcados pela grande plasticidade do tecido nervoso, de modo que seu crescimento e amadurecimento encontram-se sujeitos a diferentes agravos, o que justifica a importância do acompanhamento durante este período (BRASIL, 2013). Essa grande plasticidade também estende-se ao tecido muscular e ósseo. Alguns fatores pré-natais, perinatais e pós-natais atuam sobre os diversos sistemas e podem ser identificados como prejudiciais para um desenvolvimento infantil adequado, bem como a influência de fatores sociais e ambientais, que geram a necessidade de uma investigação e acompanhamento da criança a curto, médio e longo prazo.

A detecção precoce de alterações no desenvolvimento infantil é um desafio constante para os profissionais de saúde envolvidos na reabilitação pediátrica, entre os quais os fisioterapeutas, sendo ainda considerada uma habilidade de difícil entendimento pelos profissionais da atenção primária (SANTOS, 2004; GIACHETTA, 2010). Por isso, a importância da identificação e elaboração de instrumentos de avaliação integral, multiprofissional e autoexplicativo, que englobem aspectos básicos como dados pessoais, histórico clínico da gravidez e familiar, breve revisão dos sistemas fisiológicos, uso de medicamentos, condição clínica da criança, itinerário terapêutico, contexto socioeconômico, familiar e educacional, além da relação/vínculo entre cuidador/família e criança.

Na busca de sinais clínicos a serem investigados, os profissionais devem ter um olhar integral no âmbito de todos os sistemas existentes no

corpo humano: neuromusculoesquelético, cardiorrespiratório, visual, tegumentar, gastrointestinal, uroginecológico e proctológico. Os aspectos cognitivos, comportamentais, psicossociais e demográficos são imprescindíveis, devendo ser valorizados no primeiro contato terapeuta/paciente.

Como recursos a serem observados, as equipes de saúde devem buscar instrumentos que norteiem a vigilância do desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, seja nas informações oriundas da percepção dos pais e/ou cuidadores, ou de instrumentos já instituídos a exemplo do Diário de Rotina, Caderneta da Criança, Prontuários e Exames Complementares. Como instrumentos multiprofissionais, com olhar integral para o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, disponibiliza-se ainda a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância-AIDPI, DENVER II, *Ages & Stages Questionnaires* (ASQ-3), Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (CIF, 2015) entre outros.

Para acompanhamento e intervenção nas crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus o Ministério da Saúde lançou em 2016 o Plano Nacional de Enfrentamento a Microcefalia - *Diretrizes de Estimulação Precoce, Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia*, posteriormente também foi ofertado através da plataforma AVASUS o curso “Estimulação Precoce”. (BRASIL, 2016) Também com apoio do Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN), a Associação Brasileira para o Desenvolvimento e Divulgação do Conceito Neurofuncional (ABRADIMENE) e os conselhos regionais de profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais elaboraram a cartilha “Diagnóstico: Microcefalia. E agora?” que consta sobre características clínicas das crianças bem como condutas terapêuticas e atenção sobre as crianças e suas famílias (COFFITO, 2016).

No âmbito da Fisioterapia, recomenda-se que nos primeiros anos de vida de uma criança, o Fisioterapeuta realize uma avaliação mais específica, no âmbito cinético-funcional, seja nas atividades de vida diária, nas atividades de lazer e/ou nas desportivas. O objetivo principal dessa avaliação é identificar disfunções, déficits estruturais, limitações de atividades e/ou restrições à participação dos sistemas neuromusculoesquelético, cardiorrespiratório, visual, tegumentar, gastrointestinal, uroginecológico e/ou proctológico. Na especificidade do olhar da Fisioterapia, o profissional deve investigar o controle postural e do movimento (mobilidade, estabilidade, mobilidade sobre estabilidade) para aquisição e aperfeiçoamento de habilidades funcionais das crianças, correlacionando-as aos sistemas citados acima e que foram identificados como deficitários. Os relatos da família e/ou cuidadores devem ser valorizados.



FIGURA 4 - Avaliação fisioterapêutica de paciente pediátrico em Clínica Escola do Recife

A vigilância do desenvolvimento da criança pelo profissional de saúde, em parceria com a família e a comunidade na qual está inserida, nos três primeiros anos de vida, favorece uma maior possibilidade de adaptação aos estímulos que recebe do ambiente e das terapias (BRASIL, 2013). Por essa razão, algumas escalas de avaliação do desenvolvimento infantil são utilizadas no mundo, a fim de possibilitar precocemente a detecção de alterações, o fornecimento de informações a respeito do nível de capacidade da criança ou dos marcos por ela alcançados, quantificando e qualificando o seu desempenho em diferentes domínios. Isso permite a elaboração de metas mais reais de tratamento, com o norteamo de ações terapêuticas eficientes e eficazes, além de possibilitar a demonstração dos ganhos obtidos pela criança aos seus familiares (BRASIL, 2016). Muitas dessas ferramentas também permitem a reavaliação da conduta pelo profissional e direcionamento de novas metas de tratamento.

Desde 2009, o COFFITO reconhece a relevância da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), recomendando sua utilização para atenção e cuidado na prática fisioterapêutica, desde o momento da emissão do Diagnóstico Fisioterapêutico. Isto porque o modelo multidirecional proposto favorece ao mapeamento das necessidades funcionais das crianças, incluindo os fatores ambientais e pessoais como determinantes da funcionalidade, da incapacidade e da saúde. A CIF foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, e através da resolução da OMS 54.21, seu uso foi recomendado pelos países membros (COFFITO, RESOLUÇÃO nº 370/2009).

No Brasil, a aplicação de escalas

para avaliação do desenvolvimento infantil alcançou maior espaço com o reconhecimento de que estas podem auxiliar pesquisadores e profissionais de saúde através de uma ferramenta complementar de avaliação (SANTOS, 2004; SILVA 2011; SACANNI e VALENTINI 2012; SILVA 2013;). As escalas avaliam diversos aspectos, tais como: sinais neurológicos precoces atípicos durante o período neonatal; aquisições motoras em diferentes faixas etárias; qualidade do movimento, controle e alinhamento postural, equilíbrio e coordenação, e desempenho funcional de crianças na execução de atividades de vida diária (BRASIL, 2016).

O exame criterioso das desordens motoras infantis bem como a escolha da escala mais apropriada é, geralmente, atribuição do fisioterapeuta. Este seleciona a escala de acordo com a praticidade do exame físico e a propriedade psicométrica efetiva do teste. No entanto, a aplicação de escalas de desenvolvimento motor pode ser realizada por diversos profissionais de saúde desde que exista bom entendimento do desenvolvimento infantil e familiaridade com o teste escolhido (JENG et al. 2000; MANACERO e NUNES, 2008; SILVA, 2013).

Há, entretanto, uma escassez de instrumentos validados para aplicação em crianças brasileiras e vale destacar ainda que toda ferramenta utilizada para triagem do desenvolvimento infantil apresenta vantagens e desvantagens a depender da familiaridade dos profissionais que a utilizam, do serviço prestado, do tipo de escala, das características da amostra estudada, entre outros. Vale salientar também que a escolha deve considerar: a rapidez e facilidade de aplicação, o baixo custo do instrumento e a aceitação pelas

crianças e sua família, além de possuir boa sensibilidade e especificidade (SOUZA et al., 2008).

As recomendações listadas neste Caderno pretendem auxiliar o fisioterapeuta nas ferramentas disponíveis e possíveis de serem aplicadas na avaliação do desenvolvimento infantil em seu contexto de trabalho. Portanto, é fundamental considerar o nível de atenção à saúde no qual o profissional desempenha suas atividades (Atenção Primária, atendimento ambulatorial, atendimento hospitalar ou Unidade de Terapia Intensiva) para a eleição do instrumento de avaliação a ser utilizado.

Vale salientar que o uso de um instrumento de avaliação, além de considerar os aspectos já citados anteriormente, também passa pela necessidade de acompanhamento do desenvolvimento da criança por qualquer profissional da saúde, em qualquer nível de atenção e por alteração decorrente em qualquer sistema, de modo que tal instrumento precisa ser universal e de fácil aplicação para, minimamente, instituir a vigilância sistemática ao desenvolvimento infantil, a fim de nortear a intervenção a ser adotada, bem como servir de triagem para uma avaliação mais especializada e/ou em outro nível de complexidade de atenção, que necessite de um aprofundamento teórico/formação na área.

A avaliação das complicações pulmonares, tão comuns em crianças com disfunções neurológicas será abordada no Anexo I, para que os profissionais possam reconhecer os distúrbios e possíveis causas de desconforto respiratório, principal motivo de internação desses pacientes.

Por fim, ressalta-se que o processo avaliativo é imprescindível para a construção do plano terapêutico a ser adotado para uma

intervenção fisioterapêutica de excelência, mas para o alcance desse objetivo, alguns aspectos necessitam ser observados, tais como: os achados provenientes da avaliação e/ou dos instrumentos utilizados; a experiência ou habilidade profissional quanto à aplicação de métodos, técnicas

e recursos terapêuticos da fisioterapia a serem utilizados; as expectativas, desejos e opinião da criança e familiares; a competência da família para seguimento da intervenção no domicílio; e as evidências científicas vigentes.

Quadro 1. Ações esperadas referentes ao eixo “Avaliação”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: AVALIAÇÃO		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Aplicar instrumento de avaliação integral, multiprofissional e autoexplicativo, que englobe aspectos básicos para nortear condutas e encaminhamentos	<p>ANAMNESE: dados pessoais; histórico clínico da gravidez e familiar; uso de medicamentos; condição clínica da criança; itinerário terapêutico; contexto socioeconômico, familiar e educacional; e relação/vínculo entre cuidador/família e criança</p> <p>Exame físico no âmbito dos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sistemas cardiorrespiratório, neuromusculoesquelético, visual, tegumentar, gastrointestinal, uroginecológico e proctológico 2. Aspectos cognitivos (inteligência, atenção e memória) 3. Aspectos comportamentais (irritabilidade, estado de alerta, interação, motivação, qualidade do sono, tolerância ao manuseio e interação com terapeuta e ambiente) 4. Aspectos psicossociais e demográficos: acessibilidade* e dados referentes a equipamentos sociais* disponíveis que podem oferecer retaguarda às famílias, além dos dados de cobertura por ESF 5. Aspectos domiciliares: condições da moradia, organização do ambiente e acessibilidade 	<p>Diário de rotina (entrevista para investigação da rotina)</p> <p>Percepção dos pais e/ou cuidadores</p> <p>Caderneta da criança</p> <p>AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância) - 0 a 2 anos</p> <p>DENVER II - 0 a 6 anos</p> <p>CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde)</p> <p>ASQ-3 (Ages & Stages Questionnaires)</p> <p>Prontuários</p> <p>Exames Complementares (Laudos e Relatórios)</p>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Realizar acolhimento e escuta da família, individual ou em grupo	<p>Instrumentos de avaliação</p> <p>Prontuários</p> <p>Bases de dados científicas, como Pubmed, Lilacs, PEDro, Portal Saúde Baseada em Evidências (Ministério da Saúde), entre outras</p>	<p>Vínculo e comunicação com a família</p> <p>Orientação à família e cuidadores</p> <p>Grupos terapêuticos</p> <p>Encaminhamentos e articulação com/ para outros profissionais</p> <p>Prontuário</p>
Mapear fragilidades e potencialidades da família e sua rede de apoio	<p>Interação criança ambiente/ terapeuta/familiares</p> <p>Potencial da família no cuidado</p> <p>Percepção do cuidador em relação à evolução da criança</p> <p>Existência de rede de apoio à família/RAS/rede de suporte social</p>	<p>Visita Domiciliar (Atenção Básica)</p> <p>Comunicação com a família da criança</p> <p>Comunicação entre serviços da RAS</p> <p>Ficha de referência e contrarreferência</p> <p>Ecomapa e Genograma</p>
Realizar avaliação fisioterapêutica no âmbito cinético funcional nas AVD, atividades de lazer e desportivas	<p>Disfunções, déficits estruturais, limitações de atividades e restrições à participação dos sistemas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neuromusculoesquelético 2. Cardiorrespiratório 3. Visual 4. Tegumentar 5. Gastrointestinal 6. Uroginecológico e proctológico <p>Controle postural e do movimento (mobilidade, estabilidade, mobilidade sobre estabilidade) para aquisição e aperfeiçoamento de habilidades funcionais</p>	<p>Ficha de avaliação funcional específica para cada um dos sistemas</p> <p>Testes e exames</p> <p>Prontuário</p> <p>Visitas técnicas em ambientes domiciliares, escolares e de prática esportivas</p>
Adotar instrumentos/escalas/softwares de avaliação que englobem aspectos específicos da fisioterapia	<p>Validade (conteúdo, população)</p> <p>Consistência do material</p> <p>Confiabilidade</p> <p>Aplicabilidade prática (exequibilidade e viabilidade)</p> <p>Sensibilidade, especificidade e razão de verossimilhança</p>	<p>AIMS</p> <p>Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil</p> <p>David Werner</p> <p>GMFCS</p> <p>GMFM</p> <p>Método de conduta visual de lactentes</p> <p>MFM</p> <p>PEDI</p> <p>PRETCHL</p> <p>TIMP</p>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Construir plano terapêutico	<p>Achados provenientes da avaliação e/ou dos instrumentos utilizados</p> <p>Experiência ou habilidade profissional quanto à aplicação de métodos, técnicas e recursos terapêuticos da fisioterapia</p> <p>Expectativas, desejos e opinião da criança e familiares</p> <p>Competência da família para seguimento no domicílio</p> <p>Evidências científicas vigentes</p>	<p>Instrumento de avaliação fisioterapêutica no âmbito cinético- funcional;</p> <p>Instrumento/escala/software de avaliação que englobe aspectos específicos da fisioterapia;</p> <p>Prontuários</p> <p>Educação permanente e continuada</p> <p>Bases de dados científicas, como Pubmed, Lilacs, SciELO, COCHRANE, Portal Saúde Baseada em Evidências</p> <p>Cadernos e manuais fornecidos pelo Ministério da Saúde entre outros</p>



Você sabia que antes do Fisioterapeuta iniciar um atendimento é preciso que seja feita uma consulta para construir o diagnóstico fisioterapêutico (Resolução COFFITO nº 08/1978)? Mas lembre-se, não é competência do Fisioterapeuta emitir diagnóstico clínico!

Outra coisa, de acordo com os Parâmetros Assistenciais da Fisioterapia, numa jornada de trabalho de seis horas diárias, o Fisioterapeuta pediátrico só pode fazer 02 consultas para avaliações (Resoluções COFFITO nº 387/2011 e nº 444/2014)

4.1.1.2 EIXO INTERVENÇÃO

A contribuição da Fisioterapia no contexto do desenvolvimento infantil abrange os aspectos relacionados à evolução da motricidade e intervenção sobre os diversos sistemas (SANTOS, 2004), buscando a maior funcionalidade possível do indivíduo, garantindo ao mesmo sua independência funcional. Nessa perspectiva, possibilita-se o oferecimento à criança com disfunção, condições de conhecer o mundo e dele participar de forma ativa (SHEPERD, 1981).

A avaliação e o tratamento fisioterapêutico precisam ser individualizados e específicos às necessidades da criança, no entanto, é preciso

ter o foco no desenvolvimento de movimentos funcionais significativos e na promoção de saúde e condicionamento físico a longo prazo (EFFGEN, 2007). Realizar acolhimento e escuta da família, individual ou em grupo, é necessário para garantir a especificidade do tratamento que está sendo proposto, além de promover o vínculo e comunicação com a família. Em contrapartida, nesse momento de acolhimento, já podem ser fornecidas orientações à família e cuidadores, favorecendo encaminhamentos e articulação, interprofissional ou mesmo, intersetorial.

A intervenção fisioterapêutica deve ser baseada nos achados provenientes do Eixo Avaliação e envolver os aspectos da repercussão da patologia sobre os diversos

sistemas corporais com garantia de um olhar integral sobre a saúde da criança. Para o sucesso da intervenção, faz-se necessário considerar as informações oriundas da escuta terapêutica contínua do cuidador/família, de um processo de avaliação continuada, da integralidade no cuidado, da interação entre os achados dos diversos sistemas que foram identificados no Eixo Avaliação, da disponibilidade de recursos materiais nos ambientes de intervenção (serviços de saúde e domicílio), não deixando de considerar as evidências científicas que fundamentam a frequência e a duração dos atendimentos para assistência fisioterapêutica de qualidade.

Ao potencializar o desenvolvimento global de lactentes, as intervenções devem ser implementadas através de tarefas diversificadas com intervalos de aprendizagem apropriados, os quais consideram a capacidade da criança de manter a informação e integrar essa informação em novos desafios (ALMEIDA e VALENTINI, 2010). As atividades do cotidiano podem ser treinadas no lactente e na criança deficiente do mesmo modo que são treinados em crianças saudáveis. Todo treinamento deve ser específico em relação à tarefa e ao contexto, e é importante destacar que a criança execute determinada tarefa em diversas condições ambientais (SHEPERD, 1981).



FIGURA 5 - Abordagem inicial na intervenção fisioterapêutica na Síndrome Congênita do Zika Vírus, em ação social ocorrida em clínica particular do Recife

A criança com deficiência precisa aprender a organizar as partes do seu corpo para ser capaz de atingir determinado objetivo e assegurar a captação das informações importantes advindas do ambiente. Além disso, o aprendizado das habilidades motoras depende da prática supervisionada, da motivação e do conhecimento da meta e dos resultados. É importante que a atividade que se pratica seja desejável e faça sentido para a criança (SHEPERD, 1981).

O fisioterapeuta deve compreender os diversos componentes envolvidos no controle e aprendizado motor, como também na biomecânica corporal para ser capaz de facilitar a recuperação funcional dos diversos sistemas do corpo humano (EFGEN, 2007), visto que esses conhecimentos fornecem bases neurofisiológicas para melhor estruturação do programa terapêutico e aprimoramento das técnicas de reabilitação (LANZA et al., 2012). Por exemplo, a insistência precoce de posições eretas do corpo assume importância fundamental na criança com deficiência, pois estas permitem a aquisição do comportamento necessário à orientação e a capacidade de exploração e resposta ao ambiente em que a criança está inserida (SHEPERD, 1981).

Através de movimentos básicos, a criança adquire habilidade no desempenho dos atos necessários ao seu dia a dia, assim como dos atos que podem fazer parte das atividades de lazer, esporte e do trabalho (SHEPERD, 1981). Vale considerar, que algumas destas atividades podem ser melhor desempenhadas com auxílio de alguma adaptação ou recurso de assistência por parte da criança.

Neste contexto, o fisioterapeuta exerce um papel fundamental junto à seleção, aquisição, modificação/adaptação e implementação de dispositivos de tecnologia assistiva. E, nessa ação terapêutica, mais uma vez, constata-se que o fisioterapeuta necessita avaliar: as capacidades físicas, sensoriais e cognitivas das crianças;

os déficits estruturais e disfunções do corpo para o uso de recursos e serviços da tecnologia assistiva; as limitações de atividades e restrições à participação. É preciso também que esse profissional tenha conhecimento da natureza do diagnóstico e do prognóstico da deficiência da criança.

No que concerne à tecnologia assistiva, apenas o conhecimento sobre conceitos da biomecânica corporal para interpretar a postura e movimentos apresentados pela criança é insuficiente. É preciso que o fisioterapeuta tenha conhecimento sobre recursos e equipamentos que possam ser utilizados pela criança para adequação de aspectos biomecânicos (postura e movimento), como também sobre serviços da tecnologia assistiva disponíveis na Rede de Atenção à Saúde - RAS, para que encaminhamentos necessários possam ser realizados de forma eficaz.

O terapeuta deve lembrar que a intervenção fisioterapêutica é apenas um dos diversos aspectos que envolvem o desenvolvimento infantil de forma que os objetivos terapêuticos (goal setting) devem ser específicos (specific), mensuráveis (measurable), factíveis (attainable), realistas (realistic) e devem ter um prazo limite para alcance (timely), permitindo que a criança e sua família alcancem sucesso e sintam-se valorizadas (EFGEN, 2007).

A participação da família é fundamental para a melhora do desempenho da criança e esta deve ocorrer de forma ativa junto à intervenção, para que se obtenha repetição das tarefas orientadas e sucesso no programa terapêutico (SHEPERD, 1981). Logo, o processo de acolhimento da família deve ser contínuo, fornecendo sempre que necessário orientações, inclusive sobre os direitos das crianças, seja no âmbito da saúde quanto no da seguridade social, isso a depender dos contextos socioeconômicos e psicossociais nos quais a família esteja inserida. Para isso, o fisioterapeuta deve se apropriar das cartilhas,

manuais, legislações e Políticas Públicas (serviços da RAS e programas de inclusão para crianças e suas famílias) que tratem dessa temática.

Em suma, a intervenção fisioterapêutica deve considerar a biomecânica dos movimentos, as características musculares, o contexto ambiental e os diversos aspectos que envolvem a disfunção infantil (SHEPERD, 1981). As técnicas utilizadas na reabilitação devem envolver a identificação do objetivo, orientação verbal, feedback auditivo e visual, condução manual e prática (SHEPERD, 1981). Entretanto, tudo isso depende da complexidade da assistência prestada e das ferramentas tecnológicas (apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, entre outras disponíveis).

Como o conteúdo apresentado desse Caderno propõe direcionar profissionais a prestarem uma assistência fisioterapêutica integral à criança de 0-3 anos, a discussão sobre o Eixo Intervenção foi desenvolvida a partir das limitações e restrições funcionais das crianças, na maioria das vezes relacionadas aos aspectos motores provenientes de alterações tônicas e de movimento. Ressaltamos aqui que, à medida que a criança cresce, e seu desenvolvimento não é compatível com o padrão típico esperado, disfunções funcionais são observadas em outros sistemas do corpo, como no cardiorrespiratório, visual, tegumentar, gastrointestinal, uroginecológico e proctológico.



FIGURA 6 - atendimento individual realizado em atendimento domiciliar por fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), da cidade do Recife.

No contexto infantil, as avaliações e intervenções clínicas e fisioterapêuticas específicas devem ser realizadas o mais precocemente possível, utilizando-se da referência/contrarreferência à rede especializada.

Em serviços nos quais as demandas sejam demasiadas frente a determinado serviço ou clínica, vale destacar a possibilidade de qualificação das filas de espera para otimização da assistência à criança.

Quadro 2. Ações esperadas referentes ao eixo “Intervenção”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: INTERVENÇÃO		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Realizar acolhimento e escuta da família, individual ou em grupo	Instrumentos de avaliação conforme apresentado no Eixo Avaliação Prontuários Bases de dados científicas, como Pubmed, Lilacs, PEDro, Portal Saúde Baseada em Evidências (Ministério da Saúde), entre outras	Vínculo e comunicação com a família Orientação à família e cuidadores Grupos terapêuticos Encaminhamentos e articulação com/para outros profissionais Prontuário
Realizar assistência fisioterapêutica integral, individual e/ou em grupo, a partir do plano terapêutico	Achados provenientes do Eixo Avaliação: disfunções, déficits estruturais, limitações de atividades e restrições à participação dos diversos sistemas Informações oriundas da escuta terapêutica contínua do cuidador/família	Prontuário Métodos, técnicas e recursos fisioterapêuticos, além de materiais, equipamentos e adaptações do mobiliário que visem a reestruturação funcional da criança em suas atividades de vida diária, de lazer e de desportos, buscando as especificidades das necessidades identificadas na avaliação, em todos os sistemas

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
	<p>Processo de avaliação continuada</p> <p>Integralidade no cuidado</p> <p>Interação entre os achados dos diversos sistemas que foram identificados no Eixo Avaliação</p> <p>Disponibilidade de recursos materiais nos ambientes de intervenção (serviços de saúde e domicílio)</p> <p>Evidências científicas que fundamentem a frequência e a duração dos atendimentos para assistência fisioterapêutica</p>	<p>Atividades terapêuticas funcionais, individuais ou em grupo, de acordo com a complexidade da assistência e das ferramentas tecnológicas* disponíveis</p> <p>Sala de espera: otimização do tempo de espera para acesso ao tratamento</p> <p>Atendimentos sistemáticos, com frequência e duração determinada pelo profissional</p> <p>Duração mínima do atendimento de 30 minutos, seguindo os Parâmetros Assistenciais da Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 387/2011 e nº 444/2014)</p>
<p>Indicar, prescrever e confeccionar recursos da tecnologia assistiva</p>	<p>Capacidades físicas, sensoriais e cognitivas das crianças</p> <p>Demanda advinda dos déficits estruturais e disfunções do corpo para o uso de recursos e serviços da tecnologia assistiva</p> <p>Demanda para uso da tecnologia assistiva por conta das limitações de atividades e restrições à participação</p> <p>Conhecimento da natureza do diagnóstico e do prognóstico da deficiência da criança</p>	<p>Conhecimento sobre conceitos da biomecânica para interpretar a postura e movimentos apresentados pela criança</p> <p>Conhecimento do profissional sobre recursos e equipamentos que possam ser utilizados pela criança para adequação de aspectos biomecânicos (postura e movimento)</p> <p>Conhecimento do profissional sobre serviços da tecnologia assistiva disponíveis na Rede de Atenção à Saúde - RAS, para prováveis encaminhamentos</p>



Você sabia que após cada intervenção, é preciso que o Fisioterapeuta responsável faça o registro da conduta realizada no prontuário do paciente (Resolução COFFITO nº 414/2012)? Os atendimentos fisioterapêuticos devem buscar a recuperação funcional do paciente, por meio de diversos recursos terapêuticos para a obtenção de ganhos posturais ou de movimentos (Resolução COFFITO nº 80/1987).

Ainda tem mais... na jornada de trabalho de seis horas diárias, o Fisioterapeuta só pode fazer 08 atendimentos em pacientes pediátricos (Resolução COFFITO nº 387/2011 e nº 444/2014). Em unidades de terapia intensiva, neonatal ou pediátrica, o profissional deve estar atento as normatizações da RDC7 e da Portaria nº 930/2012 do Ministério da Saúde).

Os atendimentos em grupo também são permitidos (de até 06 pacientes/hora/Fisioterapeuta), desde que os responsáveis pelas crianças concordem. Entretanto é preciso que o profissional selecione os pacientes de forma a garantir um equilíbrio entre os diversos tipos de perfil e estados de saúde da criança, buscando a manutenção do quadro e/ou de prevenção e recondicionamento funcional. Normalmente são incluídas nos grupos, as crianças com quadros crônicos e estabilizados (Resolução COFFITO nº 387/2011 e nº 444/2014).

4.1.1.3 EIXO ACOMPANHAMENTO

Ao fisioterapeuta cabe acompanhar o seguimento da criança, observando suas singularidades e tendo como base a avaliação e o planejamento das atividades para a execução do programa terapêutico adequado individualmente. Faz-se necessário o estabelecimento de formas de monitoramento da criança, seja de maneira direta, pela qual o profissional programa retornos periódicos nos quais realiza a avaliação do desenvolvimento, do crescimento e dos aspectos sensoriais, motores e respiratórios, por exemplo, seja de maneira indireta, através da verificação regular de registros em instrumentos como a cademeta de saúde da criança, com o objetivo de promover a vigilância à saúde infantil (DAVID et al., 2013).

Considerando a reabilitação, o estabelecimento de objetivos essenciais a esse processo tem na avaliação cinético-funcional sua maior fonte de dados, tomando-a fundamental na identificação de características da criança que orientem a elaboração de estratégias de trabalho melhor adaptadas e específicas às suas necessidades. Além disso, é imprescindível a reavaliação periódica, a fim de possibilitar uma nova tomada de decisão sobre o sujeito avaliado, uma vez que a reabilitação se caracteriza não por ser estática, mas por ser um processo contínuo de transformação (POLIDORI et al., 2011).

Os aspectos relacionados à reavaliação incluem itens a serem abordados junto ao usuário e família, mapeando suas necessidades práticas, as quais estão voltadas às questões funcionais e suas necessidades, vinculadas às questões de apoio social, emocional e psicológico. Tais aspectos, quando considerados no planejamento para a alta, produzem resultados mais efetivos quando as crianças retornam ao seu ambiente natural, facilitando o enfrentamento dos desafios de sua nova situação de vida (SCHIER, 2004).

É importante o acompanhamento das aquisições no desenvolvimento neuropsicomotor, bem como os ganhos/adaptações comportamentais e o desempenho

funcional ao longo do processo terapêutico. Crianças com uso de recurso de tecnologia assistiva devem ser reavaliadas constantemente pelo profissional, sendo necessário apoio constante da família no entendimento da sua importância e continuidade de uso e reposições necessárias.

Deve-se considerar que, para uma garantia de atenção integral à criança, é preciso a ampliação do olhar para além da Assistência com inter-relação da organização da Assistência com o Processo de Trabalho. Sendo assim, no Eixo Acompanhamento é necessário existir a discussão dos casos com outros profissionais, além do fisioterapeuta, que acompanham a criança e sua família. Como princípios a serem seguidos, orienta-se a leitura dos Eixos Trabalho Interprofissional (da Competência Organização do Processo de Trabalho) e Comunicação em Rede (da Competência Articulação em Rede), apresentados neste Caderno no Domínio Processo de Trabalho.

Os resultados das atividades terapêuticas realizadas também precisam de reavaliação antes da liberação do usuário. Isto é fundamental quando se pensa nos esclarecimentos e encaminhamentos imprescindíveis à garantia de continuidade do cuidado pela equipe de saúde que vai receber o usuário após a alta. Nesse sentido, na prática assistencial, a alta terapêutica consiste numa decisão consensual interprofissional, a fim de que cada categoria possa, em tempo, realizar procedimentos e preparar a contrarreferência para outro ponto de atenção da RAS ou até mesmo para o domicílio (SUZUKI, CARMONA e LIMA, 2011). Mais uma vez, ressalta-se aqui a importância do Domínio Processo de Trabalho no embasamento dessa discussão.

O momento de alta do acompanhamento de fisioterapia deve ser planejado com cautela junto à família e ser baseado em aspectos como alcance de objetivos a curto e médio prazo (de acordo com o plano terapêutico), estabelecimento de critérios específicos junto aos serviços especializados e principalmente na possibilidade de estabelecimento de encaminhamento para outros serviços/ou profissionais, bem como, o estabelecimento de rede de apoio à família e suporte social. Nesse sentido,

vale ressaltar a importância do conhecimento por parte do profissional quanto às potencialidades da família e quanto à rede de apoio de assistência disponível.

Após toda essa explanação, vale ressaltar a importância da utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como ferramenta eficaz e norteadora para o processo de acompanhamento e determinação de tratamentos fisioterapêuticos, conforme previsto pela Resolução nº 370/2009 do COFFITO. Lembrando que a CIF pode ser utilizada como ferramenta estatística (na coleta e registro de dados, nos sistemas de gerenciamento

de informações), ferramenta de pesquisa (para medir resultados, qualidade de vida ou fatores ambientais), ferramenta clínica (na avaliação de necessidades, compatibilidade dos tratamentos com as condições específicas, reabilitação e avaliação dos resultados), ferramenta de política social (no planejamento dos sistemas de previdência social, sistemas de compensação e projetos e implantação de políticas públicas) ou mesmo como ferramenta pedagógica (na elaboração de programas de educação em saúde, ou mesmo nas estratégias de educação permanente dos profissionais, a fim de aumentar a conscientização e realização de ações sociais) (CIF, 2015).

Quadro 3. Ações esperadas referentes ao eixo “Acompanhamento”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: ACOMPANHAMENTO		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Observar evolução clínica e realizar reavaliação periódica da criança	<p>Aspectos comportamentais da criança (irritabilidade, estado de alerta, interação, motivação, qualidade do sono, tolerância ao manuseio e interação com terapeuta e ambiente)</p> <p>Aquisições do DNPM</p> <p>Capacidade/desempenho funcional a partir da análise do controle postural e do movimento (mobilidade, estabilidade, mobilidade sobre estabilidade)</p> <p>Evolução dos déficits estruturais, disfunções, limitações de atividades e restrições à participação dos sistemas registrados no Eixo Avaliação</p> <p>Interferência da tecnologia assistiva nos objetivos terapêuticos diretos, principalmente a nível de aquisição de habilidades funcionais; como também nos desenvolvimentos sensorial, motor, cognitivo, perceptivo, emocional e social</p>	<p>Percepção dos pais e/ou cuidadores</p> <p>Instrumentos de avaliação de acordo com o Eixo Avaliação</p> <p>Planos terapêuticos de acordo com o Eixo Intervenção</p> <p>Exames Complementares (Laudos e Relatórios)</p> <p>Prontuário</p> <p>Agenda protegida: horário reservado na agenda para realização de Reavaliações, a cada 30 dias</p>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
<p>Discutir os casos com os outros profissionais que acompanham a criança e sua família, de acordo com os Eixos Trabalho Interprofissional e Comunicação em Rede</p>	<p>Resposta da criança ao tratamento de acordo com a ação “Observar evolução clínica e realizar reavaliação periódica da criança” do Eixo Acompanhamento</p> <p>Existência de plano terapêutico de acordo com o Eixo Intervenção</p> <p>Potencial da família no cuidado</p> <p>Existência de rede de apoio à família</p> <p>Critérios segundo a ação “planejar a alta fisioterapêutica” do Eixo Acompanhamento</p> <p>Encaminhamento para outros profissionais/serviços.</p>	<p>Planos terapêuticos</p> <p>Instrumentos de anamnese e avaliação de acordo com o Eixo Avaliação</p> <p>Exames Complementares (Laudos e Relatórios)</p> <p>Instrumento de registro da discussão do caso, inclusive no prontuário</p> <p>Agenda protegida para reuniões multiprofissionais e reuniões intersetoriais, quando necessário</p>
<p>Mapear fragilidades e potencialidades da família e sua rede de apoio</p>	<p>Interação criança ambiente/terapeuta/familiares</p> <p>Potencial da família no cuidado</p> <p>Percepção do cuidador em relação à evolução da criança</p> <p>Existência de rede de apoio à família/RAS/rede de suporte social</p>	<p>Visita Domiciliar (Atenção Básica)</p> <p>Comunicação com a família da criança</p> <p>Comunicação entre serviços da RAS</p> <p>Ficha de referência e contrarreferência</p> <p>Ecomapa e Genograma</p>
<p>Planejar a alta fisioterapêutica</p>	<p>Assiduidade da criança</p> <p>Alcance de objetivos/metasp do plano terapêutico, segundo eixo trabalho uniprofissional</p> <p>Critérios institucionais para “alta”</p> <p>Encaminhamento a outros profissionais/serviços</p> <p>Existência de rede de apoio à família/RAS/rede de suporte social</p>	<p>Ata de frequência e registro em prontuário</p> <p>Instrumentos de avaliação de acordo com o Eixo Avaliação</p> <p>Metas do Plano terapêutico de acordo com o Eixo Intervenção</p> <p>Comunicação entre serviços da RAS de acordo com Eixo Comunicação em Rede</p> <p>Comunicação com a família da criança</p> <p>Instrumentos de referência e contrarreferência</p>
<p>Estabelecer estratégias de cuidado e manutenção do vínculo pós-alta</p>	<p>Existência de comunicação entre os profissionais que acompanham as crianças e suas famílias em diferentes pontos de atenção à saúde e em diferentes setores, segundo eixos comunicação em rede e articulação com outros setores, respectivamente</p>	<p>Comunicação entre serviços de acordo com eixos comunicação em rede e articulação com outros setores</p>



Você sabia que o Fisioterapeuta, para conseguir acompanhar a evolução de seu paciente, deve fazer sistematicamente uma nova consulta para reavaliação da criança, inclusive para analisar a possibilidade de alta? Para essa consulta, é permitida a cobrança de honorários, que devem respeitar os valores mínimos estipulados pelo Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (Resolução COFFITO nº 482/2017).

Desde 2009, a CIF é recomendada como sendo a ferramenta ideal para o acompanhamento da evolução funcional do paciente (Resolução COFFITO nº 370/2009). A partir da consulta para avaliação e elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, o Fisioterapeuta estará apto a emitir atestados, relatórios técnicos e pareceres (Resolução COFFITO nº 464/2016), sendo importante que as informações contidas nestes documentos sejam baseadas na CIF.

4.1.1.4 EIXO INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DOMICILIAR

Uma das necessidades para ampliar o escopo de possibilidades de atuação do profissional na atenção à saúde, na perspectiva de alcance da integralidade, é a continuidade do cuidado em diferentes pontos da RAS, entendendo o próprio domicílio como mais um ponto de atenção dessa rede (BRITO et al., 2013). Ao se entender o domicílio como fonte de estímulo às habilidades psicomotoras, intelectivas e proximais ao complexo ambiente relacional humano familiar, o estabelecimento de vínculo nesse ambiente, proporcionando relações mais próximas com usuários e familiares assistidos, facilita a adesão ao tratamento e a mudança comportamental do indivíduo e da coletividade. Nesse sentido, cabe ao fisioterapeuta cuidar, orientar e capacitar usuários e familiares no contexto domiciliar, a fim de compartilhar saberes que possam otimizar e satisfazer as necessidades do ente familiar dependente de cuidados (SOUZA et al., 2013).

Como ações específicas pertencentes a esse Eixo, os Fisioterapeutas devem orientar a família e cuidadores quanto a sinais de alerta

que indiquem a necessidade de avaliação por um profissional de saúde; devem realizar ações multiprofissionais assistenciais e educativas; além de indicar, prescrever e analisar os resultados das ações realizadas no domicílio, incluindo a tecnologia assistiva.

Independente da ação a ser desenvolvida, o profissional deve mergulhar no contexto familiar, o que exige compreensão e conhecimento do ambiente no qual a criança está inserida e um olhar diferenciado sobre a dinâmica de relações e a singularidade de cada família. É preciso desenvolver a escuta, o diálogo e o vínculo de confiança, o que permite ultrapassar os limites dos problemas clínicos do paciente, deparando-se com importantes fatores que influenciam o processo saúde-doença – questões sociais, econômicas, culturais e relacionais. Essa aproximação do contexto domiciliar pode promover uma melhor intervenção para a recuperação e promoção da saúde, de maneira abrangente, diferenciada, personalizada e humanizada, centrada nas necessidades do usuário e associada ao uso de diferentes saberes além do científico, o que favorece a integralidade do cuidado (BRITO et al., 2013; SANTANA et al., 2013; DIAS et al., 2015).

É importante ressaltar que, quando se delega à família a corresponsabilização de todos os seus membros no processo de cuidar a fim de alcançar resolutividade, faz-se necessário o entendimento dessa estrutura familiar e seus afazeres, bem como o tempo despendido para o cuidar e as alterações sofridas no cotidiano, sobretudo no aspecto da renda e do estresse físico e emocional decorrentes da sobrecarga imposta por esse cuidado, o que demanda uma negociação com a família pensando na atenção de forma integral. Tal entendimento requer do profissional sensibilidade para criar e aproveitar oportunidades de desenvolvimento do respeito e da confiança mútuos, a fim de incluir a



FIGURA 7 - Criança posicionada em cadeira confeccionada na I Oficina de Adequadores de baixo custo, organizada pelo Grupo de Trabalho do CREFITO 1 para Síndrome Congênita do Zika Virus em parceria com fisioterapeuta da USP

família nas intervenções e a encorajá-la a colaborar sistematicamente (GENNARO e BARHAM, 2014).

Portanto, é fundamental ao profissional conhecer as concepções dos pais, suas atitudes e valores, as dificuldades e barreiras que os cuidadores podem enfrentar na realização das atividades solicitadas, bem como os pontos fortes da família que podem potencializar o cuidado no domicílio (GENNARO e BARHAM, 2014). Mais ainda, a abordagem familiar para o seguimento das pactuações a serem desenvolvidas no ambiente doméstico não deve ser restrita ao indivíduo acometido por alguma patologia, mas deve procurar envolver comunidade, trabalhadores, associações e todos os que de alguma forma podem contribuir na produção do cuidado em rede (DIAS et al., 2015).

Conforme pode ser observado no quadro 4, a intervenção fisioterapêutica no contexto domiciliar deve ter coerência com as ações desenvolvidas nos outros eixos aqui apresentados, o de avaliação, intervenção e acompanhamento, pois só assim haverá a continuidade da assistência prestada. Para que o sucesso esteja garantido, o fisioterapeuta deve repensar o processo de trabalho valorizando os eixos “trabalho uniprofissional”, “trabalho interprofissional”, “conhecimento da rede” e “comunicação da rede”.

Por exemplo, no “trabalho uniprofissional”, todos os fisioterapeutas que prestam a assistência à criança devem ser identificados, independente dos níveis de complexidade que atuem ou dos locais e serviços de atuação. Os fisioterapeutas que atuam na atenção básica podem e devem assumir essa responsabilidade sobre o contexto domiciliar. Todas as fragilidades que possam existir na integração desses eixos, e mais especificamente, em relação à RAS serão amenizadas a partir do momento que a família, cuidadores e comunidade sejam escutados e inseridos na assistência a partir da facilitação e valorização proporcionada pelo fisioterapeuta.

Quadro 4. Ações esperadas referentes ao eixo “Intervenção no Contexto Domiciliar”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DOMICILIAR		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Orientar a família e cuidadores quanto a sinais de alerta de comorbidades que indiquem a necessidade de avaliação por um profissional de saúde	<p>Conhecimento da família quanto a sinais de alerta que possam indicar a presença de algumas comorbidades, como convulsões, dispnéia, entre outros</p> <p>Nível de instrução da família</p>	<p>Parâmetros para identificação de sinais de alerta, a partir da elaboração de um check list específico, tanto de aspectos motores como respiratórios</p> <p>Comunicação e vínculo entre profissional e família</p> <p>Visita domiciliar</p>
Realizar ações multiprofissionais assistenciais e educativas	<p>Reconhecimento do contexto domiciliar: estrutura, acessibilidade e mobiliário</p> <p>Reconhecimento da rotina e das necessidades da criança para continuidade do tratamento no domicílio: comportamento, posicionamento, mobilidade, deslocamento, AVD, formas de lazer e de recreação (como o brincar)</p> <p>Vínculo entre terapeuta, família e criança</p> <p>Reconhecimento das relações estabelecidas na família</p> <p>Devolutivas família/cuidador e dúvidas com relação ao cuidar e quando as orientações repassadas</p>	<p>Equipe interprofissional</p> <p>Interconsulta: consulta compartilhada, contato a distância</p> <p>Comunicação e vínculo entre profissional e família</p> <p>Orientações sobre os métodos de manuseio para encorajar o desenvolvimento da criança</p> <p>Materiais, equipamentos e mobiliário disponíveis no domicílio</p> <p>Órteses, adaptações e dispositivos que possam assumir um papel de assistência ao tratamento diário da criança em sua casa</p>
Indicar, prescrever e analisar os resultados das ações realizadas no domicílio, incluindo a tecnologia assistiva	<p>Ver a ação “Indicar e prescrever recursos e serviços da tecnologia assistiva” do Eixo Intervenção</p> <p>Capacidades físicas, sensoriais e cognitivas das crianças</p> <p>Déficits estruturais e disfunções do corpo da criança</p>	<p>Ver a ação “Indicar e prescrever recursos e serviços da tecnologia assistiva” do Eixo Intervenção</p> <p>Percepção da família quanto à evolução funcional da criança</p> <p>CIF (de acordo com os Eixos Avaliação e Acompanhamento)</p>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
	<p>Déficits estruturais e disfunções do corpo da criança</p> <p>Limitações de atividades e restrições à participação</p> <p>Análise dos fatores ambientais em que a criança está inserida</p> <p>Evolução das habilidades funcionais da criança</p>	



No domicílio, as ações a serem desenvolvidas pelo Fisioterapeuta devem visar a promoção da saúde da criança, a prevenção de agravos e a recuperação funcional, além de cuidados paliativos. Essa atenção pode compreender a consulta, o atendimento e a internação domiciliar, conforme a Resolução COFFFITO nº 474/2016. Para atenção domiciliar/Home Care, devem ser seguidos os parâmetros de assistência fisioterapêutica domiciliar (Resoluções nº 387/2011 e nº 444/2014).

Você sabia que, mesmo na assistência domiciliar, o Fisioterapeuta deverá fazer o registro em prontuário da conduta realizada? O prontuário deve ser mantido no domicílio do paciente, sob os seus cuidados ou da família (Resolução COFFFITO nº 474/2016).

4.1.1.5 EIXO INTERVENÇÃO NO CONTEXTO EDUCACIONAL E DESPORTOS

Os avanços obtidos na ordem internacional em favor da infância e da juventude, preconizados pela Organização das Nações Unidas, foram inseridos na legislação brasileira pelo artigo 227 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2016). Esse artigo constitucional discorre sobre o conjunto de responsabilidades das gerações adultas para com a infância e a adolescência:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar

e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (...)

Esse artigo demonstra claramente a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, em relação à garantia de diversos direitos, incluindo a educação e o lazer. A referência inicial à família explicita sua condição de esfera primeira, natural e básica de atenção, cabendo ao Estado garantir condições mínimas para que a família exerça sua função e ao mesmo tempo, para que não recaia sobre ela toda a responsabilidade e ônus.

Em julho de 2015, é instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), também conhecida como LBI, sendo destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das

liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. No Art. 43, inciso III, trata:

III - assegurar a participação da pessoa com deficiência em jogos e atividades recreativas, esportivas, de lazer, culturais e artísticas, inclusive no sistema escolar, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Entendendo esses direitos, a visão do fisioterapeuta na atenção integral à criança, deve englobar o contexto educacional e do desporto, que inclusive também estão assegurados na Constituição Federal, em seu capítulo III, que trata especificamente da Educação, da Cultura e do Desporto. Na Seção I são apresentadas as questões da educação, dos Art. 205 ao 214; quanto ao desporto, há apenas o Art. 217 que declara o fomento à prática desportiva como um dever do estado, além de declará-la um direito individual.

No contexto educacional, o fisioterapeuta, em ação conjunta com uma equipe interdisciplinar, tem o papel de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, contribuindo, particularmente, para o melhor aproveitamento do aluno com deficiência, visto que são amplas as suas possibilidades de auxílio neste ambiente (NETO e BLASCOVI-ASSIS, 2009). A atuação do fisioterapeuta na perspectiva da inclusão escolar busca as adaptações necessárias ao desenvolvimento de uma maior independência e autonomia funcional do aluno com deficiência, oportunizando um melhor aprendizado e uma melhor socialização no contexto escolar (MELO e PEREIRA, 2013).

Cabe ao fisioterapeuta observar os alunos no contexto educacional e buscar soluções que os auxiliem na realização das tarefas escolares, adequando o ambiente de acordo

com suas capacidades e intervindo também no campo social. Nesse sentido, a atuação do fisioterapeuta vai desde às questões posturais, de locomoção, adequação do mobiliário escolar e recursos pedagógicos, visando à eliminação de barreiras arquitetônicas e à melhora da acessibilidade para incentivo à funcionalidade e participação ativa no meio, até a realização de ações educativas de interação mútua junto aos funcionários da escola, pais e alunos, auxiliando o processo de inclusão por meio de mudanças, atitudes e posicionamentos da comunidade escolar (MELO e PEREIRA, 2013).

No contexto do desporto, que inclui a prática esportiva, seja ela a nível recreacional ou competitiva, a inserção da criança, inclusive as com necessidades especiais, é considerada como um paradigma, segundo Doré et al., 1997: “[...] a noção de “full inclusion” prescreve a educação de todos os alunos nas escolas e classes de bairro [...] reflete mais clara e precisamente o que é adequado: todas as crianças devem ser incluídas na vida social e educacional da escola e classe de seu bairro, e não somente colocadas no curso geral (“mainstream”) da escola e da vida comunitária, depois de ele já ter sido excluído”.

Ainda no século XXI, esse paradigma ainda existe, apesar da história do desporto para as pessoas com necessidades especiais ter começado na Inglaterra, na segunda guerra mundial, com duas correntes de pensamento. Uma delas, com enfoque médico, utilizando o esporte como auxílio na reabilitação, buscando não só o valor terapêutico, mas o poder de suscitar novas possibilidades, o que resultou em maior interação dessas pessoas. Outra corrente, vinda dos Estados Unidos, utilizava o enfoque esportivo como forma de inserção social, dando a conotação competitiva utilizada pelo desporto. Essas correntes, no decorrer da história, cruzam-se formando objetivos

comuns. Saindo do componente médico-terapêutico, estendem-se à incorporação da prática esportiva e do desporto de rendimento, procurando a integração do atleta e sua reabilitação social (COSTA e SOUSA, 2004).

O fisioterapeuta é um dos profissionais, na perspectiva do trabalho interprofissional, que facilitará a adaptação da criança ao grupo, numa atividade esportiva. O esporte é essencial para que o indivíduo aprenda a viver em comunidade, uma vez que o outro (o atleta-competidor) é mais do que nunca causa de realização e aperfeiçoamento do indivíduo que vê no seu opositor, ao mesmo tempo, parâmetro comparativo para medir seus valores e desafio para seus limites. Disputar, concorrer, sem perder a capacidade de valorar, fazer a escolha constitutiva de bens, de dar sentido aos atos, às coisas e aos fenômenos são fatos que ocorrem por meio do intercâmbio da comunicação humana onde o desporto assume papel relevante. Destarte ser digno, ter uma vida com dignidade, é respeitar-se a si mesmo, respeitar o outro e se fazer respeitar, asseverando que o fim da sociedade é o bem comum dela mesma, do corpo social, isto é, das pessoas que são partes do todo, pois o bem comum consagra a ordem de bem viver (TEIXEIRA, 1999).

Outro grande benefício da prática do desporto é a vontade, podendo também ser entendida como motivação. Ela proporciona o controle tanto sobre a inteligência como sobre os sentidos, as emoções e os músculos. A vontade leva a ter disciplina e forma o caráter, manifestado externamente como personalidade. A disciplina educa o próprio uso da liberdade, ensinando ser possível chegar à vitória com honestidade. Aí percebe-se o valor do esporte, pelas possibilidades que oferece na sua prática de auto-educar a vontade. Na superação dos obstáculos, a vontade impõe-

se à fadiga, insistindo para que o esforço, o entusiasmo, a perseverança do atleta se prolonguem até o final da partida (FERRIGOLO e FERRIGOLO, 2002).

Além da integração, Rosadas (1994) destaca outros princípios que podem ser valorizados na prática esportiva da criança deficiente, que são a normalização e a individualização, princípios esses relevantes para o sucesso da aquisição de habilidades funcionais, que poderão ser extrapolados para o mundo além do esporte. Para esse autor, o princípio da normalização preconiza a proposição de atividades que se aproximem o máximo possível das condições de normalidade, enquanto o princípio da individualização se refere ao incremento das potencialidades dos sujeitos em questão, sem perder de vista suas limitações e dificuldades. O princípio da individualização pode ser confrontado com os princípios do treinamento desportivo, que em linhas gerais potencializa as possibilidades e minimiza as dificuldades, ou seja, a partir de suas próprias características o sujeito é levado a desenvolver suas habilidades.

No quadro 5, das ações referentes ao Eixo Contexto Educacional e Desportos, o fisioterapeuta tem a responsabilidade de atender as demandas, dúvidas e dificuldades relacionadas às posturas e movimentos das crianças, bem como às suas habilidades funcionais, no realizar atividades junto aos professores, aos agentes de desenvolvimento infantil (ADI) e aos demais profissionais que atuam junto a educação e desportos. A partir do momento que essa aproximação com a equipe interprofissional da creche/escola e dos locais para práticas esportivas acontece, o fisioterapeuta deverá desenvolver atividades educativas (seja a partir de confecção de cartilhas, manuais, informativos; de reuniões interprofissionais; ou mesmo realização de

oficinas de matriciamento/ capacitação) para orientações quanto ao cuidado às crianças.

Toda a atuação fisioterapêutica deve ter coerência com os objetivos buscados nos Eixos aqui discutidos, desde o Eixo Avaliação, Eixo Intervenção, Eixo Acompanhamento e Eixo Contexto Domiciliar. Assim, as intervenções a serem realizadas no Eixo Contexto Educacional e Desportos, em sua maioria, estarão relacionadas à tecnologia assistiva,

que podem ser feitas na própria criança ou mesmo no ambiente, por isso que o contexto ambiental em que a criança está inserida para a realização de suas atividades, como rotina de atividades, estrutura física e mobiliário devem ser valorizados. Todas as intervenções devem objetivar a maximização das potencialidades funcionais das crianças, valorizando as performances das mesmas na escola e no esporte.

Quadro 5. Ações esperadas referentes ao eixo “Intervenção No Contexto Educacional E Desportos”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: INTERVENÇÃO NO CONTEXTO EDUCACIONAL E DESPORTOS		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Realizar acolhimento dos professores, ADI e demais profissionais em suas demandas, dúvidas e dificuldades relacionadas às crianças	Demandas, dúvidas e dificuldades de professores, ADI e demais profissionais relacionadas às posturas e movimentos das crianças, bem como às suas habilidades funcionais	Comunicação entre os profissionais da Saúde, Educação e Desportos: contato direto, relatórios, reuniões interprofissionais
Desenvolver atividades educativas para orientações quanto ao cuidado às crianças no ambiente da creche/escola e nos locais para práticas esportivas	Contexto ambiental em que a criança está inserida para a realização de suas atividades, como rotina de atividades, estrutura física e mobiliário Demandas, dúvidas e dificuldades de professores, ADI e demais profissionais relacionadas às atividades realizadas pelas crianças	Informativos, manuais, cartilhas Reuniões interprofissionais Oficinas de matriciamento/ capacitação
Intervir no ambiente da creche/escola e dos locais para práticas esportivas, a fim de torná-los facilitadores para a realização das habilidades funcionais das crianças	Ver a ação “Indicar e prescrever recursos e serviços da tecnologia assistiva” do Eixo Intervenção No ambiente da creche/escola e dos locais para práticas esportivas: 1. Identificação dos aspectos facilitadores 2. Identificação dos aspectos considerados como barreiras	CIF (de acordo com os Eixos Avaliação e Acompanhamento) Ver a ação “Indicar e prescrever recursos e serviços da tecnologia assistiva” do Eixo Intervenção



Como recomendado pela OMS e COFFITO, o Fisioterapeuta deve atuar segundo o modelo biopsicosocial, ampliando seu olhar para a identificação das alterações funcionais e estruturais das partes do corpo, das limitações de atividades, das restrições da participação social e envolvimento dos fatores ambientais (Resolução COFFITO nº 370/2009). Assim, as atividades educacionais e desportivas passam a ser uma preocupação para uma assistência integral da Fisioterapia, nessa perspectiva interprofissional.

Mas lembre-se, é permitido ao Fisioterapeuta atuar em qualquer cenário, desde que o objeto de seu trabalho esteja caracterizado, desde a emissão do diagnóstico, planejamento terapêutico, intervenção e acompanhamento. Todas as intervenções realizadas pelo profissional deverão ser registradas em prontuários ou relatórios, para que assim essa prática seja de conhecimento de toda a equipe envolvida.

Você sabia que existe a Especialidade Profissional da Fisioterapia Esportiva (Resolução COFFITO nº 395/2011)?

4.2 DOMÍNIO PROCESSO DE TRABALHO

4.2.1 EIXOS DE AÇÃO PARA A COMPETÊNCIA

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

4.2.1.1 EIXO TRABALHO UNIPROFISSIONAL

A atuação do fisioterapeuta encontra-se respaldada na conjunção entre a prática baseada em evidências científicas e os princípios da ética profissional. Para uma atenção de qualidade, a caracterização de seu trabalho fundamenta-se na saúde funcional e tem sua operacionalização posta através de: *consultas fisioterapêuticas*, realizadas antes do planejamento do atendimento, para a construção do diagnóstico fisioterapêutico; e *atendimentos fisioterapêuticos* nas disfunções dos diversos sistemas, nas esferas ambulatorial e domiciliar, em caráter preventivo ou de tratamento (COFFITO, 2013).

Na área da pediatria, o trabalho uniprofissional do fisioterapeuta consiste

em acompanhar a criança para o tratamento de possíveis alterações no crescimento e desenvolvimento. Existe a necessidade de adaptação do tratamento ao ambiente infantil, utilizando técnicas fisioterapêuticas neurofuncional e respiratória na melhoria da qualidade de vida da criança e da família, buscando a integração da criança ao convívio com a família e com a sociedade. O contexto deste fisioterapeuta e o nível assistencial onde este atua é que vão determinar os objetivos do plano terapêutico e de que maneira este será traçado, a fim de orientar a intervenção do profissional na assistência às crianças. Na Atenção Básica, o fisioterapeuta, pode ajudar a prevenir alguns problemas de saúde e intervir precocemente em alguns agravos mais comuns, ajudando assim a reduzir a demanda para os serviços especializados que disporão de mais vagas para viabilizar o acesso oportuno da criança com a SCZV à fisioterapia (DAVID et al., 2013).

Quadro 6. Ações esperadas referentes ao eixo “Trabalho uniprofissional”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: TRABALHO UNIPROFISSIONAL		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Construir plano terapêutico	Aspectos descritos na ação “Construir plano terapêutico” do Eixo Avaliação	Recursos descritos na ação “Construir plano terapêutico” do Eixo Avaliação
Conhecer e atuar segundo atos normativos de atuação clínica profissional, incluindo os que definem os papéis de outros profissionais da equipe interprofissional	Legislações vigentes junto ao Governo Federal e ao Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional - COFFITO Existência de atos normativos e diretrizes para atuação clínica da Fisioterapia	Atos normativos e diretrizes para atuação da Fisioterapia
Atuar em articulação com os outros serviços que compõem a RAS	Plano terapêutico Serviços que compõem a RAS Existência de protocolos clínicos	Fichas de acompanhamento e registro Matrizes de intervenção Protocolos clínicos Instrumentos de referência e contrarreferência Agenda protegida: horário reservado na agenda para discussão de casos clínicos e processo de trabalho
Identificar e participar de atividades de educação permanente e continuada	Demandas identificadas para desenvolvimento de atividades de educação permanente/ continuada	Agenda protegida: horário reservado na agenda para planejamento e desenvolvimento de atividades de educação permanente/continuada
Unificar termos / siglas utilizados nos registros a fim de facilitar a comunicação em rede	Existência de termos/siglas padronizados nos instrumentos de registro, referência e contrarreferência.	Termos técnicos universais CIF



A partir do momento em que o Fisioterapeuta adquire o registro profissional (Lei Federal nº 6.316/75), ele passa a ter o dever de manter-se atualizado sobre as normas vigentes que envolvem a sua profissão (Resolução COFFITO nº 424/2013). Em caso de descumprimento das normativas, o profissional pode responder processos éticos disciplinares com sanções que podem resultar numa advertência até o cancelamento do registro profissional (Lei Federal nº 6.316/75).

Recomenda-se que o Fisioterapeuta que atua em Pediatria obtenha título de especialista profissional reconhecido pelo COFFITO. É super simples: basta fazer uma prova e comprovar a experiência na área. Algumas das especialidades que abrangem a abordagem pediátrica é a Fisioterapia Neurofuncional (Resolução COFFITO nº 396/2011) e a Fisioterapia Respiratória (Resolução COFFITO nº 400/2011)

Você sabia que Profissionais que têm título de Especialista pode crescer em seus honorários, 20% do valor determinado pelo Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos (Resolução COFFITO nº 482/2017)?

4.2.1.2 EIXO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

As diferentes categorias profissionais em saúde possuem como atribuição comum o cuidado ao indivíduo em toda sua complexidade e multidimensionalidade (SCHERER, PIRES e JEAN, 2013). Tal objeto de trabalho requer uma abordagem em equipe interprofissional e com enfoque interdisciplinar, a fim de buscar a garantia da integralidade e da resolutividade do cuidado em saúde. Particularmente ao fisioterapeuta, no artigo 5º da resolução nº 4/2002 do Conselho Nacional de Educação, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Fisioterapia, já é prevista para sua formação a adoção de competências e habilidades específicas, dentre elas a atuação multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar com “extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e ética” (BRASIL. CNES/CES, 2002).

Na reformulação das práticas em saúde, a finalidade do processo de trabalho é promover o cuidado a partir de um conjunto de ações e serviços articulados em rede, tendo como base a atuação em equipe interprofissional e interdisciplinar na construção de projetos terapêuticos, nos quais profissionais de diferentes categorias atuam juntos, contribuindo de acordo com o seu conhecimento específico em busca da definição de prioridades e ações individuais e coletivas (SOUZA et al., 2013).

O trabalho em equipe a partir de uma atuação interdisciplinar valoriza a diferença de saberes como possibilidade de ampliação e potencialização da resolutividade da atenção aos problemas de saúde

enfrentados por uma dada população, visto que pressupõe o intercâmbio significativo de conceitos, teorias, métodos e práticas, promovendo a integração e a articulação dos profissionais envolvidos no processo de cuidar (BACKES et al., 2014). Nesse contexto, a interdisciplinaridade permite a comunicação entre as categorias profissionais, ultrapassando as fronteiras territoriais demarcadas pelos excessos disciplinares, distinguindo as competências específicas e comuns dessas categorias, ampliando o objeto de trabalho sem indefinição de seus respectivos papéis, concretizando a íntima relação entre conhecimento e ação, servindo como instrumento complexo de entendimento e enfrentamento de dificuldades do cotidiano, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho (SCHERER, PIRES e JEAN, 2013; BACKES et al., 2014).

A partir do entendimento de que o processo saúde-doença é gerado socialmente, no conjunto das relações existentes estabelecidas entre as pessoas, o meio ambiente e o estilo de vida e no uso que se faz dos recursos disponíveis, o trabalho em saúde torna-se sustentável na medida em que se compreende a dinâmica do contexto da clínica e os atravessamentos que agem no estado de saúde das pessoas. Nesse sentido, faz-se necessário um trabalho transdisciplinar: os profissionais precisam agir mediante suas competências, porém sob o entendimento do sujeito e seu repertório expressivo diante do contexto sociocultural, considerando a realidade da vida, do território e da clínica. Nesse processo, as demandas que surgem da reflexão diante do sujeito, da clínica, das práticas e dos saberes na saúde podem gerar aspectos que até então fogem da racionalidade científica,

extrapolando aquilo que é de conhecimento específico profissional, mas transversalizam o trabalho, a partir do momento em que o diálogo é estabelecido entre os profissionais, promovendo uma discussão crítica ante as demandas reais e possibilitando a geração de novas

práticas e novos saberes, num processo contínuo de criação em busca da resolutividade dos problemas apresentados (TEIXEIRA, BARBOSA e SILVA, 2014).

Quadro 7. Ações esperadas referentes ao eixo “Trabalho Interprofissional”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: TRABALHO INTERPROFISSIONAL		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Atuar de maneira multi/inter/transdisciplinar para contribuir com a integralidade da atenção	Existência de ações de matriciamento: interconsultas, atividades de educação permanente/discussões temáticas Atribuições de cada categoria profissional envolvida no cuidado	Ferramentas de análise e planejamento de intervenções Plano terapêutico Agenda protegida Ferramentas tecnológicas do Apoio Matricial Apoio do Telessaúde
Unificar termos/siglas utilizados nos registros a fim de facilitar a comunicação em equipe e em rede	Utilização de termos/siglas padronizados nos instrumentos de registro, referência e contrarreferência.	Termos técnicos universais CIF Atos normativos e diretrizes para atuação da Fisioterapia



Você sabia que Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos vigente contém 19 capítulos em seu anexo, compreendendo todos os níveis de atenção, designando procedimentos - de consulta, exames e testes funcionais, e atendimentos específicos nas diversas áreas de atuação da Fisioterapia, nos ambientes ambulatorial, hospitalar e domiciliar (Resolução COFFITO nº 482/2017)? Entretanto, a maioria dos exames e testes funcionais apresentados, além dos recursos terapêuticos utilizados nos atendimentos, são comuns à várias categorias profissionais.

Atualmente, na perspectiva da atenção integral do cuidado, dentro do trabalho interprofissional, discute-se muito o fato de que esses recursos não são privativos de uma determinada profissão, a não ser que esteja prevista em Lei Federal, após ter sido sancionada pelo Poder Executivo... Então, sendo assim, nas discussões do trabalho em equipe, é muito importante a definição prévia dos objetivos terapêuticos de cada profissão, para que não haja a invasão na especificidade do fazer de outra categoria profissional

Mediante conscientização da importância do trabalho interprofissional, esse Grupo de Trabalho fomentou oficinas para discussão dessa temática na perspectiva da Atenção integral à saúde da criança, com profissionais de diversas categorias, com experiência clínica e de gestão. Assim, em maio de 2017, no III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (2017), organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) foi construído o Modelo Lógico Multiprofissional (MLM), entendendo que este instrumento é um facilitador organizacional a ser utilizado na rotina do exercício profissional.

Este Modelo foi validado, meses depois, agosto 2017, em Salvador/BA, na primeira edição da Feira de Soluções para a Saúde, que é uma das ações que visam atender ao Eixo 3 (Fortalecer propostas de colaboração-cooperação na rede do complexo produtivo da saúde) do Projeto Plataforma de Vigilância de Longo Prazo para Zika Vírus e Microcefalia no âmbito do SUS, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Em novembro de 2017, na cidade de Maceió/AL, no I Congresso Internacional de Microcefalia e Audição, mais uma vez o material foi apresentado e discutido, para uma segunda validação.

Observando o MLM aqui apresentado, constata-se que a prática multiprofissional foi organizada a partir da identificação de Dimensão, Domínios e Competências. Considerou-se como Dimensão a “Atenção Integral à Saúde da Criança”, que fora delimitada em dois domínios de atuação multiprofissional: “Assistência à Saúde da Criança” e “Processo de Trabalho”. Todas as definições para entendimento deste MLM já fora explicado no Capítulo 3 deste Caderno – Trabalhando com Domínios e Competências.

Uma vez estabelecidos os domínios, foram formuladas as suas respectivas competências profissionais. Para o primeiro

foi definida a competência “Organização da Assistência”, que tem como linhas condutoras os seguintes eixos: Avaliação; Intervenção e Acompanhamento; Contexto Domiciliar; Contexto Educacional e Desportos; e Contexto social e comunitário.

Para o domínio “Processo de Trabalho” foram determinadas como competências profissionais a “organização do processo de trabalho” e “Infraestrutura e Equipamentos”. A primeira competência fora construída com o eixo de “Trabalho em Rede” (e seus sub-eixos de “Trabalho Uniprofissional” e “Trabalho Interprofissional”) e com o eixo de “Articulação em rede intra e intersetorial, governamental e não governamental” (com seus sub-eixos de “Conhecimento da Rede” e “Comunicação em Rede”).

A existência de sub-eixos na competência “organização do processo de trabalho” deve-se ao entendimento do grupo envolvido no processo de (re)elaboração do MLM como ações consideradas prioritárias para uma boa condução do processo de trabalho, com vistas à operacionalização da prática cotidiana uni e multiprofissional.

A outra competência do “Processo de Trabalho” teve como eixos norteadores “Instalação Física”; “Materiais, equipamentos, insumos e transporte” e “Recursos Humanos”.

Por fim, para cada eixo/sub-eixo estão dispostas as ações consideradas como fundamentais para uma atenção de qualidade, integral e resolutiva. Mas ressalta-se aqui, que a leitura das ações deve ocorrer de forma horizontal, não devendo obedecer uma hierarquização para sua concretização durante a prática profissional. Seguindo o mesmo raciocínio apresentado pelo ML da Fisioterapia, cada ação do MLM deverá ser pensada cocomitante com os aspectos a serem observados e com os recursos a serem utilizados no processo da assistência.

MODELO LÓGICO MULTIPROFISSIONAL

4.2.2 EIXOS DE AÇÃO PARA A COMPETÊNCIA ARTICULAÇÃO EM REDE

4.2.2.1 EIXOS CONHECIMENTO DA REDE E COMUNICAÇÃO EM REDE

A partir da compreensão de que nenhum serviço isoladamente dispõe da totalidade de recursos e competências necessários à resolução dos problemas de saúde da população em seus diferentes ciclos de vida, a RAS foi delineada com o objetivo de integrar os serviços de saúde, promovendo a complementaridade e a interdependência dos atores e organizações (BRITO et al., 2013). A RAS estrutura-se a partir de diferentes pontos de atenção com densidades tecnológicas distintas e propõe a organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados e coordenados entre si, objetivando proporcionar atenção contínua, integral, menos onerosa e de melhor qualidade (GIOVANELLA, 2011).

A descentralização da oferta é fundamental à garantia do acesso da população aos serviços de saúde, o que só é possível com a ênfase na municipalização, propondo ações e serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada, a fim de cobrir os 'vazios regionais de infraestrutura'. Uma vez que não seria viável alocar todos os serviços em todos os lugares, independentemente de seu tamanho, território e disponibilidade de equipamentos e recursos humanos, os serviços de saúde devem organizar-se de modo associativo, numa complementação permanente entre serviços mais simples e mais complexos, com estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência (CARVALHO, 2013). Isso vale, inclusive, para os serviços de tecnologia assistiva e exames complementares.

A implantação da RAS permite restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à

saúde e sua constituição se dá a partir de organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente. Os pontos de atenção à saúde implicam uma continuidade da atenção nos níveis primário, secundário e terciário, possuem missão e objetivos comuns e devem operar de maneira cooperativa e interdependente, intercambiando constantemente seus recursos. Devem ainda funcionar sob coordenação da Atenção Primária em Saúde (APS) e prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente. A falta de articulação entre os diferentes pontos da RAS, a insuficiência de fluxos formais entre os diferentes níveis de atenção e a desarticulação das políticas que os normatizam são entraves à garantia do cuidado integral, tomando incompleto esse processo na rede (MENDES, 2010).

O trabalho em rede, por sua vez, depende do modo como cada serviço atua diante do que é de sua responsabilidade, o que causa impactos sobre o agir do outro e pode gerar ou não a continuidade na produção do cuidado. Para a continuidade desse cuidado, faz-se necessário a integração entre os profissionais envolvidos no cuidado, entre esses e os usuários e entre os níveis assistenciais e os serviços que compõem a rede de atenção (BRITO et al., 2013). O mapeamento da rede de serviços de saúde por gestores e profissionais significa o primeiro passo para o estabelecimento de referência para população adscrita. Posto isso, são fundamentais a boa relação entre os diferentes pontos de atenção, o estabelecimento de instrumentos comuns de referência e contrarreferência, a criação e o fortalecimento de estruturas regulatórias, a organização dos fluxos e contrafluxos de atendimento e a implantação de sistema de informação com prontuário eletrônico, auxiliando na resolutividade da atenção (ERDMANN et al., 2013).



FIGURA 8 - Membro do Grupo de Trabalho do CREFITO 1 para crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, na apresentação do modelo lógico em capacitação de fisioterapeutas do Recife

Quadro 8. Ação esperada referente ao eixo “Conhecimento da rede”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: CONHECIMENTO DA REDE		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Ter informações sobre os serviços existentes na RAS	<p>Existência de serviços que compõem a RAS</p> <p>Existência e organização da Rede Cegonha e da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência</p> <p>Dados de cobertura</p> <p>Perfil de atendimento (profissional/demanda/serviço)</p> <p>Existência de fluxograma de acesso e encaminhamento</p>	<p>Informativos, manuais, cartilhas</p> <p>Página virtual</p> <p>Fluxogramas</p> <p>Protocolos de atenção</p>

Quadro 9. Ações esperadas referente ao eixo “Comunicação em rede”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA		
COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA		
EIXO: COMUNICAÇÃO EM REDE		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Conhecer itinerário terapêutico da criança e sua família dentro da RAS	Existência de: instrumentos de referência e contrarreferência; sistema de informação unificado e atualizado; bancos de dados dos serviços; e preenchimento da caderneta da criança	<p>Contato telefônico e/ou e-mail</p> <p>Prontuários/caderneta da criança preenchida</p> <p>Instrumentos de referência e contrarreferência</p> <p>Sistema de informação unificado e atualizado</p> <p>Reuniões interprofissionais</p> <p>Central de regulação</p>
Estabelecer estratégias de comunicação (Atenção Básica e especializada) para compartilhar e gerenciar o cuidado na RAS	Existência de comunicação entre os profissionais que acompanham as crianças e suas famílias em diferentes pontos de atenção à saúde.	<p>Contato telefônico e/ou e-mail</p> <p>Prontuários/caderneta da criança preenchida</p> <p>Instrumentos de referência e contrarreferência</p> <p>Sistema de informação unificado e atualizado</p> <p>Reuniões interprofissionais</p>

4.2.3 EIXOS DE AÇÃO PARA A COMPETÊNCIA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL

4.2.3.1 EIXO ARTICULAÇÃO COM OUTROS SETORES

O conceito ampliado de saúde exige muito mais do que garantir a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde, mas demanda dos profissionais e equipes o trabalho articulado com serviços que compõem outros setores. Enquanto fenômeno complexo, a saúde depende da articulação que é produzida entre os seus diversos determinantes e condicionantes sociais, tais como condições de vida, de trabalho, do meio ambiente e da cultura, sendo fundamental considerar a promoção da saúde enquanto processo resultante de um conjunto de ações intersetoriais. Educação, saúde, trabalho, transporte, assistência social, dentre outros devem ser setores envolvidos na formulação de ações estratégicas, planejadas em conjunto para o fortalecimento das ações em saúde (BRASIL, 2010a; GARCIA et al., 2015).

Para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença e alcançar resultados em saúde, a articulação

intersectorial torna-se imprescindível, de modo que os diferentes equipamentos devem estabelecer estratégias de comunicação, dentro e fora do seu setor, estruturadas por meio de conexão próxima entre seus diferentes profissionais, criando uma interdependência e corresponsabilização entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral e constituindo uma rede de proteção aos usuários (FERRO et al., 2014).

Atuar intersectorialmente significa ultrapassar a fragmentação do conhecimento e da prática em busca da unidade e da diversidade para melhor entendimento da realidade, integrando sujeitos de setores sociais diversos e articulando diferentes saberes, poderes e vontades, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto (GARCIA et al., 2015). Trabalhar, governar e construir políticas públicas na premissa da intersectorialidade contribui nas decisões de processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos, o que pode produzir efeitos mais significativos na saúde da população, melhorando a eficiência da gestão política e dos serviços prestados (BRASIL, 2010a).

Quadro 10. Ações esperadas referentes ao eixo “Articulação com outros setores”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA

COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

EIXO: ARTICULAÇÃO COM OUTROS SETORES (EDUCAÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL, JUSTIÇA, ESPORTE E LAZER, CULTURA, ETC.)

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Obter informações sobre os serviços existentes em outros setores de ações governamentais	Existência de serviços que compõem outros setores e ofertas disponíveis para auxiliar o cuidado integral; Existência de fluxograma de acesso e encaminhamento do serviço/setor ao qual a criança será assistida	Informativos, manuais, cartilhas, Legislações Página virtual Fluxogramas
Estabelecer estratégias de comunicação para compartilhar e gerenciar o cuidado intersectorialmente	Existência de comunicação entre os profissionais que acompanham as crianças e suas famílias em diferentes setores.	Contato telefônico e/ou e-mail Reuniões interprofissionais Instrumentos de referência e contrarreferência



Você sabia que para a instalação de qualquer serviço de fisioterapia, independente do número de profissionais envolvidos, é preciso que seja designado e informado ao CREFITO um Fisioterapeuta que assuma a responsabilidade técnica do mesmo (Resolução COFFITO nº 139/1992)? Cabe ao responsável técnico garantir a qualidade dos serviços prestados, tanto no âmbito da infraestrutura, de materiais/equipamentos/insumos e das técnicas utilizadas durante o atendimento aos pacientes.

Todo responsável técnico deve ter conhecimento do Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos - RNPF (Resolução COFFITO nº 482/2017), que é fundamentado em recomendações científicas e demandas epidemiológicas atuais, estabelecendo os respectivos índices mínimos de preços por procedimentos, baseados em estudo científico-financeiro. A precificação do RNPF tem exclusivo propósito ético-deontológico, demonstrando valores mínimos de sustentabilidade econômica dos serviços de Fisioterapia, necessários para subsidiar a qualidade e a segurança na assistência.

4.2.4 EIXOS AÇÃO PARA A COMPETÊNCIA INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

Os eixos dispostos para essa competência são entendidos como responsabilidade da gestão dos serviços de saúde, sendo componentes diretamente ligados à qualidade dos serviços e importantes para a garantia da integralidade da atenção. Nesse sentido, é fundamental salientar que o estabelecimento de medidas que reforcem a responsabilização dos gestores no sentido de aperfeiçoar os processos de planejamento das ações e de alocação de recursos tecnológicos, considerando a importância da redução das desigualdades geográficas e sociais e do desperdício de recursos públicos, é condição necessária para a obtenção da equidade e da integralidade do cuidado no setor saúde, com vistas a melhoria da qualidade dos serviços prestados (AMORIM, PINTO JUNIOR, SHIMIZU, 2015).

4.2.4.1 EIXO INSTALAÇÃO FÍSICA

No campo das políticas públicas de saúde, propõe-se a transformação dos modelos de atenção e gestão nos serviços e sistemas de saúde na perspectiva da humanização, sinalizando a necessidade de construção de novas relações entre usuários e trabalhadores, tornando-os protagonistas e corresponsáveis no processo de cuidar (BESTETTI, 2014). No âmbito dos serviços de saúde, a atenção prestada

não pode ser desvinculada do espaço físico no qual ela é promovida, uma vez que o ambiente influencia o trabalho e produz formas de cuidar, revelando-se também como uma importante estratégia de promoção da saúde. Nesse sentido, a instalação física de uma unidade de saúde deve oferecer condições dignas aos trabalhadores e usuários para concretizarem processos de grande complexidade (GARCIA et al., 2015). Para tanto, a Unidade de Saúde deve possuir boa condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, fluxo de usuários, pisos, paredes e tetos apropriados, além de instalações hidráulicas e elétricas adequadas (BRASIL, 2012).



FIGURA 9 - Ambiente projetado para assistência ambulatorial em fisioterapia na saúde da criança

A Política Nacional de Humanização representa um marco por considerar o ambiente enquanto lugar promotor de saúde, trazendo à tona a necessidade de reorganização dos serviços a partir das diretrizes centrais da acessibilidade e integralidade, buscando melhorias de sua ambiência (RONCHI e AVELLAR, 2013). A Ambiência na Saúde relaciona-se ao tratamento dado ao ambiente físico, compreendido enquanto espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve possibilitar atenção humana, acolhedora e resolutiva. A aplicação do conceito de ambiência no campo da saúde representa um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS, pois reconhece o serviço não só pelo seu aspecto concreto estrutural, vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, incorporando os recursos humanos, a

interação e o vínculo sociais estabelecidos entre usuários, familiares e trabalhadores, passando a considerar as situações que são construídas e que interferem no tratamento dos indivíduos e no processo de trabalho (BRASIL, 2010b; GARCIA et al., 2015).

Nesse sentido, o ambiente físico dos serviços de saúde precisa ser visto como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, devendo assegurar conforto físico e subjetivo para intervenções mais efetivas, como a disponibilidade de mobílias apropriadas, comunicação visual agradável, lugares adequados para momentos de conversas com os usuários, garantindo o direito à privacidade e o respeito à individualidade, valorizando uma atenção integral à saúde e estimulando atendimentos comprometidos com a produção de saúde (RONCHI e AVELLAR, 2013; GARCIA et al., 2015).

Quadro 11. Ações esperadas referentes ao eixo “Instalação física”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: PROCESSO DE TRABALHO		
COMPETÊNCIA: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS		
EIXO: INSTALAÇÃO FÍSICA		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Adequar ambiente de trabalho	Existência de: acessibilidade e ergonomia para o profissional e para a criança; boas condições de higiene; boa ventilação/ climatização; iluminação e acústica adequadas; e garantia de privacidade.	Incentivo financeiro Portarias do Ministério da Saúde e da ANVISA Normas da ABNT de acessibilidade, ambiência e segurança Legislações vigentes do COFFITO que tratem da temática em questão, a fim de garantir à sociedade uma assistência fisioterapêutica de qualidade



Você sabia que nos casos dos serviços em que a infraestrutura existente não atenda às normas do COFFITO, do Ministério da Saúde e da ANVISA, ou mesmo às normas de acessibilidade/iluminação/segurança da ABNT, será de total responsabilidade do profissional e do Responsável Técnico, qualquer dano causado ao paciente pela inobservância dessas normas (Resoluções COFFITO nº 139/1992 e nº 424/2013)?

4.2.4.2 EIXO MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS

Uma maior resolutividade das ações de saúde também depende da disponibilização de infraestrutura e equipamentos/materiais mínimos necessários ao cuidado prestado nos serviços de saúde. Desse modo, o planejamento das compras de equipamentos, insumos e material permanente deve ser realizado de modo a garantir a regularidade do abastecimento, o controle dos estoques e a manutenção dos equipamentos, visando a sua adequação e suficiência em tempo oportuno, a fim de assegurar a qualidade das ações ofertadas. Mais ainda, o planejamento e a execução dos serviços de manutenção devem ser realizados de maneira preventiva e corretiva, contínua e sistemática, uma vez que são essenciais para o bom

funcionamento das instalações físicas, equipamentos e instrumentais das unidades de saúde (BRASIL, 2012). Fazendo um recorte para a APS, segundo o Caderno de Atenção Básica número 39 (CAB-39), é de responsabilidade dos gestores garantir ainda condições para o deslocamento dos profissionais do NASF entre as Unidade Básica de Saúde (UBS) cobertas e para a realização de visitas domiciliares por meio de transporte oficial, ajuda de custo ou vale-transporte, sempre que necessário (BRASIL, 2014).

Paralelo a isso, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como óculos de acrílico, luvas, máscaras, capotes, gorros, entre outros, são de uso obrigatório garantido por lei e devem ser disponibilizados pelos serviços, a fim de promover proteção contra riscos capazes de ameaçar a segurança e a saúde tanto dos profissionais quanto dos usuários (BRASIL, 2012).

Quadro 12. Ações esperadas referentes ao eixo “Materiais, Equipamentos e Insumos”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: PROCESSO DE TRABALHO		
COMPETÊNCIA: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS		
EIXO: MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Disponibilizar materiais, equipamentos e insumos necessários ao trabalho	<p>Existência de equipamentos de Proteção Individual (EPI)</p> <p>Existência de materiais, equipamentos e insumos necessários ao trabalho</p> <p>Condição, limpeza, conservação, manutenção de materiais, equipamentos e insumos</p> <p>Reposição de materiais, equipamentos e insumos</p>	<p>EPI</p> <p>Materiais, equipamentos e insumos</p> <p>Incentivo financeiro</p> <p>Portarias do Ministério da Saúde e da ANVISA</p> <p>Legislações vigentes do COFFITO que tratem da temática em questão, a fim de garantir à sociedade uma assistência fisioterapêutica de qualidade</p>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Descentralizar oferta de tecnologias assistivas e exames complementares	Existência de: acessibilidade e ergonomia para o profissional e para a criança; boas condições de higiene; boa ventilação/climatização; iluminação e acústica adequadas; e garantia de privacidade.	Incentivo financeiro Portarias do Ministério da Saúde e da ANVISA Normas da ABNT de acessibilidade, ambiência e segurança Legislações vigentes do COFFITO que tratem da temática em questão, a fim de garantir à sociedade uma assistência fisioterapêutica de qualidade
Estabelecer parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) para aquisição / confecção de materiais necessários ao trabalho	Existência de demanda, encaminhamentos e projetos para aquisição/confecção de materiais necessários ao trabalho	Contato interinstitucional (serviços de saúde e IES) Projetos de pesquisa e/ ou extensão
Garantir deslocamento dos profissionais (Atenção Básica) e dos usuários, garantindo o acesso aos serviços	Existência de meios de deslocamento, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde Existência de casa de apoio dos municípios aos usuários	Portarias do Ministério da Saúde Veículo de TFD Casas de apoio Custeio de transporte/ transporte institucional para deslocamento dos profissionais



A depender do atendimento fisioterapêutico a ser realizado, alguns materiais, equipamentos e insumos são obrigatórios para a garantia da eficácia da técnica empregada, como também para a segurança do profissional ou do próprio paciente, segundo as normas de Biosegurança da ANVISA.

Você sabia que a continuidade da conduta terapêutica em condições inadequadas pode acarretar em infração ético-disciplinas e suas respectivas sanções legais (Resolução COFFITO nº 424/2013 e Lei Federal nº 6.316/75)? Por isso, o Fisioterapeuta, a fim de se resguardar, deverá sempre notificar o CREFITO sobre essas irregularidades, para que atos fiscalizatórios possam ser realizados (Resoluções COFFITO nº 139/1992 e nº 424/2013).

4.2.4.3 EIXO RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos constituem-se como elemento crucial na organização e no desempenho de qualquer estrutura social. No campo da saúde, as mudanças das práticas e a lógica do trabalho em rede exigem uma reordenação no campo da formação, além do vínculo e da qualificação permanente dos trabalhadores no sistema de saúde. No contexto

da saúde pública, a precariedade do vínculo empregatício, com a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores nos diferentes territórios, apresenta-se como um dos principais empecilhos à implantação e ao pleno desenvolvimento das RAS. A rotatividade de trabalhadores dificulta a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, além de exigir maior gasto de recursos públicos para capacitação e preparação dos novos profissionais que chegam aos serviços (ASSIS, ALVES e SANTOS, 2008; GONÇALVES et al., 2014).

Paralelo a isso, a insuficiência de profissionais preparados e/ou capacitados para o desempenho das atividades no sistema de saúde é considerada uma situação angustiante, que dificulta o desenvolvimento das ações necessárias à saúde da população e a resolução de demandas diagnosticadas na comunidade, gerando insatisfação no trabalho (ASSIS, ALVES e SANTOS, 2008; SILVA et al., 2015). Os cenários de atuação dos profissionais de saúde são os mais diversos e exigem diariamente atitudes que envolvem inteligência emocional, relações interpessoais, conhecimento e desenvolvimento de competências e habilidades para tomada de decisões a partir de uma postura crítico-reflexiva, o que denota a necessidade de formação para além da graduação. Nesse processo, as instituições de serviço têm papel fundamental no desenvolvimento das capacidades dos profissionais, de maneira a contribuir para essa formação, a fim de tornar os profissionais aptos a atuarem na perspectiva da integralidade do cuidado, buscando a segurança

deles próprios como trabalhadores e dos usuários e a resolubilidade do sistema de saúde (SILVA et al., 2015; FALKENBERG et al., 2014)

O enfrentamento desses problemas requer estratégias que supram necessidades que vão desde a formação, a inserção e a disponibilidade de profissionais no mundo do trabalho até o vínculo dos trabalhadores com o sistema de saúde, o que exige avanços das políticas de recursos humanos. Para tanto, tornam-se cruciais: a desprecarização do processo de trabalho; o desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores; a adequação do perfil profissional e a implantação de estratégias de educação continuada/permanente que permitam ascensão profissional e maior motivação, respeitando-se as necessidades dos serviços e a satisfação dos trabalhadores; a regulamentação de plano de carreira, cargos e salários; e mecanismos de compensação salarial (ASSIS, ALVES e SANTOS, 2008).

Quadro 13. Ações esperadas referentes ao eixo “Recursos Humanos”

DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA		
DOMÍNIO: PROCESSO DE TRABALHO		
COMPETÊNCIA: INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS		
EIXO: RECURSOS HUMANOS		
Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Compor quadro profissional dos serviços	<p>Existência de profissionais em quantidade adequada à demanda</p> <p>Tipo de vínculo empregatício de equipamentos de Proteção Individual (EPI)</p> <p>Existência de materiais, equipamentos e insumos necessários ao trabalho</p> <p>Condição, limpeza, conservação, manutenção de materiais, equipamentos e insumos</p> <p>Reposição de materiais, equipamentos e insumos</p>	<p>Profissionais, no quantitativo a fim de atender os Parâmetros Assistenciais da Fisioterapia</p> <p>Concurso público/processo seletivo</p> <p>CLT/prestação de serviços</p>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Promover atividades de educação na saúde para os profissionais dos serviços	Existência de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Formação complementar - especialização 2. Atualização/aperfeiçoamento 3. Política de educação permanente 4. Conhecimento e experiência profissional 5. Grupos de estudo 	Código de Ética de Fisioterapia (Resolução COFFITO nº 424/2013) Liberação de carga horária Custeio Plano de cargos e carreira - progressão por qualificação Telessaúde



É de total responsabilidade do Fisioterapeuta, proporcionar condições plenas para manter a assistência fisioterapêutica de qualidade, conforme as necessidades das crianças e de suas famílias (Resoluções COFFITO nº 424/ 2013 e nº 444/2014). Então, a educação permanente e continuada são imprescindíveis para que o profissional mantenha-se atualizado cientificamente e legalmente.

Por exemplo, você sabia que há legislação que assegura que o número de profissionais de um serviço de Fisioterapia deve ser compatível com a demanda de usuários vinculados ao mesmo (Resoluções COFFITO nº 387/2011 e nº 444/2014)? E que, em hipótese alguma, a escassez de recursos humanos deve ser compensada com a presença de estagiários ou leigos (Resoluções COFFITO nº 431/2013 e nº 432/2013)?



FIGURA 10 – Profissionais e Acadêmicos da Fisioterapia e de outras categorias profissionais participando do Simpósio Multiprofissional sobre a Síndrome Congênita do Zika Virus, em Faculdade particular do Recife.

5. Gestores

Como oferecer à criança uma assistência fisioterapêutica de qualidade?

Esse capítulo direciona-se à gestão dos serviços de saúde e tem como objetivo embasar os fisioterapeutas quanto às estratégias legais para o estímulo ao oferecimento de serviços de saúde que atendam às necessidades para uma assistência de qualidade às crianças. Além das ações propostas direcionadas aos gestores nos eixos dispostos na Competência Infraestrutura e equipamentos do Domínio Processo de Trabalho, faz-se necessário, para a execução de uma intervenção fisioterapêutica integral à saúde da criança, ressaltar os itens mais prevalentes de fragilidade na assistência prestada à sociedade, segundo mapeamento do Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 1ª Região.

As infrações mais comuns aos atos normativos que regem o exercício profissional da fisioterapia foram apresentados ao longo desse Caderno no item **VOCÊ SABIA?**, em ambos os Domínios: assistência e processo de trabalho. Evidenciamos que algumas ações do Domínio Processo de Trabalho interferem diretamente no Domínio Assistência à Saúde da Criança.

No que tange, especificamente à competência do Conselho Profissional da Fisioterapia, o Código de Ética vigente (RESOLUÇÃO COFFITO nº 424/2013) fundamenta o profissional, resumidamente, sobre os principais aspectos a serem atendidos e que, numa relação de trabalho deve ser respeitada pelos Gestores de serviço:

a) Para o exercício profissional da fisioterapia é obrigatória a inscrição no Conselho Regional da circunscrição em que atuar na forma da legislação em vigor, devendo o fisioterapeuta portar sua identificação profissional sempre que em exercício. Esse profissional deve observar as normatizações

e recomendações emanadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, mantendo-se sempre atualizado.

b) O fisioterapeuta somente deve aceitar atribuição ou assumir encargo, após avaliar sua própria capacidade técnica, a fim de garantir um desempenho seguro para a criança, em respeito aos direitos humanos, sempre tendo em vista a qualidade de vida da mesma e de sua família, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil.

c) O profissional deve se atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, amparando-se nos princípios da beneficência e da não maleficência, no desenvolvimento de sua profissão, inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente.

d) Todo fato em que o fisioterapeuta tenha conhecimento, e que seja tipificado como crime, contravenção ou infração ética, deve ser comunicado à chefia imediata da instituição em que trabalha ou à autoridade competente, a fim de que a criança/família sob sua responsabilidade esteja protegida contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde. Se necessário, essa comunicação deve ser formalizada à chefia imediata, à instituição, ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional e/ou outros órgãos competentes, a fim de que sejam tomadas as medidas

cabíveis para salvaguardar a saúde, a participação social, o conforto e a intimidade da criança e das famílias, ou mesmo a reputação profissional dos membros da equipe.

e) O cumprimento dos Parâmetros Assistenciais e do Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos normatizados pelo COFFITO devem ser valorizados, para que assim a qualidade da assistência prestada seja garantida. A título de exemplificação sobre os parâmetros assistenciais preconizados para a fisioterapia, no caso da assistência ambulatorial de crianças com desenvolvimento neuropsicomotor atípico, numa jornada de trabalho diária de 06 horas, só é permitida a realização de duas (02) consultas (1ª consulta e consultas posteriores para realização de anamnese, exame físico e complementares) e oito (08) pacientes para atendimento propriamente. Qualquer excedente nessa relação do número de atendimentos e horas de trabalho, será considerada como uma infração.

f) O fisioterapeuta deve zelar pela provisão e manutenção de adequada assistência ao seu cliente/paciente/usuário, amparados em métodos e técnicas reconhecidos ou regulamentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, devendo se responsabilizar pela elaboração do diagnóstico fisioterapêutico, instituir e aplicar o plano de tratamento e conceder alta para o cliente/paciente/usuário, ou, quando julgar necessário, encaminhar o

mesmo a outro profissional. É proibido ao profissional prescrever tratamento fisioterapêutico sem realização de consulta, exceto em caso de indubitável urgência. Toda a assistência prestada deve ser registrada em prontuário e ser mantida fora do alcance de estranhos à equipe de saúde da instituição, salvo quando outra conduta seja expressamente recomendada pela direção da instituição e que tenha amparo legal.

g) É proibido ao fisioterapeuta atender crianças que saiba estar em tratamento com colega, ressalvadas as seguintes hipóteses: a pedido do colega; em caso de indubitável urgência; e quando procurado espontaneamente pelo cliente/paciente/usuário. É terminantemente proibido o desvio de forma antiética para si ou para outrem, e, nos casos em que receber alguma criança para assistência confiado por colega, em razão de impedimento eventual deste, deve reencaminhar o cliente ao colega uma vez.

6. Glossário

Abordagem de intervenção: estratégias específicas selecionadas para direcionar o processo de intervenção que são baseadas no resultado desejado pelo cliente, nos dados da avaliação e na evidência.

Acessibilidade: tem amplo significado. Pode consistir na possibilidade de acesso a um lugar ou conjunto de lugares. Significa não apenas permitir que pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida participem de atividades que incluem o uso de produtos, serviços e informação, mas a inclusão e extensão do uso destes por todas as parcelas presentes em uma determinada população, visando sua adaptação e locomoção, eliminando as barreiras. Na arquitetura e no urbanismo, a acessibilidade visa eliminar os obstáculos existentes ao acesso, modernizando e incorporando essas pessoas ao convívio social, possibilitando a inclusão de toda população. Em informática, programas que provêm acessibilidade são ferramentas ou conjuntos de ferramentas que permitem que pessoas com deficiência (as mais variadas) se utilizem dos recursos que o computador oferece.

ADI (Agente de Desenvolvimento Infantil): é o profissional que auxilia no atendimento de crianças em creches e escolas, auxilia o professor na atuação junto ao processo educativo das crianças, e também na execução de atividades pedagógicas e recreativas diárias dos alunos.

AIDIP (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância): é considerada atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. É considerada a principal intervenção disponível para melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. Também representa um instrumento útil para

a detecção precoce e tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças menores de 5 anos de idade, contribui para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias, para a prevenção de doenças e para a promoção de saúde. A sua aplicação nos serviços de saúde e na comunidade pode produzir um importante impacto na redução do número de mortes na infância, na diminuição do número e gravidade das doenças que acometem esse grupo etário, assim como nas condições nutricionais e de desenvolvimento dos menores de cinco anos de idade.

AIMS (Alberta Infant Motor Scale): a Escala Motora Infantil de Alberta incorpora o conceito neuromaturacional e a teoria dos sistemas dinâmicos, além de ser usada para medir a maturação do motor amplo de recém-nascido desde o nascimento até a idade do andar independente.

Ambiente físico: ambiente não-humano natural ou construído, incluindo os objetos pertencentes a eles. O ambiente natural inclui o terreno geográfico, as plantas e os animais, bem como as qualidades sensoriais do entorno natural. O ambiente construído inclui edifícios, mobiliário, ferramentas e dispositivos.

Ambiente social: a presença, os relacionamentos e as expectativas de pessoas, grupos e populações com os quais os indivíduos têm contato (por exemplo, a disponibilidade e as expectativas das pessoas significativas, como cônjuge, amigos e cuidadores, a comunidade).

Aplicabilidade prática (exequibilidade e viabilidade): trata-se da pesquisa ligada à prática de conhecimento científico para fins explícitos de intervenção na realidade, mas sem

perder o rigor metodológico. A exequibilidade refere-se ao fato de que algo pode ser exequível, possível, realizável ou executável. Viabilidade, por sua vez, é o ato ou efeito de algo ser viável, ou seja, ter possibilidades de ser realizado, levando-se em consideração vários fatores, como se vai ter vantagens ou desvantagens, quais as consequências, qual a perspectiva.

Áreas de conhecimento: as áreas fundamentais do conhecimento humano compreendem as ciências naturais, sociais, humanas e da saúde.

ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires): é um instrumento para avaliação da criança, abrangendo cinco domínios do desenvolvimento infantil: (1) comunicação, (2) coordenação motora ampla, (3) coordenação motora fina, (4) resolução de problemas e (5) pessoal/social. Cobre todas as idades da primeira infância, desde um mês de vida até os cinco anos e meio de idade e, portanto, pode ser aplicado nas crianças em creche e em pré-escola. Caracteriza-se pela facilidade na aplicação, exigindo apenas que o informante conheça muito bem a criança avaliada.

Assistência Integral: constitui-se num conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Aspectos Psicossociais: a capacidade de interagir na sociedade e processar as emoções (envolve valores, interesses, habilidades interpessoais, autocontrole).

Aspectos Sensoriomotores: a capacidade de receber estímulo, processar as informações e produzir uma reação.

Articulação em Rede: em essência, corresponde à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da Rede.

Articulação intersetorial: relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor – educação, assistência social, justiça, entre outros - que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (TEIXEIRA, 2002; GARCIA et al., 2014).

Atitude: responsável pelo modo como o sujeito se comporta frente a uma situação. Esta envolve a postura ética, crítica e reflexiva, investigativa, humana, comunicacional. Como por exemplo: forma como o sujeito age e comporta em situações de cuidado (relação terapeuta-paciente), de trabalho em equipe, de solução de problemas de saúde. As atitudes são um dos aspectos que junto com outros elementos compõem as competências.

Atividade: é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Ela representa a perspectiva individual da funcionalidade.

Avaliação: processo de obtenção e interpretação dos dados necessários para a intervenção. Isso inclui planejar e documentar o processo de avaliação e seus resultados.

Barreiras: são fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam a incapacidade. Estes fatores incluem aspectos como um

ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.

Bases de dados científicas: são bases de dados bibliográficas, que têm como conteúdo referências de artigos e documentos científicos, com ou sem resumo. As principais bases de dados em saúde são: LILACS (Base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO, MEDLINE (Base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida), COCHRANE, entre outras.

Bem estar: é um termo geral que engloba o universo total dos domínios da vida humana, incluindo os aspectos físicos, mentais e sociais, que compõem o que pode ser chamado de uma “vida boa”.

Brincar: qualquer atividade espontânea ou organizada que proporciona prazer, diversão, distração, divertimento ou entretenimento.

Caderneta da Criança: também chamada de caderneta de saúde da criança. Foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reunir aspectos importantes da vida da criança, favorecendo o acompanhamento da mesma por parte dos profissionais e pais, como informações sobre vacinação, sobre crescimento entre outras. Também contém orientações gerais, como amamentação, quais vacinas devem ser aplicadas e o que fazer em caso de acidente doméstico.

Capacidade: é um constructo que indica, como qualificador, o nível máximo possível de

funcionalidade que uma pessoa pode atingir, num dado momento, em algum dos domínios incluídos em Atividades e Participação. A capacidade é medida num ambiente uniforme ou padrão refletindo assim a capacidade do indivíduo ajustada para o ambiente. O componente dos Fatores Ambientais pode ser utilizado para descrever as características deste ambiente uniforme ou padrão.

CIF: classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. É hoje o modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para saúde e incapacidade, constituindo a base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas nesta área (CIF, 2015).

Crescimento: é o aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos (BRASIL-CAB11, 2002).

Competência: substantivo que representa a capacidade profissional de mobilizar os recursos disponíveis, de modo articulado, para a resolução de determinada situação (PERRENOUD, 2002).

Conceito: dá o significado exato das expressões da linguagem e pode ser compreendido de modo universal por todas as pessoas.

Concepção: modo como a pessoa percebe/concebe determinada questão, tema ou conceito ao relacionar seu próprio eu com o seu fazer profissional e o meio no qual está inserido (como: instituição, cenário, alunos,

professores). Pode ser entendido como a representação daquilo que a pessoa construiu, como ser gerativo (que gera/produz) a partir de suas experiências e vivências, como seu modo de ver/conceber determinado tema.

Condição de saúde: são as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) também define saúde com um olhar mais funcional: “A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas).

Confiabilidade: é o grau com que o resultado de um teste reflete o quanto os valores observados estão correlacionados aos verdadeiros valores (CARMINES & ZELLER, 1979; CROCKER & ALGINA, 2006)

Conhecimento: pode ser compreendido pelas áreas do saber (conhecimentos teóricos e conceituais), áreas do saber fazer (da prática) bem como do saber o por quê (justificação do saber fazer) que se fazem necessários a formação profissional (GARCIA, 1999). São oriundos de diferentes áreas como, por exemplo, saúde, sociais, humanas, exatas, naturais, dentre outras e que coadunam para a formação científica. Os conhecimentos são um dos aspectos que, em conjunto com outros elementos, compõem as competências.

Consistência do material: é quando os resultados de observações feitas por diferentes autores ou pelo mesmo autor são iguais todo o tempo.

Contexto: variedade de condições inter-relacionadas dentro e em torno do indivíduo que influenciam o desempenho, incluindo os contextos culturais, pessoais, temporais e virtuais.

Cuidado centrado no cliente (prática centrada no cliente): abordagem de serviços que incorpora o respeito e a parceria com os clientes, vistos como participantes ativos no processo de terapia. Esta abordagem enfatiza o conhecimento e a experiência, a força, a capacidade de escolha e a autonomia geral do cliente.

Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente.

DENVER II: teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD-R), para crianças de 0-6 anos de idade. Avalia quatro áreas do desenvolvimento neuropsicomotor: motor-grosso, motor fino-adaptativo, linguagem e pessoal-social.

Desempenho: é um constructo que descreve, como qualificador, o que os indivíduos fazem no seu ambiente habitual, incluindo assim o aspecto do envolvimento de uma pessoa nas situações da vida.

Desempenho Ocupacional: ato de realizar e completar uma ação selecionada (componente de desempenho), atividade ou ocupação, que é resultado da transação dinâmica entre o cliente, o contexto e a atividade. Fornecendo

ou capacitando as habilidades e padrões em desempenho ocupacional que levam ao envolvimento em ocupações ou atividades.

Desenvolvimento: é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (BRASIL-CAB11, 2002).

Desenvolvimento Afetivo: é o estudo do desenvolvimento que está relacionado principalmente com os aspectos sociais e emocionais do desenvolvimento humano (domíniosocial-emocional). Exemplo: motivação.

Desenvolvimento Cognitivo: é o estudo do desenvolvimento intelectual humano.

Desenvolvimento Físico: inclui todos os tipos de mudanças corporais aos quais as pessoas estão expostas, do tipo crescimento e desenvolvimento, como peso, altura, amplitude de movimento, força muscular, flexibilidade, endurance, entre outras variáveis.

Desenvolvimento Motor: é o estudo das mudanças que ocorrem no comportamento motor humano durante as várias fases da vida, os processos que servem de base para essas mudanças e os fatores que os afetam.

Diário de Rotina: instrumento utilizado por profissionais de saúde a partir de registro da rotina do indivíduo atendido (atividades, local, horário, grau de envolvimento) para subsidiar a avaliação, intervenção e acompanhamento terapêutico.

Dimensão: grandes eixos concernentes às áreas de conhecimento, relativo às

competências profissionais.

DNPM: desenvolvimento Neuropsicomotor.

Domínio: subdivisão da Dimensão, apresentando-se como áreas ou subáreas de conhecimento que gerarão as competências.

Ecomapa: é um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

Educação Continuada: processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

Educação Permanente: ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

Eixo: pode ser compreendido, neste contexto, como linha condutora do processo formativo e em torno do qual os demais elementos deverão ser mobilizados e orientados. Consiste no centro do acontecimento que servirá como apoio para o desenvolvimento dos demais elementos.

ESF (Estratégia Saúde da Família): é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista

ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Equipamentos sociais: constituem a base físico-espacial a partir da qual são prestados os serviços públicos relativos a diferentes setores das políticas sociais tais como saúde, educação, assistência social, esportes, cultura e lazer. Como exemplo de equipamentos de saúde pode-se citar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Equipe de Saúde da Família (eSF): uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Equipe Interprofissional: composta por agentes de diferentes áreas de conhecimento que atuam na condução de um caso.

Especialista: o profissional que apresenta domínio aprofundado em determinado campo/subárea de conhecimento. Detém

conhecimentos e habilidades para atuar em determinadas situações específicas.

Especificidade: é um dos parâmetro fundamentais para a definição de um teste diagnóstico. Quanto maior a especificidade de um teste, maior a capacidade de o teste positivo indicar a doença, pois diminui a probabilidade de falso positivo, Um aumento da especificidade do teste decorre de uma diminuição da sensibilidade do mesmo e vice-versa (GREINER e GARDNER, 2000).

Estratégia Saúde da Família (ESF): modelo que visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Estruturas do corpo: são as partes estruturais ou anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes classificados de acordo com os sistemas orgânicos. O padrão para essas estruturas é a norma estatística para a população humana.

Facilitadores: são fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa. Estes fatores incluem aspectos como um ambiente físico que seja acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada, atitudes positivas das pessoas em

relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas que visam aumentar o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida. A ausência de um fator também pode ser um facilitador, por exemplo, a ausência de estigma ou de atitudes negativas. Os facilitadores podem impedir que uma deficiência ou limitação de atividade se transforme numa restrição de participação, já que o desempenho real de uma ação é potenciado, apesar do problema da pessoa relacionado com a capacidade.

Fatores contextuais: são os fatores que, em conjunto, constituem o contexto completo da vida de um indivíduo e, em particular, a base sobre a qual os estados de saúde são classificados na CIF. Há dois componentes dos fatores contextuais: Fatores Ambientais e Fatores Pessoais.

Fatores ambientais: constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. Constituem um componente da CIF e referem-se a todos os aspectos do mundo externo ou extrínseco que formam o contexto da vida de um indivíduo e, como tal, têm um impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa. Os fatores ambientais incluem o mundo físico e as suas características, o mundo físico criado pelo homem, as outras pessoas em diferentes relacionamentos e papéis, as atitudes e os valores, os serviços e os sistemas sociais, as políticas, as regras e as leis.

Fatores pessoais: são fatores contextuais relacionados com o indivíduo, tais como, idade, sexo, nível social, experiências de vida, etc., que não são classificados na CIF, mas que os utilizadores podem incorporar nas suas aplicações da classificação.

Funcionalidade: é um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Funções do corpo: são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas). “Corpo” refere-se ao organismo humano como um todo e, portanto, inclui o cérebro. Assim, as funções mentais (ou psicológicas) são consideradas parte das funções do corpo. O padrão para essas funções é a norma estatística para a população humana.

GMFCS (Gross Motor Function Classification System): esse sistema tem por objetivo classificar a função motora grossa da criança com ênfase no movimento de sentar e caminhar por meio de cinco níveis motores presentes em cada uma das quatro faixas etárias (0 a 2 anos, 2 a 4 anos, 4 a 6 anos e 6 a 12 anos), caracterizando o desempenho motor da criança ao levar em consideração diferentes contextos como casa, escola e espaços comunitários. É capaz de prever o prognóstico da função motora grossa da criança com paralisia cerebral. A classificação da criança em relação ao nível motor do GMFCS permanece estável ao longo do tempo, o que certifica que, além de garantir uma maior uniformidade na classificação da função motora grossa, esse instrumento também colabora com a previsão de um prognóstico para a criança (HIRATUKA, 2010).

GMFM (Gross Motor Function Measure): é um instrumento de avaliação das mudanças longitudinais na função motora grossa em crianças com PC. Descreve o nível da função motora de uma criança, documentando a

quantidade de atividades motoras que essas crianças são capazes de executar (e não a qualidade dessa movimentação).

Generalista: diz-se generalista àquele profissional que apresenta conhecimentos gerais e conceitos básicos em múltiplas dimensões das sub-áreas de conhecimento e dos campos de atuação da profissão sendo capaz de articular esses conhecimentos e mobilizar recursos para a resolução de problemas, de acordo com as necessidades das pessoas, comunidades e populações.

Genograma: é a elaboração da árvore da família que fornece informações demográficas, de posição funcional, recursos e acontecimentos críticos na dinâmica familiar.

Habilidades: relaciona-se ao saber fazer. Consiste na aptidão da pessoa em realizar determinada ação, oriundas da destreza manual e habilidade psicomotora envolvida nas ações. Como por exemplo: a capacidade de raciocínio, de comunicação, de aplicação de determinada técnica avaliativa ou terapêutica, aptidão para o cumprimento de tarefas com destreza. As habilidades são um dos aspectos que junto com outros elementos compõem as competências.

Incapacidade: é um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Interconsulta: principal instrumento do apoio matricial, pode ser definida como uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas, constituindo uma prática interdisciplinar

para a construção do modelo integral do cuidado. Pode ser operacionalizada por meio de discussão de casos, construção de planos terapêuticos ou Projeto Terapêutico Singular (PTS) e consultas compartilhadas.

Intervenção em grupo: conhecimentos especializados e utilização de técnicas de liderança em diferentes ambientes para facilitar a aprendizagem e aquisição de competências pelos indivíduos em todo o ciclo de vida, visando a participação e incluindo habilidades básicas de interação social, ferramentas de autorregulação, o estabelecimento de metas e tomada de decisão positiva, através da dinâmica de grupo e interação social. Os grupos podem ser usados como um método de intervenção e prestação de serviço.

Itinerário terapêutico: recurso que possibilita a construção de projetos terapêuticos cuidadores, que levem em consideração as experiências, significados, trajetórias, desejos e necessidades da pessoa na elaboração de seu próprio processo de tratamento (MÂNGIA e MURAMOTO, 2008).

Limitações de atividade: são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades. Uma limitação de atividade pode variar de um desvio ligeiro a grave em termos da quantidade ou da qualidade na execução da atividade comparada com a maneira ou a extensão esperada em pessoas sem essa condição de saúde.

Manejo: é a ação de conjugar as atividades manuais com a tecnologia disponível, com o objetivo de definir ou traçar decisões a serem tomadas.

Matriciamento ou apoio matricial: suporte realizado por profissionais e diversas áreas

especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações (CHIAVERINI, 2011).

Maturação: é a organização progressiva das estruturas morfológicas, já que, como o crescimento, seu potencial está geneticamente determinado. A maturação neurológica engloba os processos de crescimento, diferenciação celular, mielinização e o aperfeiçoamento dos sistemas que conduzem a coordenações mais complexas (BRASIL-CAB11, 2002).

Método de Conduta Visual de Lactentes: é um roteiro para avaliação de funções visuais em lactentes no primeiro trimestre de vida.

MFM: *Motor Function Measure* (Mensuração da Função Motora) é uma escala quantitativa que faz com que seja possível medir as habilidades motoras funcionais de uma pessoa afetada por uma doença neuromuscular.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

Observações Clínicas de Ayres: identificação de disfunções sensoriais (disfunção da modulação sensorial, disfunção da discriminação sensorial e disfunção do planejamento motor).

ONG: organização não governamental. São todas as organizações, sem fins lucrativos, criadas por pessoas que trabalham voluntariamente em defesa de uma causa, seja ela, proteção do meio ambiente, defesa dos direitos humanos, erradicação do trabalho infantil etc.

Participação: é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Ela representa a perspectiva social da funcionalidade.

PEDI: o *Pediatric Evaluation of Disability* é um instrumento de avaliação do desenvolvimento de habilidades e o nível de independência no desempenho de atividades funcionais para crianças de 6 meses a 7 anos e meio.

Perfil: agrega o conjunto de características da pessoa-profissional que envolve não apenas conhecimentos e habilidades técnicas, mas também afetos, experiências, valores e atitudes que representam a proposta formativa definida em determinado projeto que tem como fruto o graduado com certo alinhamento frente a categoria profissional respeitando, entretanto, as peculiaridades de cada proposta.

Perfil Sensorial de Winnie Dunn: questionário dirigido para pais e cuidadores, que busca identificar problemas de Modulação, Processamento Sensorial e respostas Emocionais e Sociais.

Plano terapêutico: conjunto de objetivos terapêuticos de acordo com o nível de atenção e processo de trabalho e, no caso da criança, a partir do conhecimento do DNPM típico.

Portal Saúde Baseada em Evidências: é uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC) para o

desenvolvimento de uma biblioteca eletrônica com o objetivo de aprimorar o exercício dos trabalhadores da saúde por meio do acesso a conteúdos cientificamente fundamentados, na perspectiva de melhor atender à população. Trata-se de uma parceria junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS/OMS (BIREME/OPAS/OMS) para incorporação da Prática Baseada em Evidências no processo de trabalho dos profissionais de saúde e de acadêmicos das áreas da saúde.

Prática Baseada em Evidências: é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde. Consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente a cada caso. É um importante movimento de mudança nas práticas assistenciais.

Prechtl: ferramenta diagnóstica para avaliação de lactentes, que leva o mesmo nome do seu autor (Heinz Prechtel), onde os movimentos generalizados espontâneos, presentes desde a oitava semana intra-útero até 20 semanas de vida pós natal, são observados quanto a sua presença, intensidade e variabilidade.

Princípios: são as disposições fundamentais, as proposições básicas que delineiam determinado tema/assunto. Consistem ainda nas bases que assentam os encaminhamentos necessários as condições subsequentes. São os alicerces dos conceitos, domínios, dimensões estudadas.

Projeto Terapêutico Singular (PTS): é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva, de uma equipe

interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

Qualidade de vida: apreciação dinâmica em relação à satisfação com a vida (percepção do progresso em direção aos objetivos identificados), a auto percepção (crenças e sentimentos sobre si mesmo), saúde e funcionamento (por exemplo, condições de saúde, capacidade de autocuidado), e fatores sócioeconômicos (por exemplo, vocação, educação, renda).

Raciocínio clínico: processo usado por profissionais para planejar, dirigir, executar e refletir sobre o cuidado do cliente. O termo raciocínio profissional, considerado mais amplo, as vezes também é empregado.

RAS (Redes de Atenção à Saúde): são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Razão de Verossimilhança (likelihood ratio): é aplicada para estimar a probabilidade de resultado positivo de um teste ser correto, ou a probabilidade de um resultado negativo ser incorreto. É o quociente entre duas probabilidades, sendo consideradas as proporções de pacientes que o teste identifica, correta e incorretamente, como tendo o diagnóstico e não os números absolutos de pacientes. A probabilidade de um resultado positivo ser correto é dada pela razão entre a proporção de pacientes corretamente identificados pelo teste e a proporção de pacientes incorretamente identificados pelo mesmo teste (JULL, 2002).

Reabilitação: é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, com uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar biopsicossocial do indivíduo.

Recursos: consistem no conjunto de conhecimentos, saberes, habilidades, esquemas mentais, afetos, crenças, princípios, funções psicológicas, posturas que, ao serem mobilizados adequadamente nas relações e ações conduzem ao desenvolvimento de competências.

Referência e Contrarreferência: referenciar um paciente implica transferi-lo a um serviço de saúde especializado a partir de uma unidade básica de saúde. O processo deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, por meio da contrarreferência. Devem existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Resolubilidade: é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (ABC do SUS, 1990).

Resolutividade: a resolutividade proposta pelo SUS faz inferência às possibilidades de resolução dos problemas de saúde dentro dos níveis de complexidade as quais foram detectadas (ABC do SUS, 1990).

Restrições de participação: são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real. A presença da restrição de participação é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade.

Saberes: abrange, em sentido amplo, os conhecimentos, habilidades, experiências e

percepções que compõem a aptidão do sujeito para a atividade profissional, construídos ao longo de uma trajetória. A acumulação de repostas sobre um determinado fenômeno, informações diferentes sobre algo, constitui o mundo dos saberes (GAMBOA, 2009). São plurais e heterogêneos, constituídos processualmente na existência das pessoas.

Sensibilidade: é um dos parâmetros fundamentais para a definição de um teste diagnóstico. Assim, quanto maior a sensibilidade do teste, maior a capacidade de o teste negativo afastar a doença, pois ocorre uma diminuição da probabilidade de falso negativo. Um aumento da sensibilidade decorre de uma diminuição da especificidade e vice-versa (GREINER; GARDNER, 2000).

Tecnologia assistiva - Recursos: todo e qualquer item, equipamento ou parte dele, produto ou sistema fabricado em série ou sob medida utilizado para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais das pessoas com deficiência. Podem variar de uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado. Estão incluídos brinquedos e roupas adaptadas, computadores, softwares e hardwares especiais, que contemplam questões de acessibilidade, dispositivos para adequação da postura sentada, recursos para mobilidade manual e elétrica, equipamentos de comunicação alternativa, chaves e acionadores especiais, aparelhos de escuta assistida, auxílios visuais, materiais protéticos e milhares de outros itens confeccionados ou disponíveis comercialmente.

Tecnologia assistiva - Serviços: definidos como aqueles que auxiliam diretamente uma pessoa com deficiência a selecionar, comprar ou usar os recursos acima definidos. São aqueles prestados profissionalmente à pessoa com deficiência visando selecionar, obter ou usar um instrumento de tecnologia assistiva. Como exemplo, podemos

citar avaliações, experimentação e treinamento de novos equipamentos. Os serviços de Tecnologia assistiva são normalmente transdisciplinares envolvendo profissionais de diversas áreas.

Tecnologia dura: relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais (MERHY, 1997).

Tecnologia leve-dura: que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde (MERHY, 1997).

Tecnologia leve: que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (MERHY, 1997).

TIMP: o Teste de Desempenho Motor Infantil (TIMP) é uma avaliação de postura e do movimento infantil que pode ser utilizada com RN de 32 semanas de IG até quatro meses de idade corrigida. Além disso, o TIMP é sensível às mudanças na coordenação motora conforme a idade e discrimina crianças com muitas complicações médicas, que tem significativamente scores mais baixos que as crianças saudáveis.

Trabalho interdisciplinar: é medido pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas na condução da linha de cuidado de um caso.

Trabalho transdisciplinar: é a forma de trabalhar envolvendo a integração, diálogo, e o entrelaçamento entre as diferentes áreas de conhecimento dentro de um trabalho de equipe.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

USF: Unidade de Saúde da Família.

Validade (de conteúdo e de população): o conceito de “validade” trás subjetividade em si, pois ao afirmar que um instrumento de medição é válido, surge a pergunta: válido para qual propósito? A validade é o grau em que um determinado instrumento mede o que ele deveria medir (para um determinado conteúdo ou para uma determinada população) (CARMINES e ZELLER, 1979). Validade é, em fim, o grau de acurácia ou exatidão do resultado de uma medição, por exemplo, é o quanto o resultado se aproxima do que se pretende medir (ALEEN e YEN, 2003).

7. Referências

- ABENFISIO. Termo de referência da Oficina “Construção da proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais de Fisioterapia”. 2016
- ALLEN, M. J., YEN, W. M. Introduction to measurement theory. WaveLand Press, 2003.
- AMORIM, A. S.; PINTO JUNIOR, V. L.; SHIMIZU, H. E.O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate, v.39, n.105, p.350-62, abr-jun, 2015.
- BERTONCELLO, D; PIVETTA, H. M. F. Diretrizes curriculares nacionais para a graduação em fisioterapia: reflexões necessárias. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia, v.2, n.4, 2016.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência, espaço físico e comportamento. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., v.17, n.3, p. 601-610, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.
- BRASIL. Caderneta de Saúde da Criança: menina. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Caderneta de Saúde da Criança: menino. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 4, de 4 de março de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p.11, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 123p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.: il. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência. 2. ed. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ. Brasília, DF, 2012. 134 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal 4. ed. – Brasília, DF, 2013. 228 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 2014. 116 p.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.
- BRITO, M. J. M. et al. Atenção familiar na estruturação da rede de saúde. Esc Anna Nery (impr.) v.17, n.4, p.603–610, 2013.

CARMINES, E. G., ZELLER, R. A., Reliability and validity assessment. Sage University paper, 1979.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. Estudos avançados, v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nr=iso>. Acesso 03 Nov. 2016.

CAVALCANTI, P. C.S. et al . Um modelo lógico da Rede Cegonha. Physis, v 23, n.4, p. 1297-1316, 2013 .

CHIAVERINI, D.H. Guia prático de matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla - 1ª ed, 2. reimpr. atual. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

COFFITO. Cartilha - Diagnóstico: Microcefalia. E agora? Material desenvolvido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. (COFFITO, com apoio das associações ABRAFIN e ABRADIMENE, e colaboração dos profissionais entrevistados). 2016.

COFFITO. Resolução nº 08, de 20 de fevereiro de 1978. Aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. 1978.

COFFITO. Resolução nº 424, de 08 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 out. 2013. Seção 1.

COFFITO. Resolução nº 428 de 08 de julho de 2013. Fixa e estabelece o Referencial Nacional de Procedimentos Fisioterapêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 146, Brasília, DF, 31 de Julho de 2013. Seção I.

COFFITO. Resolução nº 444, de 26 de abril de 2014. Altera a Resolução COFFITO nº 387/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2014. Seção 1, p. 104-105.

COSTA, A. M.; SOUSA, . SB. Educação física e esporte adaptado: história, avanços e retrocessos em relação aos princípios da integração/inclusão e perspectivas para o século XXI. Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v.25, n.3, p.27-42, 2004.

CROCKER, L.; ALGINA, J. Introduction to classical & modern test theory. Flórida: Thonson, 2006. 571p.

DAVID, M. L. O. et al. Proposta de atuação da fisioterapia na saúde da criança e do adolescente: uma necessidade na atenção básica. Saúde em Debate, v.37, n.96, p.120-129, 2013.

DIAS, M. B. et al. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. J Manag Prim Heal Care, v.6, n.1, p.1-7, 2015.

DIRKS, T. et al. Infant positioning in daily life may mediate associations between physiotherapy and child development -video-analysis of an early intervention RCT. Research in Developmental Disabilities, v. 53, p.147-157, 2016.

EFFGEN, S.K. Atendendo às necessidades das crianças e de suas famílias. In: ---; Fisioterapia Pediátrica: atendendo às necessidades das crianças. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 3-35.

- ERDMANN, A. L., et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.21, p. 131-139, 2013.
- FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p.847-852, 2014.
- FERRIGOLO, N. M. S.; FERRIGOLO, L. V. O direito e o desporto na sociedade contemporânea; breve enfoque sobre evolução histórica, contexto social e desafios para o terceiro milênio. *Revista Jurídica UNIGRAN*, v.4, n.7, 2002.
- FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, v.38, n.2, p.129-138, 2014.
- GARCIA, A. C. P. et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*, v.3, n.2, p. 36-41, 2015.
- GARCIA, et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saúde Debate*, v.38, n.103, p. 966-980, 2014.
- GENNARO, L. R. M.; BARHAM, E. J. Estratégias para envolvimento parental em fisioterapia neuropediátrica: uma proposta interdisciplinar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.14, n.1, p.10-28, 2014.
- GIACHETTA, L et al. Influence of length of Hospitalization on neuromotor development in premature newborn infants. *Fisioterapia e Pesquisa*, v.17, n.1, p.24-29, 2010.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto contexto - enferm [online]*, v.15, n.4, p.645-653, 2006.
- GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, s.1, p.1081-1096, 2011.
- GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate*, v.38, n.100, p.26-34, 2014.
- GREINER, M.; GARDNER, I. A. Epidemiologic issues in the validation of veterinary diagnostic tests. *Preventive veterinary medicine.*, n.45, p.3-22, 2000.
- HIRATUKA, E.; MATSUKURA, T.S.; PFEIFER, L.I.. Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS). *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v.14, n.6, p.537-44, 2010.
- JENG, S.F. et al., Alberta infant motor scale: reliability and validity when used on preterm infant in Taiwan. *Physical therapy*. v.80, n.2, p.168, 2000.
- JULL, A. Evaluation of studies of assessment and screening tools, and diagnostic tests. *Evidence Based Nursing*, v.5, n.3, p.68-72, 2002.
- LANZA, F.C.; GAZZOTTI, M. R.; PALAZZIN, A. Fisioterapia em pediatria e neonatologia - da UTI ao ambulatório. Roca, 2012.
- Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI). Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

LIMA, A. K. P.; LIMA, C. F.; BRITO, C. M. M. Fisioterapia Pediátrica. In: Carvalho, V. C. P. et al; Fundamentos da Fisioterapia. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 67-80.

MANACERO, S; NUNES, M. L. Evaluation of motor performance of preterm newborns during the first months of life using the Alberta Infant Motor Scale (AIMS). *Jornal de Pediatria*, v.84, n.1, p.53-59, 2008.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.19, n.3, p.176-182, 2008.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs). 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MELO, F. R. L. V.; PEREIRA, A. P. M. Inclusão escolar do aluno com deficiência física: visão dos professores acerca da colaboração do fisioterapeuta. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, p. 53-69, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde*, v. 549, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Práxis em salud um desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

NETO, A. C. J.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. Contribuições do fisioterapeuta na inclusão escolar de alunos com deficiência sob a perspectiva do brincar. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, v.9, n.1, p.76-91, 2009.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no

Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cadernos de Saúde Pública*, v.21, n.6, p.1901-1910, 2005.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs). 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERRENOUD, P. Construir competências é virar as costas aos saberes? Disponível em: <<http://abenfisio.com.br/wp-content/uploads/2016/05/Construir-competencias-Perrenoud.pdf>>. Acesso 20 jul. 2016.

POLIDORI, M. M. et al. O Impacto da Avaliação (Diagnóstica) nos Familiares de Crianças com Deficiência. *Competência*, v.4, n.2, p.11-29, 2011.

ROMEIRO, C. et al. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 18, n. 1, p. 132-142, 2013.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na Atenção Psicossocial InfantoJuvenil: um estudo no CAPSi. *Saúde e Sociedade*, v.22, n.4, p.1045-1058, 2013.

ROSADAS, S. C. Atividade Física Adaptada e Jogos Esportivos para o Deficiente. *Eu posso. Você duvidam?* Atheneu:Rio de Janeiro/São Paulo, 1989.

SACCANI, R.; VALENTINI, N. C. Reference curves for the Brazilian Alberta Infant Motor Scale: percentiles for clinical description and follow-up over time. *Jornal de Pediatria*, v.88, n.1, p. 40-47, 2012.

DA SILVA, L. W. S. et al. Contexto do cuidado fisioterapêutico: reverses e vieses na inserção comunitária à atenção domiciliar. *Kairós*

- Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, v.16, n.2, p.79-101, 2014.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A. construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.
- SCHIER, J. Tecnologia em Educação em SaúdeT: o grupo aqui e agora. Porto Alegre: Sulina, 2004.
- SHEPERD, R. B. Fisioterapia em pediatria. São Paulo: Santos, 2006.
- SILVA, A. C. D. et al. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.31, n.9, p.1881-1893, 2015.
- SILVA, A. N. et al. Limites e possibilidades do ensino à distância (EaD) na educação permanente em saúde: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p.1099-1107, 2015.
- SILVA, L.P. et al. Intraclass reliability of the alberta infant motor scale in the brazilian version. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.47, n.5, p.1046-1051, 2013.
- SILVA, N.D.S.H et al. Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. *Journal of Human Growth and Development*, v. 21, n. 1, p. 85-98, 2011.
- SOUZA, M. C. et al. Fisioterapia e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: conhecimento, ferramentas e desafios. *O Mundo da Saúde*, v. 37, n.2, p.176-184, 2013.
- SOUZA, S.C. et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n.8, p.1917-1926, 2008.
- SUZUKI, V. F; CARMONA, E. V; LIMA, M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do usuário diabético: construção de uma proposta. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n.2, p. 527-532, 2011.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e Programação de Ações Intersetoriais para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBOA, A. L. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2002. p. 59-78.
- TEIXEIRA, E. R.; BARBOSA, M. S.; SILVA, C. M. C. Trabalhando a transdisciplinaridade na clínica do cuidado em saúde. *REVISTA ENFERMAGEM PROFISSIONAL*, v.1, n.2, p.315-330, 2014.
- TEIXEIRA, H. V. Educação Física e Desportos. São Paulo: Saraiva, 4 ed., 1999.
- VAN SCHAİK, E. E.; SOUZA, C. C.B. X., ROCHA, E. F. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.25, n.3, p.233-241, 2014.

8. Referencial teórico

Leitura recomendada

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL. Métodos e técnicas da especialidade em fisioterapia neurofuncional. Disponível em: <<http://abrafin.org.br/wp-content/uploads/2015/01/metodos-e-tecnicas.pdf>>. Acesso 18 jul 2016.

BARBOSA, D. C. et al. Sobrecarga do cuidado materno à criança com condição crônica. *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 3, p. 492-497, 2012.

BASU, A. P. Early intervention after perinatal stroke: Opportunities and challenges. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v.56, n.6, p. 516-521, 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika.. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Protocolo de atendimento: mulheres em idade fértil, gestantes, puérperas e bebês com microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

DORÉ, R.; WAGNER, S.; BRUNET, J. A integração escolar: os principais conceitos, os desafios e os fatores de sucesso no secundário. In: MANTOAN, M. T. E. et al. A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon, 1997. p. 174-183.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

EL-MAKSOUUD, G. M. A.; GHARIB, N. M.; HUSSEIN, R.

Visual-Based Training Program for Motor Functions in Cerebral Palsied Children with Cortical Visual Impairment. *International Journal of Therapies and Rehabilitation Research*, v. 5, n. 4, p. 265-277, 2016.

FLORINDO, M.; PEDRO, R. O processo de aprendizagem motora e a neuroplasticidade. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, v. 6, p. 19-26, 2014.

HADDERS-ALGRA, M. Early diagnosis and early intervention in cerebral palsy. *Front. Neurol.*, V. 5, 2014.

INTERNATIONAL FETAL AND NEWBORN GROWTH CONSORTIUM FOR THE 21ST CENTURY. Valores de referência para perímetro cefálico em recém-nascidos pré- termo, de acordo com o INTERGROWTH. University of Oxford: INTERGROWTH-21st, 2014.

JOHNSTON, M. V. Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation. *Developmental disabilities research reviews*, v. 15, n. 2, p. 94-101, 2009.

KITAGO, T.; KRAKAUER, J. W. Motor learning principles for neurorehabilitation. *Handbook of Clinical Neurology*, v. 110, p. 93-103, 2013.

KNOX, V.; EVANS, A. L. Evaluation of the functional effects of a course of Bobath therapy in children with cerebral palsy: a preliminary study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 44, n. 7, p. 447-460, 2002.

LAKHANI, B. et al. Motor Skill Acquisition Promotes Human Brain Myelin Plasticity. *Neural Plasticity*, v. 2016, 2016.

LEONARD, H. C.; HILL, E. L. Review: the impact of

motor development on typical and atypical social cognition and language: a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 19, n. 3, p. 163-170, 2014.

MA, L. et al. Effect of early intervention on premature infants' general movements. *Brain & Development*, v. 37, p. 387-393, 2015.

MANCINI, M. C. et al. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v.4, n.1, p.25-34, 2004.

MORGAN, K. et al. Optimising motor learning in infants at high risk of cerebral palsy: a pilot study. *BMC Pediatrics*, v. 15, n. 30, 2015.

MUSTARD, J. F. Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010.

NOVAK, I. Evidence-based diagnosis, health care, and rehabilitation for children with cerebral palsy. *Journal of child neurology*, v.29, n.8, p. 1141-1156, 2014.

OBBERG, G. K. et al. Study protocol: an early intervention program to improve motor outcome in preterm infants: a randomized controlled trial and a qualitative study of physiotherapy performance and parental experiences. *BMC Pediatrics*, v.12, n.15, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: OMS, 2004. Tradução de: Amélia Leitão.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Genebra: OMS, 2013.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, n.28, p.177-188, 2009.

PAZIN, A. C.; MARTINS, M. R. I. Desempenho funcional de crianças com Síndrome de Down e a qualidade de vida de seus cuidadores. *Revista de Neurociências*, v.15, n.4, p.297-303, 2007.

PAPE, K. E. Developmental and maladaptive plasticity in neonatal SCI. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, v.114, p.475-485, 2012.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. Módulo de Estimulação Precoce. [S.l.: s.n.], 2016.

REYNOLDS, L. C. et al. Parental presence and holding in the neonatal intensive care unit and associations with early neurobehavior. *Journal of Perinatology*, v. 33, n. 8, p. 636-641, 2013.

SAMPAIO-BAPTISTA, C. et al. Motor Skill Learning Induces Changes in White Matter Microstructure and Myelination. *The Journal of Neuroscience*, v. 33, n. 50, p. 19499-19503, dec. 2013.

SANT'ANNA, M. M. M.; BLASCOVI-ASSIS, S. M.; MAGALHÃES, L. M. Lúdico: Favorecendo o Brincar da Criança com Deficiência Física. *Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada*, v. 16, n. 1, p. 15-18, 2015.

SANTOS, D. C. C. et al. Influência do baixo peso ao nascer sobre o desempenho motor de lactentes a termo no primeiro semestre de vida. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. v. 8, n. 3, p.261-266, 2004.

TSAI, Li-Ting et al. A New Visual Stimulation Program for Improving Visual Acuity in Children with Visual Impairment: A Pilot Study. *Frontiers in human neuroscience*, v. 10, apr. 2016.

UMPHRED, D. Aprendizagem motora, controle motor e neuroplasticidade. In: UMPHRED, D.; CARLSON, C. *Reabilitação Neurológica Prática*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, cap. 3, p. 26-38.

UNGERLEIDER, L. G.; DOYON, J.; KARNI, A. Imaging Brain Plasticity during Motor Skill Learning. *Neurobiology of Learning and Memory*, v.78, p. 553–564, 2002.

VIEIRA, M. E. B; RIBEIRO, F. V.; FORMIGA, C. K. M. R. Principais instrumentos de avaliação de desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade. *Revista Movimenta*, v. 2, n. 1, 2009.

ZIMMER, M. et al. Sensory integration therapies for children with developmental and behavioral disorders. *Pediatrics*, v. 129, n. 6, p. 1186-1189, 2012.

WIART, L.; ROSYCHUK, R. J.; WRIGHT, V. F. Evaluation of the effectiveness of robotic gait training and gait-focused physical therapy programs for children and youth with cerebral palsy: a mixed methods RCT. *BMC Neurology*, v. 16, n. 86, jun. 2016.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA COM DISFUNÇÕES NEUROLÓGICAS: principais complicações respiratórias

Renalli Manuella Rodrigues Alves¹ e

Cyda Maria Albuquerque Reinaux²

1. Fisioterapeuta e Professora da Faculdade Pernambucana em Saúde
2. Fisioterapeuta e Professora do Departamento de Fisioterapia da UFPE

O presente anexo tem como objetivo informar sobre principais complicações respiratórias associadas à doenças neurológicas da infância. Assim, pretendemos conscientizar sobre a importância da visualização dos fatores de risco e da verificação da ocorrência de danos ao sistema respiratório.

Pensando em uma proposta de atenção integral à saúde da criança, é imprescindível que o fisioterapeuta pediátrico, mesmo aquele que atue apenas no âmbito da fisioterapia neurofuncional, saiba reconhecer a vulnerabilidade dos pacientes com atraso do desenvolvimento motor às complicações pulmonares.

Existe uma íntima relação da gravidade do acometimento motor com o surgimento de doenças respiratórias. A condição ventilatória é um dos principais fatores determinantes da condição clínica e prognóstico de crianças com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, liderando as causas de internação e morbimortalidade.

O aumento do trabalho respiratório pode dificultar a evolução das crianças nas terapias. Assim, é de fundamental importância que os profissionais possam observar e registrar sinais de desconforto como o acometimento do padrão ventilatório, acúmulo de secreção e distúrbios de trocas gasosas, buscando uma conexão com as possíveis causas relacionadas ao déficit motor. Ao visualizar a predisposição ao prejuízo da função pulmonar, o terapeuta

deve então realizar os encaminhamentos necessários para que a família seja orientada corretamente e para que o paciente seja acompanhado de forma integral.

No texto abordaremos as particularidades da anatomofisiologia do sistema respiratório das crianças, os principais fatores relacionados com a ocorrência de complicações respiratórias e os possíveis sinais de desconforto respiratório.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA RESPIRATÓRIO DA CRIANÇA

As doenças respiratórias estão entre as principais causas de hospitalização e morte em pediatria (OLIVEIRA et al., 2010; BRANT et al., 2017; PEDRAZA et al., 2017). Diversos fatores podem influenciar para o acometimento das vias aéreas superiores e inferiores das crianças, desde características anatômicas próprias do recém-nascido até condições imunológicas, familiares e ambientais (RICE et al., 2016; MACEDO et al., 2007).

Sabe-se que o sistema respiratório do neonato ainda está em período de transição e maturação e que o aumento da superfície alveolar e do volume do pulmão ocorre de forma crescente até cerca dos 08 anos. Além disso, nesse período, diversas diferenças anatômicas encontradas nas vias aéreas levam a uma respiração predominantemente nasal até os seis meses, pois nos bebês a epiglote é mais estreita, curta e rígida, a língua ocupa

uma maior proporção da boca que no adulto (COSTA, ROBERTA, RAMOS, 2004; KAJEKAR, 2007).

Na árvore brônquica do lactente podemos observar também uma ramificação incompleta, com vias menores e mais finas, ausência de ventilação colateral e maior inclinação do brônquio fonte direito. Há ainda um aumento na quantidade de glândulas produtoras de muco. Essas alterações estruturais podem facilitar a coordenação respiratória durante a amamentação, mas impõem importante resistência ao fluxo aéreo, diminuem o volume alveolar e a complacência pulmonar, aumentam o risco de broncoaspiração e levam ao acúmulo de secreção (COSTA, ROBERTO, RAMOS, 2004; ANDRADE, 2011).

Externamente, podemos verificar um hipodesenvolvimento da caixa torácica, disposta em posição mais elevada com costelas horizontalizadas e planas. Há uma menor área de aposição do músculo diafragma, diminuindo sua força durante a contração. Os músculos respiratórios apresentam uma menor resistência à fadiga, pois apresentam maior número de fibras rápidas, não oxidativas. Pela pobre fixação e estabilidade, a caixa torácica apresenta maior complacência (POSTIAUX, 2000).

Em conjunto, as citadas condições anatômicas e fisiológicas diminuem a reserva ventilatória frente à infecções virais ou bacterianas. Assim, em algumas situações patológicas, o aumento do trabalho respiratório, que ocorre na tentativa de garantir as trocas gasosas, pode não ser eficaz para atender a demanda imposta pelo agente agressor, sendo então instalada a insuficiência respiratória. Doenças como bronquiolite obliterante, pneumonia, asma e bronquite são as mais comuns na infância e exigem maior atenção para prevenção e tratamento

(BENGUIGUI, 2002; MACEDO et al., 2007).

COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES NEUROLÓGICOS PEDIÁTRICOS

Além do risco aumentado de desenvolvimento de complicações respiratórias apresentado pela população pediátrica em geral, as crianças com doenças neurológicas e atraso do desenvolvimento sofrem um maior impacto do acometimento do sistema respiratório. Diversas condições associadas à fraqueza muscular, distúrbios de movimento, déficit de controle postural e problemas alimentares podem propiciar o surgimento de doenças pulmonares (CRISTINA et al., 2011; BLACKMORE et al., 2016).

O quadro clínico de crianças com distúrbios neurológicos é primariamente marcado por sinais de desordem motora, como distúrbios de tônus, dificuldade de coordenação e presença de movimentos involuntários, com diferentes padrões de evolução e gravidade. Mas o prognóstico desses pacientes não é determinado apenas pela sua limitação de movimentos mas também por desordens secundárias à imobilidade e ao atraso do desenvolvimento. Distúrbios respiratórios associados podem comprometer ainda mais o estado dos pacientes e sua qualidade de vida, levando a infecções e internações recorrentes (LIPTAK et al., 2001; SEDDON, KHAN, 2003; PROESMANS, 2016).

DEFORMIDADE TORÁCICA E PADRÃO VENTILATÓRIO RESTRITIVO

O acometimento do sistema nervoso ainda em fase de maturação pode interferir na função neuromuscular e musculoesquelética, causando distúrbios como espasticidade, contraturas musculares, alterações na

coordenação motora, perda do controle muscular seletivo e fraqueza muscular, além de dificuldades no planejamento motor e na elaboração de estratégias mais adequadas para a realização de determinadas atividades (FERDJALLAH et al., 2002; CARLBERG, HADDERS-AGRA, 2005; VAN DER HEIDE, HADDERS-AGRA, 2005).

Essas alterações somadas à presença de movimentos involuntários, reflexos e reações primitivas podem levar a uma alteração na biomecânica torácica, com comprometimento do padrão respiratório e surgimento de rigidez e deformidade do tórax (ERSOZ et al., 2006). É comum que crianças com importante atraso motor apresentem distúrbios posturais como fixação dos membros superiores, elevação escapular e caixa torácica e fraqueza abdominal, provocando ineficiência funcional dos músculos respiratórios tanto na inspiração, como na expiração e tosse (CLAUDINO, DA SILVA, 2012; HEALY, PANITCH, 2010). Quanto maior o comprometimento motor, maior a chance de apresentar alteração na função pulmonar (Wang HY et al., 2012; Kwon & Lee, 2014).

A principal deformidade relatada é a cifoescoliose que pode provocar desvantagem mecânica dos músculos respiratórios e diminuição da complacência da parede torácica levando ao aumento do trabalho respiratório, redução da capacidade vital, do fluxo expiratório, da capacidade residual funcional e do volume corrente, levando à ventilação pulmonar assimétrica e aumento do risco de falência respiratória. A ocorrência de um padrão ventilatório restritivo associada a incapacidade para tosse está relacionada com a incidência de atelectasia e pneumonia (SEDDON, KHAN, 2003; HEALY, PANITCH, 2010; CLAUDINO, DA SILVA, 2012; BLACKMORE et al., 2016).

FRAQUEZA DE TOSSE E INABILIDADE PARA REMOÇÃO DE SECREÇÃO

A tosse é um mecanismo reflexo ou voluntário de proteção das vias aéreas inferiores que ocorre em 4 fases: irritatória, inspiratória, compressiva, expulsiva. O acometimento de qualquer uma dessas fases pode comprometer a eficácia da tosse e contribuir para a infecção das vias aéreas inferiores. Pacientes com distúrbios neurológicos podem apresentar alterações em uma ou mais fases (POLVERINO et al., 2012).

O reconhecimento das partículas, agentes agressores ou inalatórios irritantes na via respiratória depende da atuação de receptores que levam a informação ao sistema nervoso para que ele comanda as fases subsequentes. Doenças neurológicas podem levar a alterações na percepção do estímulo, condução e propagação do arco reflexo. A fase inspiratória está também comprometida nessas situações de dano ao sistema nervoso pelo padrão restritivo e incapacidade de gerar altos volumes pulmonares, bem como a fase compressiva, pela incoordenação entre os músculos da glote, intercostais e abdominais. Há também um importante decréscimo da força abdominal necessária para gerar um bom volume explosivo, capaz de eliminar partículas da via aérea pneumonia (SEDDON, KHAN, 2003; HEALY, PANITCH, 2010; CLAUDINO, DA SILVA, 2012; BLACKMORE et al., 2016).

Nos pacientes com Paralisia Cerebral (PC), a respiração frequentemente é assimétrica, superficial e taquipneica, com dificuldade de realizar a inspiração máxima e produção de tosse eficaz (FROWN FELTER, DEAN, 2004).

Assim, a ineficácia da tosse está associada com pobre clearance e ausência de proteção das vias aéreas, resultando na hipersecreção pulmonar, aumento do risco de infecção

pulmonar e atelectasia por obstrução (CURADO et al., 2003; ARAÚJO, 2014; DEFREITAS, PARREIRA, IBIAPINA, 2010). A repetição destas doenças respiratórias levam a patologias pulmonares crônicas parenquimatosas (microatelectasias generalizadas e diminuição da distensibilidade pulmonar), que influenciam negativamente no desenvolvimento motor e no desempenho de atividades funcionais (KWON e LEE, 2013).

BRONCOASPIRAÇÃO

A deglutição é um processo complexo que envolve uma sequência de ativação de eventos intimamente relacionados envolvendo estruturas presentes na orofaringe. Por ser uma função integrada ao sistema nervoso central que comanda o mecanismo das ações dos músculos da faringe, laringe, esôfago e diafragma pode estar comprometida em situações de patologias neurológicas. Em crianças com distúrbios do desenvolvimento é comum o prejuízo à coordenação da sequência da sucção, deglutição e respiração e ocorrência de broncoaspiração (PRUITT, TSAI, 2009).

Falhas na formação do bolo alimentar, no peristaltismo esofágico e no fechamento da glote podem levar a aspiração recorrente de partículas líquidas ou sólidas durante a alimentação. É comum também, mesmo na ausência de alimentação via oral, a aspiração de partículas não estéreis da cavidade oral junto com a saliva ou de secreção das vias aéreas superiores devido a ineficiência dos mecanismos de proteção das vias aéreas inferiores já descritos (BENFER et al., 2015; HEALY, PANITCH, 2010; WATERMAN et al., 1992).

Desta maneira, a disfagia, processo relacionado com a ineficácia da mastigação, deglutição e controle de saliva, pode ser ainda complicada pela dificuldade de manutenção postural, instabilidade do controle cervical e da

tosse ineficaz, resultando em consequências alimentares graves como desnutrição e desidratação (SAMSON-FANG, STEVENSON, 2000).

Além da dificuldade de deglutição, o refluxo gastro-esofágico parece ser mais comum, persistente e grave em crianças com sequelas doenças neurológicas, como na paralisia cerebral. Fato preocupante, pois qualquer material liberado pelo refluxo pode não ser corretamente eliminado das vias aéreas e resultar em uma aspiração. Acredita-se que o aumento na pressão abdominal e incoordenação dos músculos do esfíncter esofágico estejam relacionados com os episódios de refluxo e que eles podem predispor a infecções pulmonares, apnéia e laringoespasma (EL-SERAG et al., 2001).

Aspirações recorrentes por qualquer um dos dois mecanismos, disfagia ou refluxo, isoladamente ou em conjunto, resultam em infecções das vias respiratórias inferiores agudas e no dano tecidual crônico com agressão ao parênquima pulmonar e surgimento de bronquiectasia, tornando o processo um ciclo vicioso de infecção pulmonar (PRUITT, TSAI, 2009; CLAUDINO, DA SILVA, 2012).

DISTÚRBIOS DE SONO

Pacientes pediátrico com distúrbios neurológicos podem apresentar inadequação dos períodos de sono e vigília. Acredita-se que cerca de 50% das crianças com paralisia cerebral sejam acometidas por algum distúrbio do sono. As causas podem estar relacionadas à obstrução de vias aéreas altas, como hipotonia e posicionamento posterior da língua, hipertrofia de adenoides ou ainda à desregulação hormonal ou alterações sensoriais. O uso de medicações para tratamento de crises convulsivas pode também

influenciar no padrão de sono (CARNEY, 2000; DUTT, RODUTA-ROBERTS, BROWN, 2015; KOHRMAN, LÉLIS, CARDOSO, HALL, 2016).

Mal formações do sistema nervoso, que levam a síndrome de Arnauld Chiari e hidrocefalia podem estar relacionadas com dano a estruturas do controle ventilatório ao nível do tronco cerebral, provocando apneia central e paralisia bulbar, com impacto sobre a patência das vias aéreas. Em casos de apnéia, hipoventilação e hipoxemia noturna ocorrerá um importante impacto ao sistema cardiorrespiratório, com grande prejuízo à qualidade de vida do paciente e até complicações graves como hipertensão pulmonar (SEDDON, KHAN, 2003; LÉLIS, CARDOSO, HALL, 2016).

CONCLUSÃO

Ao avaliar uma criança com seqüela neurológica é necessária a observação dos fatores de risco para a ocorrência das complicações pulmonares. A identificação de atraso do desenvolvimento motor pode apontar para alterações na biomecânica do tórax, visto que a menor mobilidade corporal e a debilidade do controle cervical e torácico, podem influenciar o posicionamento e crescimento do gradil costal, contribuindo para o surgimento de deformidades. Através da inspeção e palpação o fisioterapeuta deve ainda analisar a amplitude e mobilidade torácica durante o ciclo respiratório.

É importante também observar o acúmulo de secreção nas vias aéreas, sialorréia, tosse ineficaz e possíveis sinais de desconforto ou aumento do trabalho respiratório. Deve ser também registrada a situação nutricional da criança e questionado à família sobre a presença de engasgos e refluxo, variedade das consistências oferecidas e posicionamento

utilizado para a alimentação, verificando assim indícios de broncoaspiração.

A família deve ser interrogada sobre a condição de saúde da criança, história de infecção respiratória e internamentos. Ao constatar qualquer indicação de possível comprometimento respiratório, o profissional deve encaminhar a criança para avaliação e tratamento específico, com equipe multidisciplinar, para que seja também acompanhada pela fisioterapia respiratória, fonoaudiologia, pneumologia, gastropediatria e ortopedia pediátrica. Assim, será conduzida através dos recursos distintos de cada especialidade, mas com o objetivo geral de melhora da funcionalidade e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.B. Implicações práticas da fisiologia e biomecânica do recém-nascido, lactente e da criança. In: Fisioterapia Respiratória em Neonatologia e Pediatria. Rio de Janeiro: MedBook, 2011. Cap 1, p. 1-16.
- ARAÚJO CB. Prevalência e os fatores de risco da pneumonia em crianças com paralisia cerebral nível v de grau de comprometimento motor. Rev eletrônica saúde e ciência, v. 4, n. 02, p. 69-84, 2014.
- BENFER, Katherine a et al. Longitudinal Study of Oropharyngeal Dysphagia in Preschool Children with Cerebral Palsy. Archives of physical medicine and rehabilitation v. 97, n. 4, p. 552-560.e9, 2015.
- BENGUIGUI, Yehuda. As Infecções Respiratórias Agudas Na Infância Como Problema De Saúde Pública. Boletim de Pneumologia Sanitária v. 10, n. 1, p. 13-22, 2002.

BLACKMORE, Amanda Marie et al. Factors Associated with Respiratory Illness in Children and Young Adults with Cerebral Palsy. *The Journal of pediatrics* v. 168, p. 151–7.e1 , 2016.

BRANT, Luisa Campos Caldeira et al. Variações e diferenciais da mortalidade por doença cardiovascular no Brasil e em seus estados, em 1990 e 2015: estimativas do Estudo Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia* v. 20, n. suppl 1, p. 116–128 , 2017.

CLAUDINO, Karolyny Alves; DA SILVA, Lícia Vasconcelos Carvalho. Complicações respiratórias em pacientes com encefalopatia crônica não progressiva. *Revista Neurociencias* v. 20, n. 1, p. 94–100, 2012.

COSTA, Aniele Medeiros; ROBERTO, José; RAMOS, De Moraes. A função pulmonar no período neonatal. , 2004.8575410547.

CURADO ADF, GARCIA RSP, FRANCESCO RC. Investigação da aspiração silenciosa em portadores de paralisia cerebral tetraparética espástica por meio de exame videofluoroscópico. *Rev CEFAC* v. 7, n.2 p188-97, 2005.

DE FREITAS, Fabia suelane; PARREIRA, VerOnica franco; IBIAPINA, Cassio da cunha. Aplicação clínica do pico de fluxo da tosse : uma revisão de literatura. *fisioter. mov* v. 23, n. 3, p. 495–502 , 2010.

DUTT, Risha; RODUTA-ROBERTS, Mary; BROWN, Cary. Sleep and Children with Cerebral Palsy: A Review of Current Evidence and Environmental Non-Pharmacological Interventions. *Children* v. 2, n. 1, p. 78–88 , 2015.

EL-SERAG, Hashem B. et al. Extraesophageal associations of gastroesophageal reflux disease in children without neurologic defects. *Gastroenterology* v. 121, n. 6, p. 1294–1299 , 2001.

HEALY, Fiona; PANITCH, Howard B. Pulmonary complications of pediatric neurological diseases. *Pediatric annals* v. 39, n. 4, p. 216–224.

KAJEKAR, Radhika. Environmental factors and developmental outcomes in the lung. *Pharmacology and Therapeutics*. v.114, n. 2 , p 129-145 , 2007.

KOHRMAN, Michael H.; CARNEY, Paul R. Sleep-related disorders in neurologic disease during childhood. *Pediatric Neurology* v. 23, n. 2, p. 107–113 , 2000.

KWON YU, LEE HY. Differences of the truncal expansion and respiratory function between children with spastic diplegic and hemiplegic cerebral palsy. *J Phys Ther Sci*, v. 25, n. 12, p. 1633-1635, 2013.

KWON Y H, LEE H Y. Differences of Respiratory Function According to Level of the Gross Motor Function Classification System in Children with Cerebral Palsy. *J Phys Ther Sci*. v. 26, n. 3, p.389–391, 2014.

LÉLIS, Ana Luíza P.A.; CARDOSO, Maria Vera L.M.; HALL, Wendy A. Sleep disorders in children with cerebral palsy: An integrative review. *Sleep Medicine Reviews* v. 30, p. 63–71 , 2016.

LIPTAK, G S et al. Health status of children with moderate to severe cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology* v. 43, n. 6, p. 364–370, 2001.

MACEDO, Silvia Elaine Cardozo et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Revista de Saude Publica* v.41, n. 3, p. 351–358, 2007.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves De et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* v. 13, n.2, p. 268–277, 2010.

PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* v. 26, n. 1, p. 169–182, 2017.

POLVERINO, Mario et al. Anatomy and neuro-pathophysiology of the cough reflex arc. *Multidisciplinary respiratory medicine* v. 7, n. 1, p.5, 2012.

PRUITT, David W.; TSAI, Tobias. Common Medical Comorbidities Associated with Cerebral Palsy. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* v. 20, n.3, p. 453–467, 2009.

RICE, Mary B. et al. Lifetime exposure to ambient pollution and lung function in children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* v. 193, n. 8, p. 881–888, 2016.

SAMSON-FANG, Lisa J.; STEVENSON, Richard D. Identification of malnutrition in children with cerebral palsy: Poor performance of weight-for-height centiles. *Developmental Medicine and Child Neurology* v. 42, n. 3, p. 162–168, 2000.

SEDDON, P; KHAN, Y. Respiratory problems in children with neurological impairment. *Archives of Disease in Childhood* v. 88, n. 1, p. 75–78, 2003.

WANG HY, CHEN CC, HSIAO SF: Relationships between respiratory muscle strength and daily living function in children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*, v. 33, p. 1176-1182, 2012.

WATERMAN, E T et al. Swallowing disorders in a population of children with cerebral palsy. *International journal of pediatric otorhinolaryngology* v. 24, n. 1, p. 63–71, 1992.

CURADO ADF, GARCIA RSP, FRANCESCO RC. Investigação da aspiração silenciosa em portadores de paralisia cerebral tetraparética espástica por meio de exame videofluoroscópico. *Rev CEFAC* v. 7, n.2 p188-97, 2005.

Organizadores

CINTHIA RODRIGUES DE VASCONCELOS

Fisioterapeuta
Mestre em Saúde Materno Infantil - IMIP
Doutora em Nutrição - UFPE
Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da UFPE
cinthia.vasconcelos@abenfisio.com.br

LUANA PADILHA DA ROCHA

Fisioterapeuta
Mestre em Enfermagem e Educação em Saúde - UFPE
Fisioterapeuta NASF - Recife
luanapadilha1895@gmail.com

ANA CARLA BOTELHO

Fisioterapeuta
Mestre em Saúde Materno-infantil
Tutor de Fisioterapia na Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS
Profissional do Instituto Materno Infantil de Pernambuco
anacbotelho@hotmail.com

ANNA CATARINA SOARES DOS SANTOS MELO

Fisioterapeuta da AACD - PE
annacssmelo@yahoo.com.br

ANTONIETTA CLAUDIA BARBOSA DA FONSECA CARNEIRO

Fisioterapeuta
Mestre em Biofísica pela UFPE
Professora do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Estácio do Recife
antoniettaclaudia@gmail.com

BRUNA MARIA LIMEIRA RODRIGUES ORTIZ

Fisioterapeuta
Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde pela UFPB
bruna.ortiz83@gmail.com

CARINE CAROLINA WIESIOLEK

Fisioterapeuta
Mestre em Fisiologia - UFPE
Doutora em Neurociências - UFPE
Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da UFPE
carinecwi@gmail.com

CLAUDIA FONSECA DE LIMA

Fisioterapeuta
Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente
Doutoranda em Psicologia Clínica pela UNICAP
Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)
claudinhaflima@hotmail.com

CRISTIANA MARIA MACEDO DE BRITO

Fisioterapeuta
Especialização em Recursos Terapêuticos Manuais
Mestre em Saúde da Criança e Adolescente - UFPE
Doutora em Psicologia Clínica pela UNICAP-PE
Professora do curso de Fisioterapia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)
brito.cristiana@gmail.com

CYDA MARIA ALBUQUERQUE REINAUX

Fisioterapeuta
Doutora em Saúde Materno-infantil - IMIP
Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da UFPE
cydareinaux@hotmail.com

DANIELLY LAIS PERREIRA GOMES

Fisioterapeuta na Pepita Duran Clínica Multiserviços e Home Care
Mestre em Fisioterapia - UFPE
Professora do Instituto Pernambucano de Ensino Superior (IPESU)
Fisioterapeuta da Pepita Duran Clínica Multiserviços e Home Care
danilais.lima@gmail.com

FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA

Fisioterapeuta

Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães - FIOCRUZ

Professora Adjunta do curso de bacharelado em Saúde Coletiva do Centro Acadêmico de Vitória - CAV/UFPE

oliveirasilva.fabi@gmail.com

JÉSSICA BRITO NORONHA

Fisioterapeuta

Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente - UFPE

Pós-graduanda em Fisioterapia Neonatal e Pediátrica no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPE)

jessicabritofisioterapia@gmail.com

JULIANA BAPTISTA TEIXEIRA

Fisioterapeuta graduada pela FIR

Especialização em fisioterapia pediátrica- IMIP

Mestranda em fisioterapia - UFPE

Professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Comunicação, Tecnologia e Turismo (FACOTTUR)

julianabt1@hotmail.com

KAREN MACIEL SOBREIRA SOARES

Fisioterapeuta e Diretora técnica da Pepita Duran Clínica Multiserviços e Home Care

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente - UFPE

Servidora da Secretaria Estadual de Saúde - PE

cursos@pepitaduran.com.br

KARLA MONICA FERRAZ

Fisioterapeuta

Mestre e Doutora em Nutrição - UFPE

Doutora em engenharia Biomédica pela Université de Technologie de Compiègne - França

Professora Associada do Departamento de Fisioterapia da UFPE

karla.tbarros@ufpe.br

LORENA ALBUQUERQUE DE MELO

Fisioterapeuta

Mestre em Saúde Coletiva - UFPE

Fisioterapeuta do NASF Recife - PE

lorenalbuquerque@gmail.com

MARIA PERFECTA DURAN PORTO DANTAS

Fisioterapeuta e Diretora Administrativa da Pepita Duran Clínica Multiserviços e Home Care
Especialização em Fisioterapia Neurofuncional UGF-RJ

Diretora da FENAFISIO

diretoria@pepitaduran.com.br

RENALLI MANUELLA RODRIGUES ALVES

Fisioterapeuta

Mestre em Patologia - UFPE

Doutoranda em Saúde Integral - IMIP

renalli@hotmail.com

WASHINGTON JOSÉ DOS SANTOS

Fisioterapeuta

Mestre em Saúde Coletiva- UFPE

Profissional do Hospital das Clínicas - PE

Fisioterapeuta do NASF Recife - PE

washingtonfisio@gmail.com

COORDENAÇÃO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA (ABENFISIO)



Coordenador:

Prof Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva

Instituição: Universidade de Pernambuco

CREFITO 1

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0689848558441644>

Vice-Coordenadora:

Profª Luciana Carrupt Machado Sogame

Instituição: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

CREFITO 15

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0690734942606200>

1ª Secretária:

Prof Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva

Instituição: Universidade de Pernambuco

CREFITO 1

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0689848558441644>

2ª Secretária:

Profª. Laís Alves de Souza Bonilha

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

CREFITO 13

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9812118082161080>

1º Tesoureira:

Fisioterapeuta: Marcelly da Silva Barbieri

Instituição: NASF CF Raimundo Alves / Rio de Janeiro

CREFITO 2

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9898675062459280>

2ª Tesoureira:

Profª Cinthia Rodrigues de Vasconcelos

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco

CREFITO 1

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9932187655941209>

Suplentes:

Prof. Dernival Bertoncello

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

CREFITO 4

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7142226105648914>

Prof. Angelo Augusto Paula do Nascimento

Instituição: Centro Universitário do Rio Grande do Norte

CREFITO 1

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4798508766823643>

Profª. Vanda Cristina Galvão Pereira

Instituição: Centro Universitário Autônomo do Brasil

CREFITO 8

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1065855228515003>

Para obter mais informações sobre este caderno ou a versão online do mesmo, acesse nosso site www.crefito1.org.br ou envie um e-mail pra gabinete@crefito1.org.br.



crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

PRESIDENTE: Silano Souto Mendes Barros

DIRETORIA: Leiliane Gomes | Flávio Maciel | Amanda Cavalcanti Belo

CONSELHEIROS EFETIVOS: Eliete Moreira Colaço | Francisca Rego Oliveira de Araújo | Iara Lucena Barbosa de Lima | Talita Santos Camêllo | Valderlene Guimarães Santos

CONSELHEIROS SUPLENTEs: Charles Petterson Andrade de Omena | Cinthia Rodrigues de Vasconcelos | Dimitri Taurino Guedes | Francimar Ferrari Ramos | Joana Valeriano de Almeida Aguiar e Silva | Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva | Tereza Cristina Rocha Pedroza



crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

editora



redeunida