

# REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS

## INSTRUTIVO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELLECTUAL E VISUAL



Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas

BRASIL 2020

**INSTRUTIVO DE REABILITAÇÃO**  
**AUDITIVA, FÍSICA<sup>1</sup>, INTELECTUAL<sup>2</sup> E VISUAL**  
(Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas)

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS

Referências: Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012) e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: PRT MS/GM 835/2012);

1 Inclui os serviços de apoio à Pessoa com Estomia e as Oficinas Ortopédicas  
2 Inclui o serviço de Atenção à Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo  
Versão 3.0 Atualizado em agosto de 2020

## Sumário

Sumário .....	2
Sumário de Gráficos e Figuras.....	4
Sumário de Quadros.....	4
CAPÍTULO I - CONCEITOS ORIENTADORES .....	6
1- INTRODUÇÃO .....	6
2- DEFICIÊNCIA .....	6
3- DEFICIÊNCIA NO BRASIL .....	7
4- REABILITAÇÃO .....	8
5- ACESSO .....	10
6- CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	11
7- ORIENTAÇÕES PARA USO DA TECNOLOGIA ASSISTIVA .....	12
CAPÍTULO II - SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO .....	13
1 - ESTIMULAÇÃO PRECOCE.....	20
2 - NORMAS GERAIS DE FUNCIONAMENTO .....	20
2.2 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO.....	20
2.3 RECURSOS HUMANOS .....	21
2.4 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO CER E SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO ...	22
2.5 QUANTITATIVO DE USUÁRIOS/MÊS ATENDIDOS E MONITORAMENTO: .....	27
2.7 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS COMUNS A TODOS OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO .....	28
2.8 AMBIENTES DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO: .....	30
CAPÍTULO III - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO .....	32
1 - O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA .....	32
1.1 REABILITAÇÃO AUDITIVA COM APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) .....	33
1.3 REABILITAÇÃO AUDITIVA E O USO DO SISTEMA FM .....	34
1.4 LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS (LIBRAS) .....	35
1.5 DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA.....	35
2 – O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA .....	38
2.1 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA.....	38
2.2 EXAMES COMPLEMENTARES.....	38
2.3 REABILITAÇÃO FÍSICA.....	39
2.4 DEFICIÊNCIA FÍSICA E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA (TA).....	39

2.6 ESTRUTURAS FÍSICA/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA: .....	41
3- SERVIÇO DE OFICINA ORTOPÉDICA.....	43
3.1 FUNCIONAMENTO DA OFICINA ORTOPÉDICA:.....	44
3.2 ESTRUTURAS FÍSICAS/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DA OFICINA ORTOPÉDICA FIXAS (TIPO III): .....	45
3.3 OFICINAS ORTOPÉDICA ITINERANTES FLUVIAL (TIPO I) .....	49
4. O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL.....	51
4.1 AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL .....	51
4.3 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL .....	52
4.4 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA .....	53
4.5 ESTRUTURAS FÍSICA/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL: .....	54
5. O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO VISUAL .....	55
5.1 AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO.....	56
5.2 ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INFANTIL.....	56
5.3 DEFICIÊNCIA VISUAL E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA .....	57
5.4 PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE .....	59
5.5 ESTRUTURAS FÍSICA/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO VISUAL:.....	59
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	65
ANEXO I - REFERÊNCIA PARA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES POR TIPO DE CER – II, III ou IV e OFICINAS ORTOPÉDICAS .....	69
ANEXO II – CARGA HORÁRIA SEMANAL DA EQUIPE DA OFICINA ORTOPÉDICA.....	72
ANEXO III - DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER).....	74
ANEXO IV - DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE OFICINAS ORTOPÉDICAS .....	76
ANEXO V - MODELOS DE PLANILHA DE COMPOSIÇÃO E CARGA HORÁRIA DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO .....	78
ANEXO VI - TERMO DE COMPROMISSO IDENTIDADE VISUAL PARA SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO. ....	79
ANEXO VII - TERMO DE COMPROMISSO IDENTIDADE VISUAL PARA OFICINA ORTOPÉDICA .....	81
ANEXO VIII – MONITORAMENTO DO SERVIÇOS HABILITADOS COM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) E OFICINAS ORTOPÉDICA.....	83
Apêndice A- Etapas para Reabilitação Auditiva com o uso de AASI .....	101

Apêndice B - Definição de Estomia e os tipos de Estomas.....	111
Apêndice C - Deficiência Intelectual no Brasil.....	112
Apêndice D- Deficiência Visual no Brasil.....	114
Diretrizes de Atenção à saúde da pessoa com deficiência.....	119
Orientações para notificação de violência nos Centros Especializados em Reabilitação.....	121
Documentos Complementares.....	125

## Sumário de Gráficos e Figuras

Gráfico 1 - Proporção de pessoas com deficiência, com e sem aplicação da linha de corte recomendada pelo Grupo de Washington – Brasil – 2010.....	08
Gráfico 2 - Proporção de pessoas com deficiência, com e sem aplicação da linha de corte do WG, por tipo de deficiência - Brasil – 2010.....	09
Gráfico 3 - Proporção de pessoas com deficiência, com e sem aplicação da linha de corte do WG, por grupos de idade – Brasil – 2010.....	10
Figura 1 - Fluxograma Norteador- Acolhimento e atendimento no Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica – RCPD.....	19
Figura 2 - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada.....	112

## Sumário de Quadros

Quadro 1 - Atribuições mínimas dos profissionais de reabilitação.....	23
Quadro 2 - Quantitativos mínimos de produtividade por porte de CER.....	28
Quadro 3 - Equipamentos obrigatórios comuns a todos os serviços de reabilitação.....	28
Quadro 4 - Equipamentos recomendados comuns a todos os serviços de reabilitação.....	29
Quadro 5 - Ambientes Obrigatórios Comuns a todos os serviços de reabilitação - Área de convivência Interna.....	31
Quadro 6 - Ambientes Obrigatórios Comuns a todos os serviços de reabilitação - Área de convivência Externa.....	32
Quadro 7 – Lista de Materiais e Equipamentos Obrigatórios – (Reabilitação Auditiva).....	36
Quadro 8 – Lista de Materiais e Equipamentos Recomendados – (Reabilitação Auditiva).....	37

Quadro 9 – Lista de Materiais de Consumo – (Reabilitação Auditiva).....	37
Quadro 10 - Ambientes e Equipamentos Obrigatórios – (Reabilitação Física) .....	41
Quadro 11 – Lista de Materiais e Equipamentos Recomendados - (Reabilitação Física).....	41
Quadro 12 - Materiais de Consumo - (Reabilitação Física) .....	43
Quadro 13 - Materiais e Equipamentos Obrigatórios - (Oficinas Ortopédicas Fixas).....	45
Quadro 14 - Materiais e Equipamentos Recomendados - (Oficinas Ortopédicas Fixas).....	48
Quadro 15 - Ambientes e Equipamentos Obrigatórios - (Reabilitação Intelectual).....	54
Quadro 16 – Lista de Equipamentos Recomendados - (Reabilitação Intelectual).....	54
Quadro 17 – Lista de Materiais de Consumo - (Reabilitação Intelectual).....	55
Quadro 18 - Ambientes e Equipamentos Obrigatórios - (Reabilitação Visual).....	59
Quadro 19 - Equipamentos Recomendados - (Reabilitação Visual).....	60
Quadro 20 - Materiais Recomendados - (Reabilitação Visual).....	60
Quadro 21 - Composição da Equipe Multiprofissional por Categoria Profissional e Carga Horária Mínima Semanal.....	70
Quadro 22 - Composição da Equipe Médica por Especialidades e Carga Horária Mínima Semanal....	70
Quadro 23 - Composição da Equipe por Categoria profissional e Carga Horárias Mínimas Semanais (Oficina Ortopédica Fixa) .....	72
Quadro 24 - Composição da Equipe por Categoria profissional e Carga Horárias Mínimas Semanais (Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre) .....	72
Quadro 25 - Composição da Equipe por Categoria profissional e Carga Horárias Mínimas Semanais (Oficina Itinerante Fluvial).....	72
Quadro 26 - Procedimentos a serem monitorados para os Centros Especializados em Reabilitação, segundo o Sistema de Gerenciamento do Quadro de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.....	80
Quadro 27 - Procedimentos a serem monitorados para os Oficinas Ortopédicas, segundo o Sistema de Gerenciamento do Quadro de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.....	86
Quadro 28 - Medidas de Acuidade visual.....	103

## CAPÍTULO I - CONCEITOS ORIENTADORES

### 1- INTRODUÇÃO

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI), nº 13.146, de 06 de julho de 2015, em seu art. 2º, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Este documento tem por objetivo nortear a implementação e implantação de serviços de reabilitação, bem como, o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua no âmbito da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012), especialmente nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas.

### 2- DEFICIÊNCIA

A deficiência atualmente é compreendida como resultado entre o impedimento corporal e as barreiras socioambientais, resultando numa participação social deficitária.

Sendo que o impedimento corporal é compreendido como a perda ou ausência de um membro ou função sensorial, ou seja, as questões que se apresentam no corpo das pessoas, exemplo: a amputação de uma das pernas ou a perda total ou parcial da função auditiva.

As barreiras são compreendidas como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como, o gozo, a oportunidade e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros, classificadas em urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações, atitudinais e tecnológicas.

- Barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas;

- Barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação;

- Barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias;

- Barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes;

- Barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados;

- Barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo;

### 3- DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Os censos demográficos permitem a atualização das características da população por meio de dois tipos de questionários – Básico, mais simples, aplicado a 95% de todas as unidades domiciliares do município (no caso do Censo Demográfico IBGE 2010) e de Amostra – mais completo e aplicado a 5% das unidades domiciliares restantes, escolhidas para compor a amostra.

Os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, descreveram a prevalência dos diferentes tipos de deficiência que foi classificada pelo grau de severidade, de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas sobre suas funcionalidades. A avaliação foi feita com o uso de facilitadores como óculos e lentes de contato, aparelhos de audição, bengalas e próteses. As perguntas feitas aos entrevistados buscaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora pelos seguintes graus de dificuldade: (i) tem alguma dificuldade em realizar; (ii) tem grande dificuldade; (iii) não consegue realizar de modo algum; além da deficiência mental ou intelectual.

O marco conceitual adotado para investigação das pessoas com deficiência no Censo Demográfico de 2010, buscou se adaptar à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) divulgada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001. Dessa forma, o IBGE consolidou a compreensão da deficiência como produto da interação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, também em consonância com a concepção da Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada no âmbito das Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de dezembro de 2006.

O quadro de perguntas sobre pessoas com deficiência utilizado no questionário do Censo Demográfico 2010, partiu do modelo de perguntas e respostas propostos pelo Grupo de Washington (GW) em seu conjunto curto de questões para pesquisas censitárias.

Em 2010, optou-se por identificar as pessoas com deficiência que respondessem ter pelo menos alguma dificuldade em uma ou mais questões por tipo de deficiência. A partir dessa leitura foram consideradas 45.606.048 o número de pessoas com deficiência no Brasil, o que corresponde a 23,9% do total da população recenseada pelo Censo Demográfico 2010.

Contudo, o IBGE publicou a Nota técnica 01/2018, que traz a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington, onde identifica-se como pessoa com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões no Censo 2010.

Sendo assim, ao aplicar esta nova linha de corte, a população total de pessoas com deficiência residentes no Brasil captada pela amostra do Censo Demográfico 2010 passa de 45.606.048 pessoas, ou 23,9% do total para um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico 2010:

#### 4- REABILITAÇÃO

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012) a reabilitação é essencial para pessoas com deficiência a fim de torná-las capazes de participar da vida educacional, do mercado de trabalho e da vida civil.

O conceito de reabilitação proposto por esse Relatório engloba os aspectos que dizem respeito à deficiência, como a melhoria da funcionalidade individual, e também a intervenção no ambiente, como a instalação de barra de apoio no banheiro, por exemplo. Portanto a reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação entre fatores relevantes do indivíduo e seu ambiente, a definição de metas, o planejamento, implantação de medidas e a avaliação de seus efeitos (OMS, 2012).

Cabe destacar a distinção entre os processos de Reabilitar-Reabilitação/Habilitar-Habilitação: “habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda; então a noção de reabilitar é

problemática. A reabilitação no serviço de saúde é sempre um desafio a habilitar o sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o “re” se aplica” (BRASIL, p. 66, 2008).

O processo de habilitação e reabilitação tem por objetivo, segundo a LBI, o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

As estratégias de ações para reabilitação devem ser executadas a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, com vistas a promover e garantir melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento para o desempenho de atividades e habilidades de forma integral e independente. Desse modo, essas ações não podem ser desenvolvidas a partir do trabalho de único saber ou campo profissional, mas sim a partir de uma lógica de trabalho coletiva, pensando o indivíduo em sua complexidade.

As ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

A CIF faz um eixo paradigmático entre a saúde e a doença, pois determina em sua terminologia a funcionalidade como termo amplo que engloba funções e estruturas do corpo, assim como os componentes das atividades, através da execução de tarefas e a participação do indivíduo e seu envolvimento nas situações de vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade.

Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). De maneira similar a incapacidade refere-se a um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação. Indica, portanto, os aspectos negativos da interação de um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais, ambientais e pessoais. Deficiência e atividade norteiam o processo de reabilitação. Enquanto a primeira trata de uma anormalidade de uma estrutura do

corpo ou função fisiológica, a segunda mostra o contexto da tarefa ou ação de um indivíduo, ou seja, a perspectiva individual da funcionalidade (OMS, 2003).

O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na sociedade, comunidade e família. Organiza-se a partir de três componentes:

O corpo, compreendido em sua dimensão funcional e estrutural;

Atividade e participação, como aquilo que o corpo é capaz de realizar. Representa aspectos da funcionalidade individual e social, englobando todas as áreas vitais, desde as atividades básicas do cotidiano, até interações interpessoais e de trabalho;

Contexto em que cada um vive para realizar suas atividades, entre os quais estão incluídos os fatores ambientais, que têm um impacto sobre todos os três componentes.

## 5- ACESSO

Uma das prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam: estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado.

O acesso ao serviço de reabilitação está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Isto requer análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos de educação permanente das equipes de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida e o maior grau de autonomia possível à saúde da pessoa com deficiência.

Vale destacar, que o usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência que funcione segundo a lógica territorial, o que exige organizar os pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em cada região de saúde, dispondo de estrutura física e funcional e de equipes multiprofissionais devidamente

qualificadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada em reabilitação para pessoas com deficiência, de modo articulado aos demais serviços da atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência.

Os serviços de atenção especializada em reabilitação irão produzir em conjunto com o usuário, familiares e acompanhantes, de forma matricial na rede de atenção um Projeto Terapêutico Singular com base nas avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologia assistiva, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida.

## 6- CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) consiste num conjunto de condutas terapêuticas articuladas, propostas para um sujeito individual ou coletivo (uma família, por exemplo) e direcionadas às suas necessidades. É composto, por, pelo menos quatro momentos: avaliação, definição das ações prioritárias, divisão de responsabilidade e reavaliação (BRASIL, 2007). Trata-se de “um processo estratégico e dinâmico que articula usuários, famílias, profissionais da equipe de saúde do serviço e redes sociais na determinação das prioridades, necessidades e possibilidades de ações que contribuam para a efetividade do cuidado. E todos, neste processo, são agentes autônomos e protagonistas na construção e manutenção contínua e sustentável do PTS (MÂNGIA, 2002; MÂNGIA; MURAMOTO, 2007; BOCCARDO et al., 2011) ”.

O enfoque do trabalho em saúde com pessoas com deficiência deve estar centrado na ampliação da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais. Desta forma, é importante que sejam avaliados aspectos da funcionalidade dos usuários na admissão ao serviço e ao longo do processo de reabilitação.

A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar dos profissionais de saúde e o envolvimento direto da pessoa com deficiência, familiares e atendentes pessoais nos processos de cuidado. As estratégias de ações para reabilitação devem ser estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como fatores emocionais, ambientais, comunicacionais, sociais e o desempenho ocupacional.

Neste sentido, a troca e compartilhamento de experiências e de conhecimentos entre os profissionais da equipe são de fundamental importância para a qualificação do cuidado,

intervenção e para a definição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo de reabilitação.

O PTS definido para cada caso deve ser periodicamente avaliado e ajustado sempre que se fizer necessário, tanto em termos de objetivos, quanto das estratégias a serem utilizadas.

## 7- ORIENTAÇÕES PARA USO DA TECNOLOGIA ASSISTIVA

“Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica multiprofissional e interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social” (Brasil, 2009).

A indicação e orientação para o uso da Tecnologia Assistiva deve considerar o ganho funcional do usuário, bem como, a ampliação e ganho de habilidades funcionais e ocupacionais, proporcionando à pessoa com deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social, por meio da ampliação de sua comunicação, mobilidade, controle de seu ambiente e habilidades de seu aprendizado e trabalho.

Orientar o usuário, familiares e cuidadores pessoais, por exemplo, é crucial para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária, conseqüentemente a utilização e aceitação dos recursos como coadjuvantes auxiliares no processo de sua reabilitação. O treinamento e orientação para o uso do dispositivo de Tecnologia Assistiva será realizado pelo profissional com capacitação em reabilitação/habilitação que atua na equipe multiprofissional.

Deve ser emitido relatório, quando necessário, da equipe multiprofissional do serviço de reabilitação com informações sobre o tratamento e orientações às equipes de atenção básica, tendo em vista seu papel de coordenadora do cuidado e ponto de atenção na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Os profissionais dos serviços de reabilitação devem estabelecer mecanismos de comunicação organizados com outros pontos da rede e níveis de atenção, como atenção básica e urgência visando à garantia da integralidade do cuidado e acesso a reabilitação em tempo oportuno.

No caso do atendimento de estudante com deficiência, após o término da reabilitação a equipe responsável deverá emitir um relatório com orientações quanto aos procedimentos a serem adotados pelos professores de Sala de Recursos Multifuncional, o que contribui para o

processo de inclusão do educando. Caso seja necessário, a equipe do serviço de reabilitação poderá orientar os profissionais de educação no próprio ambiente escolar.

## CAPÍTULO II - SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

A Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, contará com os pontos de atenção à saúde na Atenção Básica, Especializada, Hospitalar, Urgência e Emergência. O componente especializado é composto prioritariamente pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação e Oficinas Ortopédicas, os quais deverão estar articulados entre si no Componente da Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, bem como, com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

Conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI, os Centros Especializados em Reabilitação são pontos de atenção ambulatorial especializados em reabilitação que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva e será organizado conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) prestadas, a saber:

- CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação;
- CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação;
- CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.

Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação até a data anterior à publicação das Portarias GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012 (PRT de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI) e GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012 (Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV), seguirão as exigências técnicas estabelecidas quando da data de sua habilitação.

Esses serviços poderão requerer a qualificação para CER, desde que previsto no Plano de Ação Regional e desde que sejam cumpridas as exigências estabelecidas na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI.

Por sua vez, as Oficinas Ortopédicas são serviços de confecção, dispensação, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e podem ser:

- Oficina Ortopédica Fixa;
- Oficina Ortopédica Itinerante;

Os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir como oferta do cuidado integral e qualificada:

- Acolhimento do usuário, inicia-se com a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Por meio de escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. (Brasil, 2013)

- Avaliação inicial, abrange a entrevista, revisão do histórico médico, observação, testes padronizados e não padronizados, e análise do caso com membros da equipe de reabilitação, a fim de interpretar as informações necessárias para o diagnóstico e intervenção;

- Diagnóstico a partir da análise dos sinais, sintomas, histórico clínico, exames físicos, complementares e avaliação de funcionalidade;

- Elaboração do plano terapêutico ou de tratamento, estágio final do processo de avaliação, constitui-se numa proposta de programa que reúne metas, objetivos e estratégias de intervenção embasadas na prioridade do paciente. A duração estimada do tratamento, bem como a necessidade de articular o tratamento com outros serviços ou pontos de atenção à saúde, podem ser definidas nesta etapa;

- Atendimento especializado em reabilitação/habilitação;

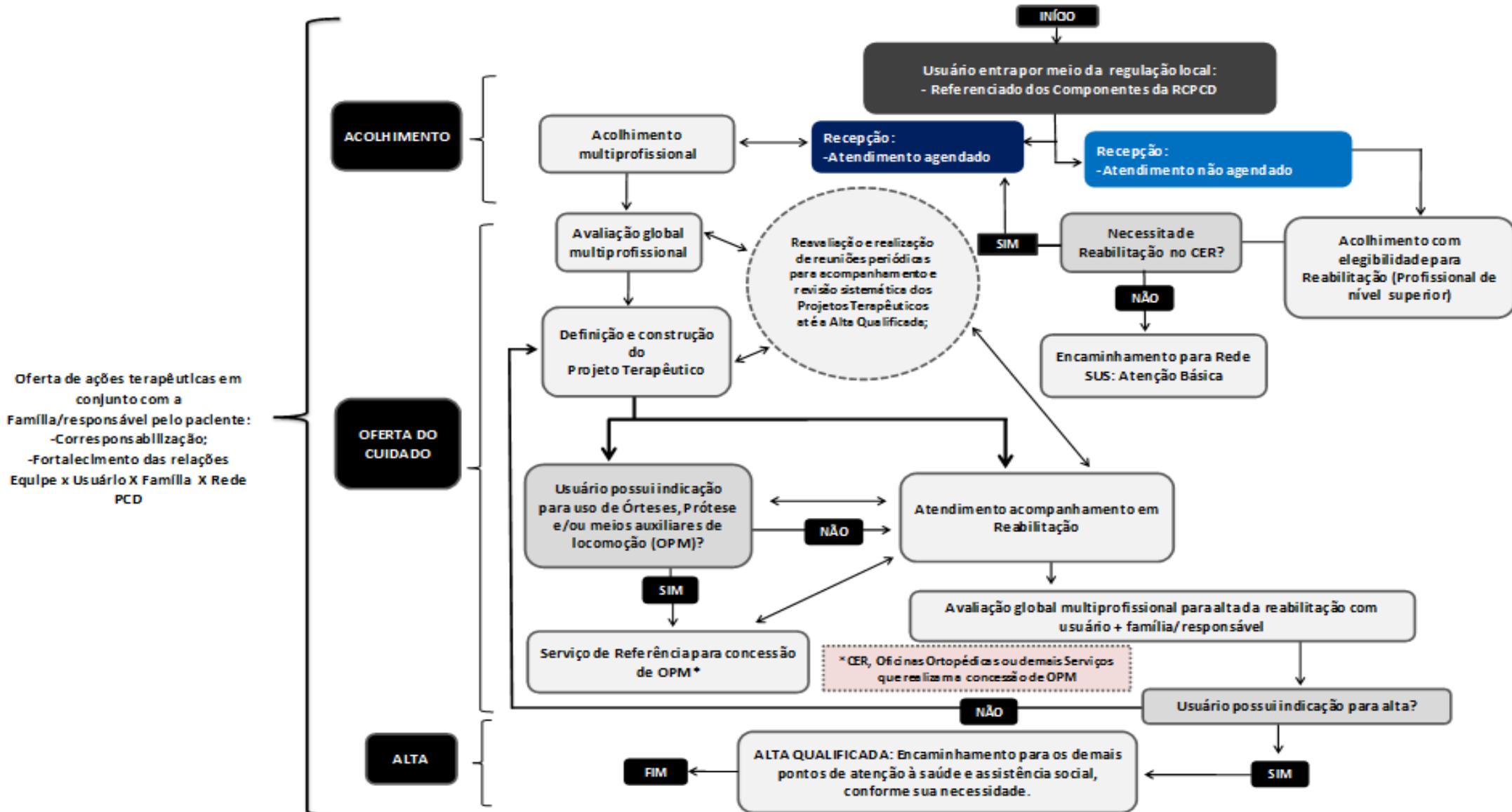
- Reavaliação, deve ocorrer periodicamente ao longo da intervenção para identificação da evolução ou déficits no desempenho do paciente e/ou da proposta terapêutica de pequeno, médio e longo prazo;

- Estimulação Precoce às Crianças de 0 a 3 anos com atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor, promover acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil, além de orientar as famílias sobre a continuidade do cuidado no seio familiar;
- Orientações aos cuidadores pessoais, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;
- Orientações e apoio às famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas;
- Promoção de reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos e discussão de casos, a fim de promover o trabalho interdisciplinar e transdisciplinar;
- O registro em prontuário único de todas as etapas da reabilitação, incluindo a avaliação, com informações sobre a evolução do usuário;
- Estratégias de Educação permanente, promovendo aprendizagem no trabalho, em que o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, bem como atividades sistemáticas de capacitação para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas;
- Sistema de referência e contra referência, apontando para redes de atenção em saúde, estabelecendo critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento;
- Articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado;
- Participação e/ou promoção, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de

evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva;

- Articulação intersetorial com os serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência.

Figura 1 - Fluxograma Norteador- Acolhimento e atendimento no Centro Especializado em Reabilitação e Oficina Ortopédica – RCPD:



## 1 - ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Todos os Centros Especializados em Reabilitação e Estabelecimentos de Saúde Habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação devem realizar estimulação precoce que pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional e interdisciplinar com bebês de alto risco e com crianças até os 3 anos de idade, com o objetivo de propiciar o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, excetuando-se os serviços de reabilitação auditiva habilitados em média complexidade, conforme a Portaria SAS/MS nº 587, de 07 de outubro de 2004.

Os programas de estimulação precoce dos Centros Especializados em Reabilitação devem realizar:

- Atendimento da criança de maneira individual ou em grupo;
- Acolhimento e orientação às famílias;
- Matriciamento às equipes de Atenção Básica, Maternidades, bem como outros dispositivos da RAS.

Os atendimentos devem utilizar técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança e devem ter caráter sistemático e sequencial.

Uma vez identificado o risco para o desenvolvimento neuropsicomotor, deve-se iniciar a estimulação precoce imediatamente, não sendo recomendado aguardar confirmação diagnóstica, exceto nos casos em que a condição clínica da criança não permita.

Os programas de estimulação precoce devem ser organizados de acordo com as modalidades de reabilitação ofertadas, bem como, com os profissionais que fazem parte da equipe dos serviços.

## 2 - NORMAS GERAIS DE FUNCIONAMENTO

### 2.2 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER II, III ou IV), bem como os Estabelecimentos de Saúde Habilitados em apenas Um Serviço de Reabilitação e as Oficinas Ortopédicas Fixas terão funcionamento mínimo de 8 horas diárias de segunda à sexta-feira, podendo ser estendido a critério do gestor local.

## 2.3 RECURSOS HUMANOS

Os serviços de reabilitação devem contar com Responsável Técnico de nível superior, devidamente habilitado, que somente poderá assumir essa função por um único serviço credenciado no SUS, devendo residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha. O Responsável Técnico deverá cumprir, no mínimo, 40 horas de trabalho semanais no serviço.

O Responsável Técnico é pessoa física legalmente habilitada a responder tecnicamente por ações e serviços de saúde realizados em um estabelecimento de saúde. No âmbito do CER e Serviços de Reabilitação, este profissional é responsável por aliar a gestão administrativa do serviço às necessidades de saúde identificadas nos seus usuários e território.

É atribuição do Responsável Técnico a coordenação da equipe, do estabelecimento, manutenção de arranjos e escalas profissionais que garantam o bom funcionamento do serviço e não firam as condições pré-estabelecidas por este instrutivo, bem como, as legislações trabalhistas. O estabelecimento de fluxos internos, gestão da clínica, documental, reuniões de equipe, articulação de rede e território, como também a alimentação dos sistemas de informações em tempo oportuno, são atividades atribuídas ao Responsável Técnico, Equipe e Gestão municipal/estadual.

O cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) são de responsabilidade de cada estabelecimento de saúde, por meio de seus responsáveis técnicos ou responsáveis administrativos, junto ao gestor local.

O Responsável Técnico deverá dimensionar o número de profissionais de sua equipe de forma que garanta o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários em cada uma das modalidades de reabilitação. Devendo assegurar a presença de todas as categorias profissionais, exceto a médica, durante todo o funcionamento do serviço, nos turnos manhã e tarde.

No CNES, o Responsável Técnico deve ser identificado no campo Diretor Clínico/Gerente/Administrador, na aba de Identificação do estabelecimento, no âmbito do CER e Serviços de Reabilitação, podendo ser preenchido por qualquer CBO de nível superior.

A composição e o dimensionamento da equipe multiprofissional devem considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação e suas possibilidades de combinações para o CER (II, III ou IV) e Oficina Ortopédica, conforme ANEXO I deste Instrutivo.

## 2.4 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DO CER E SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

As atribuições dos profissionais das equipes dos Centros Especializados em Reabilitação, devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, bem como, as demandas identificadas no território e as contratualizações estabelecidas pelo gestor municipal ou estadual.

Ações comuns à Equipe Multiprofissional do Centro Especializado em Reabilitação:

- Realizar acolhimento multiprofissional de usuários;
- Realizar Anamnese;
- Construir e reavaliar periodicamente o PTS;
- Diagnosticar e avaliar a funcionalidade;
- Atender individualmente e/ou em grupo;
- Registrar prontuários e a produção;
- Criar protocolos de atendimento;
- Realizar e participar de reuniões periódicas de equipe para estudos e discussões de casos;
- Articular com os outros componentes de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência);
- Realizar estudos e pesquisas na área da deficiência, em parceria com Instituições de ensino e pesquisa;
- Articular junto aos serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros;
- Identificação e captação de usuários elegíveis na Rede de Urgência e Hospitalar;
- Identificação e captação de usuários elegíveis com Síndrome Congênita Zika Vírus;
- Identificar outras ações no território;

O enfoque no atendimento às pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais. Portanto, os atendimentos no CER, Estabelecimentos de Saúde Habilitados em apenas Um Serviço de Reabilitação e Oficina Ortopédica no processo de reabilitação/habilitação são baseados em uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo a equipe de profissionais, os assistentes pessoais e os familiares nos processos do cuidado.

**Quadro 1 - Atribuições mínimas dos profissionais de Reabilitação.**

Profissional	Descrição da Atividade
Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consultas especializadas;</li> <li>• Realizar avaliação periódica;</li> <li>• Realizar diagnóstico do impedimento;</li> <li>• Realizar e solicitar exames;</li> <li>• Prescrever medicações;</li> <li>• Realizar consultas e atendimentos médicos;</li> <li>• Elaborar documentos médicos, inclusive laudos;</li> <li>• Implementar ações para promoção, prevenção e reabilitação da saúde;</li> <li>• Assumir responsabilidades sobre os procedimentos médicos que indica ou do qual participa;</li> <li>• Apresentar relatórios das atividades para análise;</li> <li>• Discutir diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção com a equipe, usuários, responsáveis e familiares;</li> <li>• Participar de equipes interdisciplinares e multiprofissionais, realizando atividades em conjunto, tais como: discussão de casos, reuniões administrativas, avaliação global, interconsultas, reuniões de equipe, campanhas e outras pertinentes à saúde da pessoa com deficiência;</li> <li>• Manter prontuários e registros de documentos relativos aos usuários atualizados;</li> <li>• Registrar em prontuário as consultas, avaliações, diagnósticos, prognósticos, tratamentos, evoluções, interconsultas e intercorrências.</li> </ul>
Fisioterapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação funcional e tratar seus acometimentos;</li> <li>• Avaliar, treinar e adaptar usuários para utilização de OPM;</li> <li>• Realizar Estimulação Precoce;</li> <li>• Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;</li> <li>• Realizar avaliação física e funcional, aplicar e interpretar escalas, questionários, testes funcionais e exames complementares para determinação do diagnóstico e o prognóstico fisioterapêutico;</li> <li>• Prescrever, analisar, aplicar, avaliar/reavaliar métodos, técnicas e recursos fisioterapêuticos para restaurar as funções articular, óssea, muscular, tendinosa, sensório, sensitiva e motoras, individuais ou em grupo;</li> <li>• Prescrever, confeccionar, gerenciar órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, adaptações e tecnologia assistiva para otimizar, adaptar ou manter atividades funcionais com vistas à maior autonomia e independência funcional;</li> <li>• Prescrever e determinar as condições de alta fisioterapêutica;</li> <li>• Registrar em prontuário consultas, avaliações, diagnósticos, prognósticos, tratamentos, evoluções, interconsulta, intercorrências e altas fisioterapêuticas;</li> <li>• Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar e realizar atividades de educação em saúde, orientar e capacitar os usuários, cuidadores e acompanhantes para a promoção de uma maior funcionalidade e autonomia dos usuários, bem como na prevenção de riscos ambientais;</li> <li>• Planejar e executar estratégias de adequações para uma melhor acessibilidade a ambientes públicos e privados, como também planejar adequações em ambiente domiciliar, escolar, laboral e de lazer.</li> </ul>
Terapeuta Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliação do desempenho ocupacional, funcional e tratar seus acometimentos em todos os ciclos de vida;</li> <li>• Realizar atividades terapêuticas ocupacionais, individuais ou em grupo e oficinas terapêuticas;</li> <li>• Avaliar, prescrever, confeccionar, treinar e adaptar usuários para utilização de OPM e recursos de Tecnologia Assistiva;</li> <li>• Realizar consulta, triagem, entrevista, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento;</li> <li>• Realizar avaliação ocupacional, dos componentes percepto-cognitivos, psicossociais, psicomotores, psicoafetivos e sensoperceptivos no desempenho ocupacional; avaliar os fatores pessoais e os ambientais que, em conjunto, determinam a situação real da vida (contextos); avaliar as restrições sociais, atitudinais e as do ambiente; realizar avaliação da função cotidiana AVD e AIVD;</li> <li>• Planejar tratamento e intervenção, acolher a pessoa, promover, prevenir e restaurar a saúde em qualquer fase do cotidiano da vida; planejar, acompanhar e executar etapas do tratamento e alta; redesenhar as atividades em situação real de vida e promover o reequilíbrio dos componentes percepto-cognitivos, psicossociais, psicomotores, psicoafetivos e sensoperceptivos do desempenho ocupacional; redesenhar as atividades em situação real de vida e reduzir as restrições ambientais e atitudinais; adaptar a atividade, o ambiente natural e o transformado; desenhar atividades em ambiente controlado (<i>setting</i> terapêutico) para facilitar, capacitar, desenvolver e reequilibrar os componentes do desempenho ocupacional;</li> <li>• Aplicar estratégias de intervenção individual e grupal; utilizar técnicas corporais e artístico-culturais; planejar, reorganizar e treinar as Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD); orientar, educar e capacitar a família, cuidadores e a rede de apoio;</li> <li>• Prescrever tecnologia assistiva;</li> <li>• Registrar e guardar a evolução clínica e relatórios em prontuário próprio;</li> <li>• Emitir laudos, atestados e pareceres.</li> </ul>
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, bem como, auxiliar os profissionais da equipe nos manejos clínicos;</li> <li>• Administrar medicações, quando necessário;</li> <li>• Realizar curativos, avaliação e controle de lesões cutâneas;</li> <li>• Monitorar e avaliar a evolução clínica;</li> <li>• Prescrever cuidados de enfermagem voltados à saúde do indivíduo;</li> <li>• Estabelecer relacionamento terapêutico no qual o enfermeiro cuida do usuário no atendimento de suas necessidades;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar e participar do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular dos usuários dos serviços em que atua, com a equipe multiprofissional;</li> <li>• Conduzir e coordenar grupos terapêuticos;</li> <li>• Participar da equipe multiprofissional na gestão de caso;</li> <li>• Prescrever medicamentos e solicitar exames descritos nos protocolos de saúde pública e/ou rotinas institucionais;</li> <li>• Efetuar a referência e contra referência dos usuários;</li> <li>• Participar dos estudos de caso, discussão e processos de educação permanente na área da saúde da pessoa com deficiência;</li> <li>• Desenvolver ações de treinamento operacional e de educação permanente, de modo a garantir a capacitação e atualização da equipe de enfermagem;</li> <li>• Promover a vinculação das pessoas com deficiência no atendimento no serviço e suas famílias aos pontos de atenção no território;</li> <li>• Efetuar registro escrito, individualizado e sistemático, no prontuário, contendo os dados relevantes da permanência do usuário.</li> </ul>
Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consultas de Psicologia e Psicodiagnóstico;</li> <li>• Realizar atendimento psicoterapêutico individual e/ou em grupo;</li> <li>• Realizar atividades psicomotoras destinadas as funções do desenvolvimento global;</li> <li>• Aplicar testes, realizar entrevistas, questionários e observações simples;</li> <li>• Aplicar dinâmicas individuais e/ou em grupo;</li> <li>• Fornecer orientação psicológica ao paciente e sua família/cuidador com base nos dados avaliativos.</li> </ul>
Assistente Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar, junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo desde a admissão (entrada do usuário/família no serviço) até a alta;</li> <li>• Identificar e trabalhar os aspectos sociais apresentados para garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, frente a sua condição de vida;</li> <li>• Articular com pontos e serviços da Rede de maneira intra e intersectorial que respondam as diversas e complexas necessidades básicas;</li> <li>• Assegurar intervenção interdisciplinar capaz de responder as demandas dos pacientes individualmente e familiares bem como as coletivas;</li> <li>• Fomentar o reconhecimento da Pessoa com Deficiência no contexto familiar, social e comunitário;</li> <li>• Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas de Reabilitação;</li> <li>• Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;</li> <li>• Sensibilizar o usuário e/ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;</li> <li>• Criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;</li> <li>• Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;</li> <li>Realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento do serviço.</li> </ul>
Fonoaudiólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar avaliações e reabilitação da função auditiva periférica e central, da linguagem oral e escrita, da voz, fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofaciais, cervical e de deglutição.</li> <li>Realizar avaliação, diagnóstico, prognóstico, habilitação e reabilitação fonoaudiológicas de pessoas nos diferentes ciclos de vida com alterações neurofuncionais, atuando nas sequelas resultantes de danos ao sistema nervoso central ou periférico;</li> <li>Participar de equipes de diagnóstico, realizando a avaliação da comunicação oral e escrita, voz e audição;</li> <li>Orientar usuários, familiares, cuidadores, e as equipes multidisciplinares;</li> <li>Realizar terapia fonoaudiológica dos problemas de comunicação oral e escrita, voz e audição;</li> <li>Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de fonoaudiologia e reabilitação;</li> <li>Emitir parecer, laudo, relatório, declaração e atestado fonoaudiológicos;</li> <li>Compor equipe multidisciplinar com atuação inter e transdisciplinar;</li> <li>Atuar junto a indivíduos com queixas comunicativas e cognitivas, assim como àqueles que apresentam quaisquer alterações neuropsicológicas associadas a quadros neurológicos, psiquiátricos, neuropsiquiátricos e desenvolvimentais que afetam a comunicação;</li> <li>Promover processos de formação continuada de profissionais ligados à atuação junto as pessoas com alteração neurofuncional.</li> </ul>
Nutricionista	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o diagnóstico e o acompanhamento do estado nutricional, calculando os parâmetros nutricionais para os diferentes ciclos de vida e condições específicas, especialmente pessoas com estomias;</li> <li>Estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente;</li> <li>Elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes;</li> <li>Registrar em prontuário dos pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Unidade de Nutrição e Dietética (UND);</li> <li>Identificar indivíduos com necessidades nutricionais específicas, para que recebam o atendimento adequado;</li> <li>Propor e realizar ações de educação alimentar e nutricional para usuários e equipe, inclusive promovendo a consciência ecológica e ambiental;</li> <li>Implantar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo, distribuição e transporte de refeições e/ou preparações em treinos de AVD onde houver manuseio e preparação de alimentos;</li> <li>Interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.</li> </ul>

## 2.5 QUANTITATIVO DE USUÁRIOS/MÊS ATENDIDOS E MONITORAMENTO:

A média do número de usuários atendidos deve considerar o recomendado para cada modalidade de reabilitação e considerar os usuários que estão em processo de avaliação e reabilitação, devidamente registrados nos sistemas locais de informação, a saber:

- Reabilitação Auditiva: mínimo de 150 usuários/mês.
- Reabilitação Física: mínimo de 200 usuários/mês.
- Reabilitação Intelectual: mínimo de 200 usuários/mês.
- Reabilitação Visual: mínimo de 150 usuários/mês.

Os Centros Especializados de Reabilitação, além dos requisitos estabelecidos nas normas vigentes e neste instrutivo de reabilitação, serão monitorados pelo Ministério da Saúde (MS), conforme quantitativos mínimos de produtividade estabelecidos abaixo (Quadro 2), considerando o conjunto de procedimentos dispostos no Quadro 26 do ANEXO VIII e carga horária mínima profissional estabelecida por tipo de CER (ANEXO I).

Cabe destacar, que é de responsabilidade do gestor local a devida alimentação dos sistemas de informação do SUS, é condição obrigatória a alimentação dos sistemas de informação respectivos aos serviços que compõe a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, dentro dos parâmetros preconizados pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/Ministério da Saúde, devendo estes procedimentos serem registrados em Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) e/ou Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC), estando sujeitos a suspensão de recurso de custeio bem como a respectiva desabilitação.

A Portaria Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017, prevê que:

“Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

§ 2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados:

III - o cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção

do Sistema Único de Saúde - SUS em sua respectiva esfera de competência.

Art. 4º O repasse dos recursos de que trata o artigo 3º ao Estado, ao Distrito Federal e ao Município fica condicionado à:

V - alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde”

Assim, as informações relativas aos procedimentos contidas nas bases nacionais e oficiais do SUS (sistema SIA/SUS) devem ser alimentadas regularmente.

#### **Quadro 2 - Quantitativos mínimos de produtividade por porte de CER**

<b>Tipo de CER</b>	<b>Produção da Equipe Multiprofissional (Exceto Médico)</b>	<b>Produção da Equipe Médica</b>	<b>Produção SIA/SUS Mínima (Mensal)</b>
CER II	2.150	256	<b>2.406</b>
CER III	3.379	384	<b>3.763</b>
CER IV	5.683	512	<b>6.195</b>

#### **2.7 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS COMUNS A TODOS OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO**

#### **Quadro 3 - Equipamentos obrigatórios comuns a todos os serviços de reabilitação**

<b>Equipamentos</b>
Armários
Arquivos
Aspirador de secreções
Biombo
Cadeiras de rodas (pediátrica, adultos e para obeso)
Cadeiras
Televisor
Cama
Geladeira /Refrigerador
Computadores (Desktop-Básico/ Notebook)
Escada com 2 degraus
Esfigmomanômetro (Infantil, Adulto e Obeso)
Estetoscópio (Infantil e Adulto)

Impressoras
Macas (mesa de exames)
Mesas
Negatoscópio
Armário
Mesa com cadeiras
Fogão/cooktop
Lanterna Clínica
Cadeira de Banho/ Higiênica
Nebulizador Portátil
Aparelho de som

**Quadro 4 - Equipamentos recomendados comuns a todos os serviços de reabilitação**

<b>Equipamentos</b>
Ar condicionado
Balcão de atendimento
Balde a Pedal
Banqueta/Banqueta dobrável
Carro Maca Simples
Cilindro de Gases Medicinais
Carro de curativos
Carro de medicamento
Estante
No-Break (Para Computador/Impressora)
Telefone
Ventilador de teto ou de parede
Aquecedor portátil de ambiente
Balança Antropométrica (Infantil, Adulto e Obesos)
Balança Digital Portátil
Cronômetro
Armário Vitrine
Arquivo
Longarina
Espaldar em Madeira (Barra/ Escada de Ling)
Bebedouro/ Purificador Refrigerado
BIPAP
Cadeira para Massagem
Capnógrafo
Carro para Transporte de Materiais (diversos)
CPAP
DEA - Desfibrilador Externo Automático
Desfibrilador Convencional
Aparelho de DVD
Equipamento para Videoconferência
Escada com 3 degraus
Escada Digital em Madeira para Reabilitação
Estadiômetro

Foco Refletor Ambulatorial
Fotóforo
Forno de Microondas
Glicosímetro
Trocador de Fraldas de Parede
Tela de Projeção
Tablet
Divã
Projektor Multimídia (Datashow)
Mocho

No que concerne aos equipamentos, orienta-se que sejam seguidas todas as recomendações estabelecidas pelos fabricantes ou pelas normas técnicas vigentes, quanto à instalação, manutenção preventiva e corretiva, calibração, controle dos contratos de manutenção e verificação da obsolescência dos equipamentos. Tais atividades, caso não sejam realizadas podem comprometer o procedimento terapêutico ou diagnóstico.

## 2.8 AMBIENTES DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO:

Os Centros Especializados em Reabilitação, Estabelecimentos de Saúde Habilitados em apenas Um Serviço de Reabilitação e Oficinas Ortopédicas, deverão dispor de infraestrutura, mobiliário e equipamentos de modo a garantir o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

Os serviços citados acima devem observar as normativas relacionadas a seguir, bem como, suas atualizações:

- Resolução – RDC N° 50 ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002: Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada;
- Resolução - RDC n° 51 ANVISA, de 06 de outubro de 2011: Requisitos para Aprovação de Projetos Físicos de Estabelecimentos de Saúde;
- Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018: Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências;
- Resolução - RDC N° 192 ANVISA, de 28 de junho de 2002: Regulamento Técnico para disciplinar as empresas de ortopedia técnica, empresas de confecção de palmilhas e calçados ortopédicos e as empresas de comercialização de artigos ortopédicos;

- Norma ABNT NBR 9050, de 03 de agosto de 2020: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos;
- Norma ABNT NBR 16537, de 27 de outubro de 2016 Versão Corrigida 2:2018: Acessibilidade – Sinalização tátil no piso – Diretrizes para elaboração de projetos e instalação;
- Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo I, Anexo 1 do Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 2728/2013), que alterou o anexo da Portaria nº Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV, Seção I (Origem: PRT MS/GM 1303/2013) que estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências;
- Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, disponível em: <http://www.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/viver-sem-limite>
- Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação e das Oficinas Ortopédicas, disponíveis em: <http://portalms.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/viver-sem-limite>

Nos quadros abaixo, são apresentados os Ambientes Obrigatórios Comuns a todos os serviços de reabilitação, para as Áreas Internas e Externas de Convivência. Os ambientes específicos por modalidade de reabilitação estão descritos no Capítulo III.

Importante salientar que os ambientes dos Centros Especializados em Reabilitação e Serviços de Reabilitação em Uma modalidade, devem estar em consonância com a Norma ABNT NBR 9050/2020: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, de 03 de agosto de 2020.

#### **Quadro 5 - Ambientes Obrigatórios Comuns a todos os serviços de reabilitação**

<b>Área de convivência Interna</b>
Consultórios interdisciplinares para avaliação clínico-funcional/ Consultório para Avaliação Clínico-funcional/ Consultório Diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia/Sala de Preparo de Pacientes (Consulta de Enfermagem, Avaliação Inicial, Biometria).
Sala de atendimento terapêutico adulto
Sala de atendimento terapêutico infantil
Espaço de atendimento terapêutico em grupo adulto (Sala de atendimento terapêutico em grupo adulto)

Espaço de atendimento terapêutico em grupo infantil (Sala de atendimento terapêutico em grupo infantil)
Sala de Estimulação Precoce
Sala de Atividade de Vida Diária (AVD) e Atividade Instrumental de Vida Diária <sup>1</sup>
Área interna de convivência
Espaço adequado para reunião (Sala de reunião)
Copa/refeitório <sup>2</sup>
Sala de espera e Recepção
Sala de utilidades (com guarda temporária para resíduos sólidos)
Sala para o setor administrativo (Sala administrativa)
Sanitários para usuários (Sanitário feminino) <sup>3</sup>
Sanitários para usuários (Sanitário masculino) <sup>3</sup>
Sanitários/vestiários para funcionários feminino <sup>3</sup>
Sanitários/vestiários para funcionários masculino <sup>3</sup>
Fraldário
Depósito de Material de Limpeza (DML)
Espaço para arquivo (Sala para arquivo)
Almoxarifado

<sup>1</sup> Compreende-se que a sala de AVD e AIVD, possibilite o treino e desempenho da mobilidade funcional, os cuidados pessoais, a comunicação funcional, a administração de hardware e dispositivos ambientais e a expressão sexual, bem como, a administração doméstica e capacidades para a vida em comunidade. Portanto o ambiente poderá dispor de layout com banheiro, cozinha e quarto adaptados e devidamente mobiliados e instrumentalizados (ter minimamente cama, armário, mesa com cadeiras, geladeira/refrigerador e fogão/cooktop), dentre outros materiais relacionados ao desempenho de AVDs e AIVDs.

<sup>2</sup> Importante ter espaço para uso dos funcionários e uso dos usuários e familiares

<sup>3</sup> É necessário ter sanitários adaptados para usuários e funcionários. Para os serviços que atenderem reabilitação da pessoa ostomizada deverão ter sanitários (feminino e masculino) adaptados. Esta adaptação subentende ter no mínimo uma bancada que sirva de apoio para colocar objetos de higiene pessoal, ducha higiênica e espelho que possibilite a pessoa ostomizada realizar higiene pessoal com segurança.

## Quadro 6 - Ambientes Obrigatórios Comuns a todos os serviços de reabilitação

<b>Área de convivência Externa</b>
Área para atividades lúdicas (área de recreação e/ou lazer)
Área para embarque e desembarque de veículo adaptado, ambulância e veículo comum (preferencialmente uma área coberta) <sup>1</sup>
Estacionamento para transporte sanitário adaptado (no mínimo duas vagas) <sup>1</sup>
Abrigo externo de resíduos sólidos
Área externa de convivência

<sup>1</sup> Em conformidade com a Lei nº 13.146/2015, Lei Brasileira de Inclusão (LBI), disposto nos art. 46 e 47.

## CAPÍTULO III - ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO

### 1 - O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA

Entende-se por serviços de reabilitação auditiva aqueles que atendem às pessoas com queixa ou confirmação de perda auditiva unilateral ou bilateral, de qualquer tipo ou grau, que

em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva do sujeito na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Estes serviços realizam avaliação e diagnóstico da perda auditiva, seleção, concessão e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), bem como a terapia fonoaudiológica com acompanhamento e manutenção dos AASI.

A reabilitação auditiva conta com procedimentos específicos para que os efeitos de uma perda auditiva sejam minimizados. Habilitação auditiva e reabilitação auditiva são termos que diferem pelo fato daquele se referir à terapêutica aplicada à criança cuja perda auditiva existe desde o nascimento ou anterior à aquisição da linguagem.

A reabilitação auditiva está relacionada a um processo terapêutico que privilegia o uso da audição residual visando recuperar ou maximizar a capacidade auditiva. Nas crianças, tem por objetivo promover a aquisição e o desenvolvimento da linguagem e de maneira geral, desenvolver capacidades, habilidades, recursos pessoais de modo a promover a independência e a participação social das pessoas com deficiência auditiva frente à diversidade de condições e necessidades (BRASIL, 2007). Para tanto, o uso de recursos tecnológicos é parte fundamental do processo de reabilitação, visto que eles complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão.

### 1.1 REABILITAÇÃO AUDITIVA COM APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI)

A concessão de AASI é feita pelos serviços de reabilitação auditiva (CER com modalidade auditiva, Centro de Reabilitação Auditiva na Média Complexidade e Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade) e deve garantir o melhor aproveitamento da audição residual da pessoa com deficiência auditiva.

A Reabilitação Auditiva com o uso de AASI deve contemplar, minimamente, as seguintes etapas: diagnóstico, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Portanto, é de fundamental importância o acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características eletroacústicas do aparelho auditivo utilizado pelo usuário, bem como, para as orientações quanto ao uso e manuseio do AASI.

Além disso, em função dos impactos que uma perda auditiva provoca, a reabilitação auditiva deve considerar no processo terapêutico a interferência de aspectos emocionais e sociais que podem comprometer a reabilitação. Por esse motivo, a atuação multiprofissional e interdisciplinar é de suma importância.

## 1.2 REABILITAÇÃO AUDITIVA COM IMPLANTE COCLEAR OU COM PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO:

As cirurgias de **Implante Coclear** são realizadas em serviços de saúde habilitados como Centro de Implante Coclear (código 03.01) e Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva (código 03.05), sendo que este último realiza também cirurgias de **Prótese Auditiva Ancorada no Osso**. São opções para usuários, adultos e crianças, com deficiência auditiva que obtêm pouco ou nenhum benefício com o AASI.

A terapia fonoaudiológica é obrigatória para todos os usuários que foram submetidos ao implante coclear ou prótese auditiva ancorada no osso e pode ser realizada no próprio serviço em que a cirurgia foi feita ou em serviços de terapia fonoaudiológica referenciados.

Neste último caso, os Serviços de Reabilitação Auditiva (CER com modalidade auditiva, Centro de Reabilitação Auditiva na média complexidade, Centro de Reabilitação Auditiva na alta complexidade) podem realizar o acompanhamento terapêutico destes usuários, cujo trabalho seguirá os mesmos propósitos descritos em relação ao AASI.

Há também a possibilidade dessas terapias serem realizadas nos serviços credenciados pelo gestor local denominados serviços especializados de reabilitação - atenção fonoaudiológica (código 135-10).

## 1.3 REABILITAÇÃO AUDITIVA E O USO DO SISTEMA FM

O Sistema de Frequência Modulada (Sistema FM) é um importante recurso utilizado na reabilitação auditiva, especialmente para crianças e adolescentes em idade escolar, que tem por objetivo solucionar problemas como ruídos, reverberação (eco) e distância entre a pessoa com deficiência auditiva e o interlocutor, por exemplo, entre o aluno e o professor na sala de aula.

Este dispositivo é composto de um transmissor com microfone para captação do sinal por Frequência Modulada (FM) e receptor com adaptação para entrada de áudio com AASI ou

Implante Coclear. O transmissor com microfone fica próximo ao interlocutor e o receptor fica com a pessoa com deficiência auditiva acoplado ao AASI ou Implante Coclear. O transmissor envia a mensagem por meio de ondas de FM, as quais são recebidas pelo usuário por meio de seu receptor.

Desta forma, a fala do professor se mantém estável e torna-se mais intensa que o ruído da sala de aula, não ficando susceptível às movimentações do professor. (BRASIL, 2006).

#### 1.4 LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS (LIBRAS)

Segundo a Lei Federal nº 10.436, de 24 de abril de 2002, entende-se como Língua Brasileira de Sinais (Libras) a forma de comunicação e expressão, em que o sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas surdas do Brasil.

A Libras é uma língua visuo-gestual composta de movimentos e formatos específicos de mãos, braços, olhos, face, cabeça e postura corporal.

Deve ser avaliada, de forma multiprofissional, interdisciplinar e em conjunto com a família, a possibilidade de inserção da criança em um ambiente em que a interação se faça por meio dos estímulos sonoros associados à língua de sinais com o objetivo, sobretudo, de propiciar o adequado desenvolvimento da linguagem.

Os usuários cuja primeira língua seja a Libras, ao ingressarem nos Serviços de Reabilitação, devem ter essa forma de comunicação respeitada.

#### 1.5 DEFICIÊNCIA AUDITIVA E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA

O uso de tecnologia assistiva para deficiência auditiva tem por objetivo o melhor desempenho funcional e ocupacional, garantindo dessa forma a acessibilidade da pessoa com deficiência auditiva, no processo de reabilitação e de inclusão social.

Os materiais e produtos de tecnologia assistiva deverão ser utilizados de acordo com a demanda e necessidade de cada usuário em seu processo de reabilitação, tais como, auxílios para a vida diária e vida prática, programas, *softwares*, materiais e recursos adaptados para Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), acessibilidade a computador, *tablet*, celular, etc (BERSCH, 2017).

1.6. ESTRUTURA FÍSICA/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA:

**Quadro 7 – Lista de Materiais e Equipamentos Obrigatórios**

Ambientes	Equipamentos
Consultório Otorrinolaringologia.	Cadeira Otorrinológica
	Fotóforo (foco frontal)
	Otoscópio
	Autoclave
	Laringoscópio adulto e infantil
	Vídeo Laringoscópio
Sala de Atendimento para AASI*: Sala para seleção e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual AASI.	Ganho de Inserção
	Otoscópio
	Aparelho de interface para regulagem de amplificação sonora individual (AASI) – Programador de aparelho auditivo
<b>Sala de Audiometria*</b> : Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica. É necessário que seja possível acesso à cabine pelo cadeirante por meio de rampa.	Audiômetro
	Cabine Audiométrica
	Imitanciômetro
	Otoscópio
	Sistema de Campo Livre
Sala de Exames de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (BERA/PEATE) e Emissões Otoacústicas.*	BERA/PEATE - Sistema de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
	Emissões Otoacústicas
	Otoscópio

\*Essas salas devem ter espaço apropriado para avaliação auditiva (ter isolamento acústico e/ou cabine audiométrica)

**OBS:** Os materiais e equipamentos mínimos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foram descritos no Capítulo II.

**OBS 2:** A estrutura física com os ambientes mínimos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foi descrita no Capítulo II.

### Quadro 8 – Lista de Materiais e Equipamentos Recomendados

<b>Materiais e Equipamentos Recomendados</b>
Imitanciômetro portátil
Sistema Completo de Reforço Visual
Orelha de gesso para atividades de promoção de saúde
Decibelímetro
Caneta otoscópio
Conjunto básico de instrumentos musicais
Emissões Otoacústicas – Triagem
Aparelho Programador de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual)

### Quadro 9 – Lista de Materiais de Consumo

<b>Materiais de Consumo<sup>1</sup></b>
Programas de computação periféricos para teste de aparelho de amplificação sonora individual (AASI).
Baterias
Desumidificador
Alicate;
Seringa e massa para pré-moldagem
Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 1 conjunto)
Espéculo Nasal (adulto e infantil)
Espéculo Auricular (adulto e infantil)
Pinças (dente de rato, sem dente e em baioneta)
Curetas para remoção de cerume
Seringa metálica de 100ml para remoção de cerume
Estilete porta-algodão
Espelho com rodízio
Jogos de encaixe
Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica para as diversas faixas etárias
Luvas (de procedimento e estéril)
Equipamentos de proteção auditiva individual (fone tipo concha, protetor auricular, etc) <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Materiais considerados de Consumo, conforme Portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002.

<sup>2</sup> Os equipamentos de proteção auditiva individual poderão ser ferramentas de trabalho de promoção e prevenção de saúde auditiva para grupo de usuários expostos a ambientes ruidosos.

Os materiais de Consumo não serão financiados pelo Ministério da Saúde, entretanto, dada a sua pertinência no processo de reabilitação auditiva, sugere-se que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desses materiais de forma a qualificar as atividades dos referidos serviços.

## 2 – O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

Entende-se por serviços de reabilitação física, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza física, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Os impedimentos de natureza física podem se caracterizar por alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarreta comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresenta sob a forma de plegias, paresias, estomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004; BRASIL, 1999).

### 2.1 AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

A avaliação das condições clínicas, anatômicas, fisiológicas, ocupacionais e funcionais, deve ser capaz de identificar o grau de incapacidades, bem como as habilidades remanescentes ou preservadas levando em consideração a interação com as diversas barreiras que podem obstruir a participação plena e efetiva da pessoa em seu meio social. Devem também ser observadas as funções cardiorrespiratórias, a avaliação de sensibilidade e de perfusão sanguínea. É fundamental que o profissional de saúde avalie a função cognitiva, o estado mental e as condições de coordenação motora.

Os casos cujo impedimento de natureza física for decorrente de acidente ou doença de trabalho, deverão ser notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011).

### 2.2 EXAMES COMPLEMENTARES

Exames complementares são essenciais na identificação do nível de lesão e conseqüentemente na definição das estratégias terapêuticas para cada caso. Também devem ser utilizados para a verificação de regressão de lesões, bem como identificação de áreas com funções substitutivas.

## 2.3 REABILITAÇÃO FÍSICA

A estratégia terapêutica a ser utilizada deve constar no projeto terapêutico singular e pautar-se na individualidade do usuário, sendo capaz de dialogar com suas necessidades de saúde, acadêmicas, sociais, domésticas e laborais. A participação da família é fundamental no processo de habilitação/reabilitação devendo o profissional de saúde compartilhar as informações necessárias para o bom entendimento da condição atual, bem como as etapas que compõem o PTS.

### ➤ **Concessão e Adaptação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM)**

As OPM constituem importantes ferramentas do processo terapêutico, contribuindo fundamentalmente na superação de barreiras, devendo ser prescritas de forma individualizada por profissional capacitado.

É essencial que o processo de habilitação/reabilitação garanta o devido treino e adaptação as OPM, bem como, orientar quanto as adaptações e substituições sempre que necessário.

A prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção deve ser feita por profissionais de saúde, respeitando as atribuições específicas das competências de cada categoria.

## 2.4 DEFICIÊNCIA FÍSICA E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA (TA)

A utilização de tecnologia assistiva fornece maiores possibilidades para o usuário, bem como, recurso terapêutico no processo de reabilitação. A Tecnologia Assistiva para as deficiências físicas garante uma maior mobilidade, a partir da utilização de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, por exemplo.

Dentre os recursos utilizados que visam a autonomia, ganho de funcionalidade e o desempenho ocupacional, de acordo com as necessidades dos usuários, para realização de atividades de vida diária e prática há a adaptação de materiais, utilização de recursos, aplicativos, *softwares* e Sistemas de controle de ambiente, recursos de adaptação postural (BERSCH, 2017).

Destaca-se, que os recursos de TA devem ser desenvolvidos e elaborados para que o usuário utilize visando a facilitação da mobilidade e transporte pessoal, comunicação, educação, trabalho, cultura, atividades recreativas e desportivas, ou seja, em todos os domínios entendidos como conjuntos significativos de funções do corpo, ações, tarefas, ou área da vida que capturam um fenômeno específico ou as experiências de um indivíduo (OMS, 2013)

## 2.5 REABILITAÇÃO À PESSOA ESTOMIZADA

Pessoa com estomia é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico, que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo (BRASIL, 2009).

A terminologia da estomia se dá de acordo com o segmento corporal exteriorizado. Assim, existem as estomias de respiração (traqueostomia), as estomias de alimentação (gastrostomia e jejunostomia) e as estomias de eliminação (urostomias, ileostomias e colostomias) (Santos & Cesaretti, 2015).

O serviço de atenção às pessoas estomizadas presta assistência especializada de natureza multiprofissional e interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

O serviço deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, e serem integrados às unidades que prestem serviços de reabilitação física (Portaria nº 400 de 16/11/2009). Conforme previsto por este instrutivo, os CER que prestam cuidados em estomias deverão compor suas equipes multiprofissionais acrescidas do profissional nutricionista, médico clínico ou urologista ou proctologista ou gastroenterologista.

Os serviços que prestarem atendimento às pessoas estomizadas deverão ter sanitários adaptados. Esta adaptação subentende ter no mínimo uma bancada que sirva de apoio para colocar objetos de higiene pessoal, ducha higiênica e espelho que possibilite à pessoa estomizada realizar higiene pessoal com segurança.

Destaca-se a importância na orientação para atendentes pessoais e/ou familiares, assim como para realização e desempenho de suas atividades de vida diária e instrumental, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de

proteção e segurança. Para melhor entendimento é importante apreender a definição de Estomia e os tipos de Estomas.

## 2.6 ESTRUTURAS FÍSICA/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA:

A seguir são apresentados a estrutura física e equipamentos:

### Quadro 10 - Ambientes e Equipamentos Obrigatórios

Ambientes	Equipamentos
(Consultório de Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia)	Goniômetro
	Martelo de Reflexo
	Oxímetro de Pulso
	Simetrógrafo
	Mesa de exames
Salão para Cinesioterapia e Mecanoterapia (Ginásio)/ Box de terapias	Andador (infantil e adulto)
	Barras Paralelas para Fisioterapia
	Escada Linear para Marcha
	FES
	Laser para Fisioterapia
	Mocho
	Eretor Plataforma (Parapódio)
	Tablado para Fisioterapia
	Tábua de Propriocepção
	TENS - Estimulador Transcutâneo
	TENS e FES
	Ultrassom para Fisioterapia
	Freezer
Rampa para alongamento	

**OBS 1:** Os materiais e equipamentos mínimos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foram descritos no Capítulo 2.

**OBS 2:** A estrutura física com os ambientes mínimos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foi descrita no Capítulo 2.

**Quadro 11 – Lista de Materiais e Equipamentos Recomendados**

<b>Equipamentos</b>
Adipômetro
Aparelho de Corrente Interferencial
Aparelho de fisioterapia por ondas curtas
Aparelho de luz infravermelho
Aparelho para Fisioterapia por Microondas
Ultrassom Diagnóstico com Aplicação Transesofágica
Ultrassom Diagnóstico sem Aplicação Transesofágica
Bicicleta ergométrica vertical;
Balancim Proprioceptivo
Baropodômetro
Eretor plataforma
Mesa ortostática
Podoscópio
Panela elétrica para confecção de órteses
Biofeedback
Ultrassom Diagnóstico para Fisioterapia
Estimulador Neuro-Muscular
Jogo de halteres
Eletroestimulador com Corrente Galvânica-Farádica
Eletromiógrafo
Cadeira para Turbilhão
Turbilhão
Cama Elástica Proprioceptiva
Cicloergômetro
Escada em L com Rampa
Esteira Ergométrica
Manovacuômetro
Máquina para Produzir Gelo
Ventilômetro/ Respirômetro
Soprador Térmico
Reanimador Pulmonar Manual Adulto (Ambu)
Rampa com Degraus
Prono-supinador
Muleta canadenses reguláveis
Muletas auxiliares em alumínio com regulagem de altura
Impressora 3 D

### **Materiais de consumo:**

Os seguintes materiais são considerados como de consumo pela Portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002, e não são financiáveis pelo Ministério da Saúde, uma que vez que não consta na base do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

Devido à sua pertinência ao processo de reabilitação física, sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desses materiais de forma a qualificar as atividades do Centro Especializado em Reabilitação. São eles:

### **Quadro 12 - Materiais de Consumo**

<b>Materiais de Consumo</b>
Materiais para estimulação tátil
Bastão para fisioterapia
Equipamento completo de integração sensorial
Monofilamentos;
Placas de termoplásticos;
Tesoura de termoplástico;
Bolas suíças tamanhos 45, 65, 85
Caneleiras com peso de 0.5, 1, 2, 2.5, 3, 3.5
Luvras (de procedimento e estéril)
Luva térmica (par)
Tesoura para cortar gesso
Alicate para abrir gesso
Rolo de posicionamento
Disco proprioceptivo
Bolsas de gel
Exercitadores elásticos com resistências variadas
Caixa de Espelho
Bloco de AVDs
Prancha de AVDs
Bandagem
Jogos de encaixe
Recursos e jogos sensoriais
Brinquedos lúdicos para as diversas faixas etárias
Bengala
Material educativo e esportivo
Materiais de copa, cozinha, cama, mesa e banho (sala de AVD)

### **3- SERVIÇO DE OFICINA ORTOPÉDICA**

A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e será

implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

As OPM, dispositivos e tecnologia assistiva dispensadas pela Oficina Ortopédica devem ser criteriosamente escolhidas, bem adaptadas e adequadas ao ambiente físico e social, garantindo o seu uso seguro e eficiente. Sua indicação deve ser parte de um PTS, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência nos diferentes aspectos da vida.

Os estabelecimentos de saúde habilitados em Reabilitação Física podem contar com o apoio de uma Oficina Ortopédica Fixa, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva.

As Oficinas Ortopédicas Itinerantes terrestres ou fluviais, são estruturadas em veículos ou barcos adaptados e/ou equipados para confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses. As Oficinas Ortopédicas Itinerantes terrestres e fluviais estarão necessariamente vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa.

### 3.1 FUNCIONAMENTO DA OFICINA ORTOPÉDICA:

Os estabelecimentos e serviços de Oficina Ortopédica Fixa devem ter funcionamento de no mínimo 8 horas diárias de segunda à sexta-feira, podendo ser estendido a critério do gestor local.

Sempre que necessário, a equipe da Oficina Ortopédica poderá participar de reuniões com as equipes dos CER e Serviços Especializados em Reabilitação para discussão de PTS.

Todas as órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção devem ser concedidos, confeccionados e adaptados a partir de prescrição de profissional de saúde devidamente habilitado para este fim, e devem ser indicadas buscando favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e a inclusão escolar, social e/ou profissional:

- O atendimento para tomada de medidas, moldagem e provas deverá ser personalizado.
- Os usuários, atendentes pessoais e familiares devem ser orientados sobre os cuidados de manutenção da OPM.

- Os estabelecimentos e serviços de Oficina Ortopédica Fixa e Itinerante devem prestar o apoio às equipes de reabilitação física para a dispensação, concessão, adaptação e manutenção de OPM.
- Os profissionais da Oficina Ortopédica devem participar de reuniões periódicas com a equipe do serviço de reabilitação física para acompanhamento e revisão sistemática das ações desenvolvidas.
- Os profissionais da Oficina Ortopédica devem, sempre que possível, participar de estudos e pesquisas no campo da reabilitação e da produção da Tecnologia Assistiva.

A oficina deverá dispor de local apropriado para confecção de órteses e próteses ortopédicas, devendo estar isolado do setor de atendimento ao usuário com porta equipada com dispositivo que a mantenha fechada permanentemente, abrindo-se somente para passagem das pessoas que irão transitar do setor de atendimento para o local de confecção e vice-versa. O local de confecção deverá ter piso antiderrapante lavável e as paredes laváveis.

As oficinas ortopédicas deverão observar o estabelecido na Portaria MS/SAS nº146 de 14/11/1993, que estabelece diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial, bem como, da Portaria MS/SAS nº 388, de 28/07/1999, que estabelece que as empresas de Ortopedia Técnica, fornecedora de Órtese e Prótese Ambulatorial, deverão, mediante instrumento próprio, oferecer garantia para o material fornecido.

### 3.2 ESTRUTURAS FÍSICAS/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS

#### OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DA OFICINA ORTOPÉDICA FIXAS (TIPO III):

##### **Quadro 13: Materiais e Equipamentos Obrigatórios**

<b>Ambientes</b>	<b>Equipamentos</b>
Sessão de Próteses e Órteses (Espaço adequado para montagem de prótese/Espaço adequado para montagem de órtese)	Armário
	Armário com aspiração de segurança
	Bancada para Oficina Ortopédica
	Bomba de Vácuo até 2HP/CV
	Bomba de Vácuo de 3 a 10 HP/CV
	Cabine para Pintura

	Cadeira
	Esmerilhadeira Angular Elétrica
	Estante
	Exaustor de Ar Industrial
	Forno Ortopédico
	Fresadora Ortopédica
	Furadeira Manual Industrial 1/2"
	Lixadeira Dupla
	Lixadeira Plana/ Cinta Larga
	Máquina Chanfradeira
	Máquina de Costura em Zig Zag
	Máquina de Costura Industrial
	Máquina de Solda MIG MAG
	Mesa Auxiliar
	Mocho
	Morsa de Bancada
	Moto Esmeril
	Panela Elétrica para Confecção de Órteses
	Serra de Fita
	Serra para Gesso
	Serra Tico-Tico
	Silo
	Soprador Térmico
Sessão de Costura, Sapataria e Máquinas (Espaço adequado para selaria, tapeçaria, costura e acabamento / Espaço adequado para sessão de sapataria / Espaço adequado para sessão de adaptações / Espaço adequado para sala de máquinas)	Bancada para Oficina Ortopédica
	Cadeira
	Exaustor de Ar Industrial
	Fresadora Ortopédica

	Lixadeira Dupla
	Lixadeira Plana/ Cinta Larga
	Máquina Chanfradeira
	Máquina de Costura de Coluna
	Máquina de Costura em Zig Zag
	Máquina de Costura Industrial
	Morsa para Furadeira de Bancada
	Moto Esmeril
	Soprador Térmico
Sala de Provas (Espaço adequado atendimento individualizado)	Armário
	Barras Paralelas para Fisioterapia
	Cadeira
	Escada com 2 degraus
	Estante
	Furadeira Manual Industrial 1/2"
	Mocho
	Morsa de Bancada
Sanitário e Vestiário para Funcionários (Feminino e Masculino)	Armário
	Cadeira
	Estante
Sala de Espera e Recepção	Armário
	Cadeira
	Estante
Sala Administrativa (Sala para o setor administrativo)	Armário
	Cadeira
	Estante
Depósito de Material de Limpeza com Tanque (DML)	Armário
	Estante

Copa/Cozinha	Cadeira
Almoxarifado	Podem receber os equipamentos acima listados
Espaço adequado para manutenção de cadeiras de rodas, de solda e trabalho com metais	Podem receber os equipamentos acima listados
Espaço Termomoldagem	Podem receber os equipamentos acima listados

#### **Quadro 14 - Materiais e Equipamentos Recomendados**

<b>Equipamentos Recomendados</b>
Alinhador para órteses
Armário Vitrine
Arquivo
Balde a Pedal
Balde/ Lixeira
Banqueta/Banqueta dobrável
Bigorna
Cadeira de Rodas Adulto
Cadeira de Rodas para Obeso
Central Captadora de Pó
Corta-tubos de coluna
Dobradeira de tubos
Espelho postural com rodízios
Estufa Ortopédica
Estufa Ortopédica de Infravermelho
Forno Ortopédico de Infravermelho
Furadeira Elétrica de Bancada
Graminho Traçador
Impressora 3 D
Impressora Laser (Comum)
Lixadeira de sapataria
Lixadeira plana /cinta larga
Longarina
Martetele Pneumático
Mesa Auxiliar
Motor de Suspensão
Muleta canadenses reguláveis
Muletas auxiliares em alumínio com regulagem de altura
Negatoscópio

Nível Pélvico
No-Break (Para Computador/Impressora)
Parafusadeira Pneumática Manual
Pedígrafo
Plataforma de Elevação
Politriz
Prensa excêntrica
Torno Universal
Ventilador de Teto/ Parede

### 3.3 OFICINAS ORTOPÉDICA ITINERANTES FLUVIAL (TIPO I)

A Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial (Tipo I), constitui-se como serviço de saúde itinerante vinculado a uma Oficina Ortopédica Fixa (Tipo III) cujo objetivo principal é promover o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, além de confecção de adaptações, ajustes e pequenos consertos nas OPM já utilizadas pelas populações que residem em locais de difícil acesso. Essa oficina utilizará prioritariamente o transporte fluvial, podendo também ser adaptada em transportes terrestres ou aéreos.

O atendimento à população de um determinado município é pactuado e programado com o município sede da Oficina Ortopédica Fixa, que deverá ser informado do quantitativo de usuários a ser atendido, bem como sua necessidade de OPM, adaptações e consertos. Nos casos de extrema necessidade e impossibilidade de acesso à Oficina Fixa (Tipo III) ou Itinerante Terrestre (Tipo II), é realizada uma primeira visita em que a equipe da Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial (Tipo I) realiza o molde gessado para as órteses e próteses que necessitam ser confeccionadas na Oficina Ortopédica Fixa (Tipo III). Na segunda visita, são realizadas a prova das órteses e próteses moldadas anteriormente e a sua dispensação. Se houver necessidade de novos ajustes, estes podem ser realizados de imediato ou ainda pode ser programada uma terceira visita, de acordo com a complexidade exigida.

A Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial (Tipo I), possui equipamentos portáteis e materiais de menor complexidade e fácil manuseio que a possibilitam trabalhar com termoplásticos de baixa temperatura, sendo capaz de confeccionar órteses estáticas para restrição de movimento, suporte articular, prevenção de deformidades ou para ganho de amplitude de movimento em mão, punho e cotovelo. É capaz também de confeccionar órteses

funcionais para ganho de movimento nas extremidades superiores e realizar adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária e manutenção de OPM.

#### 3.4 OFICINA ORTOPÉDICA ITINERANTE TERRESTRE (TIPO II)

A Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Tipo II), constitui-se como uma unidade de saúde itinerante vinculada a uma Oficina Ortopédica Fixa (Tipo III) cujo objetivo principal é promover o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, além de confecção de adaptações, ajustes e pequenos concertos nas OPM já utilizados pelas populações que residem em locais sem acesso à Oficina Ortopédica Fixa (Tipo III). Essa oficina é constituída por uma carreta adaptada especificamente para esse fim.

O atendimento à população de um determinado município é pactuado e programado com o município sede da Oficina Ortopédica Fixa, que deverá ser informado do quantitativo de usuários a ser atendido bem como sua necessidade de OPM, adaptações e concertos. Na primeira visita, a Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Tipo II) realiza o molde gessado para as órteses e próteses que necessitam ser confeccionadas na Oficina Ortopédica Fixa (Tipo III). Na segunda visita, são realizadas a prova das órteses e próteses moldadas anteriormente e a sua dispensação. Se houver necessidade de novos ajustes, esses podem ser realizados de imediato ou programada uma terceira visita, de acordo com a complexidade exigida.

A Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Tipo II), possui os principais equipamentos de uma oficina ortopédica, capacitando-a a trabalhar com termoplásticos de alta temperatura, laminação e com metais. É capaz de confeccionar órteses suropodálicas, cruropodálicas, cruromaleolares e pelvocopodálicas, articuladas ou não. É capaz também de confeccionar próteses transtibiais, para desarticulações de joelho, transfemorais e para desarticulações de quadril.

Esta oficina conta com os equipamentos de sapataria necessários para a confecção de palmilhas para pés neuropáticos, para sustentação dos arcos plantares e para amputações de antepé, além de calçados ortopédicos para pés neuropáticos e para compensação de encurtamentos.

A Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Tipo II), possui também equipamentos que a possibilitam trabalhar com termoplásticos de baixa temperatura, sendo capaz de confeccionar órteses estáticas para restrição de movimento, suporte articular, prevenção de deformidades ou

para ganho de amplitude de movimento em mão, punho e cotovelo. É capaz também de confeccionar órteses funcionais para ganho de movimento nas extremidades superiores e realizar adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária.

A Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Tipo II), possui também todo o ferramental necessário para a manutenção de OPM.

#### 4. O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL

Os serviços de reabilitação/habilitação com modalidade intelectual, deverão prestar atendimento e garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento singular no âmbito do projeto terapêutico voltadas à funcionalidade, cognição, linguagem, sociabilidade e ao desempenho de habilidades necessárias para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro Autista (TEA).

O Serviço de Reabilitação Intelectual passa a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012), e deve dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

Entende-se por serviços de reabilitação intelectual aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza mental e/ou intelectual, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

##### 4.1 AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

A avaliação deve ser realizada pela equipe multiprofissional, composta por profissionais da área de reabilitação, com a finalidade de estabelecer o diagnóstico e de maneira complementar identificar potencialidades da pessoa com deficiência, de sua família e/ou atendentes pessoais.

A avaliação e observação do desenvolvimento global, com destaque para os aspectos funcionais, motores, sensoriais, cognitivos, comunicacionais, de fala e expressividade e de como todos estes sinais são potencializados ou atenuados pelo contexto em que a pessoa vive, serve de base para a elaboração do diagnóstico e da construção de um PTS, desenvolvido por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar junto à pessoa com deficiência intelectual e com transtornos do espectro do autismo, bem como suas famílias.

#### 4.3 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL

Consiste no atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida independente, entre as quais se destacam: a estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; discussão de caso em equipe e elaboração de projeto terapêutico singular, práticas terapêuticas, visando, entre outras, promoção do desenvolvimento neuropsicomotor, habilidades de desempenho ocupacional, da linguagem, habilidades comunicacionais, de interação social e de aprendizado.

Embora o quadro clínico e o grau de incapacidade sejam variáveis em cada caso, o cuidado em habilitação/reabilitação para as pessoas com deficiência intelectual/mental e com transtornos do espectro do autismo, deve ofertar:

- Técnicas que auxiliem usuários a utilizar e criar recursos e estratégias no desenvolvimento mnemônico, para o desempenho de habilidades para realização das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária que necessitem fazer uso da memória e organização da rotina para manutenção de vida independente.
- Técnicas que estimulem as funções cognitivas, em seus aspectos sensoriais, motores, visuais, de orientação temporal espacial potencializando o conhecimento do próprio corpo, bem como possibilitar situações de relações interpessoais, de reconhecimento e contato tanto com as pessoas que compõem o convívio familiar e social.
- Situações planejadas, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, para propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas, trabalhando a comunicação a partir de situações que envolvam o ambiente cotidiano do usuário.
- Atividades de estimulação da fase articulatória da linguagem expressiva, direta e indireta, oral e escrita, trabalhando aspectos de compreensão e expressão, com o intuito de enriquecimento funcional da linguagem.

- Atividades que façam uso de recursos como leitura, escrita, música, jogos, recursos multimídia, recortes, colagem, com o intuito de estimular os processos de desenvolvimento cognitivo e motor, assim como contribuir com o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e o desenvolvimento de habilidades motoras.
- Realização de atividades e utilização de recursos sensoriais no auxílio e desenvolvimento do sistema sensorial, conforme necessidade de cada usuário;
- Realização de estimulação precoce que consiste em um programa de avaliação, acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional visando desenvolver o desempenho de habilidades cognitivas, sociais e motoras.

#### 4.4 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA

A utilização de Tecnologia Assistiva para pessoa com deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TEA), são desenvolvidos com a finalidade de favorecer a realização de atividades, a execução de tarefas etc., de forma mais facilitada, mais autônoma e independente, portanto, essa tecnologia deve ter a especificidade de ser utilizada para compensar ou atenuar as sequelas das barreiras ou comprometimentos advindos de uma deficiência, incapacidade ou mobilidade reduzida.

Através da adaptação de recursos e materiais, utilização de *softwares*, aplicativos, sistemas de comunicação alternativa, recursos terapêuticos adaptados a necessidade do usuário e para o melhor desenvolvimento de suas atividades, inclusive no ambiente escolar, domiciliar, dentre outros.

No caso do atendimento de escolares, após o término da reabilitação o profissional responsável deverá emitir um relatório com orientações quanto aos procedimentos a serem adotados pelos professores de Sala de Recursos Multifuncional, contribuindo com o processo de inclusão do educando.

#### 4.5 ESTRUTURAS FÍSICA/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL:

O serviço de Reabilitação Intelectual deverá dispor, no mínimo, dos seguintes ambientes, materiais e equipamentos:

**Quadro 15 - Ambientes e Equipamentos Obrigatórios**

Ambientes	Equipamentos
Consultório Neurologia ou Psiquiatria	Andador
	Martelo de Reflexo
	Mesa de Exames
Sala de Atendimento Terapêutico Adulto/ Infantil	Tablado para Fisioterapia;
	Tábua de Propriocepção;
	Mesa para atividades (infantil e adulto);
	Balancim Proprioceptivo;
	Tablet

**OBS 1:** Os materiais e equipamentos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foram descritos no Capítulo 2.

**OBS 2:** A estrutura física com os ambientes mínimos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foi descrita no Capítulo 2.

Os seguintes materiais não são considerados obrigatórios, entretanto são recomendados para qualificar as atividades do CER e podem ser adquiridos:

**Quadro 16 – Lista de Equipamentos Recomendados**

Equipamentos
Escada de canto com rampa e corrimão
Mocho
Barras paralelas
Eretor Plataforma (Parapódio)
Gangorra de Equilíbrio
Lousa Interativa
Espelho com rodízio
Divã
Eletroencefalógrafo

Os materiais abaixo são considerados como de consumo pela Portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002, e não são financiáveis pelo Ministério da Saúde, não constando na base do Fundo Nacional de Saúde.

Devido à sua pertinência ao processo de reabilitação intelectual/mental, sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desses materiais de forma a qualificar as atividades do Centro Especializado em Reabilitação. São eles:

#### **Quadro 17 – Lista de Materiais de Consumo**

<b>Materiais</b>
Materiais, jogos e brinquedos pedagógicos e lúdicos
Espátulas;
Luvras (de procedimento e estéril)
Termômetro;
Fita métrica;
Avaliação ocupacional, psicológica, cognitiva e de linguagem;
Colchonetes de espuma ou EVA;
Espelho fixo;
Livros infantil e adulto;
Revistas e jornais;
Rolo de posicionamento;
Bola suíça (tamanho 55, 65 e 85 cm);
Bola suíça tipo feijão (tamanho 40cm);
Cama elástica
Material de copa e cozinha
Material educativo e esportivo
Tatame;
Almofadas;
Software Boardmaker;
Recursos e/ou materiais sensoriais
Recursos e /ou materiais para estimulação tátil
Material para reabilitação profissional
Software de comunicação alternativa;
Tábua/Quadro de comunicação alternativa;

#### **5. O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO VISUAL**

Entende-se por serviços de reabilitação visual, aqueles que atendem às pessoas com deficiência que têm impedimentos temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos de natureza visual, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

As estratégias de ações para habilitação e reabilitação visual devem ser estabelecidas, nos serviços de Reabilitação Visual, de maneira multiprofissional e interdisciplinar, para a partir

das necessidades particulares de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência visual sobre sua funcionalidade.

De acordo com o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, considera a deficiência visual como: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão ou visão subnormal, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora na visão com terapêutica clínica ou cirúrgica.

## 5.1 AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

A avaliação deve ser realizada pela equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por profissionais da saúde da área de reabilitação, com a finalidade de estudar o impacto e repercussões da deficiência visual no desenvolvimento global do indivíduo e na sua funcionalidade. Deve ser baseada no uso de um protocolo que possibilita a observação e análise das respostas frente a estímulos em atividades do cotidiano para dimensionar o grau da perda visual e a elaboração de um PTS que será desenvolvido por meio do trabalho junto à pessoa com deficiência visual e sua família.

O acompanhamento em reabilitação visual também deve ser multiprofissional e interdisciplinar, com objetivo de fortalecer o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária de maneira independente bem como por orientações às famílias e às escolas.

## 5.2 ATENDIMENTO À POPULAÇÃO INFANTIL

A visão é o sentido que mais informações recebe do meio ambiente e o único capaz de organizar outras informações sensoriais. A integridade visual é importante para que o desenvolvimento da criança aconteça de maneira adequada.

O impacto da deficiência visual na criança depende de fatores como: idade de acometimento do sistema visual, causas da deficiência, comprometimento de outros sistemas, aspectos hereditários e do ambiente.

A avaliação oftalmológica da criança com deficiência visual fornece aos profissionais da área da saúde e da área educacional subsídios fundamentais para o trabalho de habilitação ou reabilitação visual. A partir do conhecimento das características da resposta visual as ações tornam-se eficientes.

A partir da avaliação oftalmológica e multiprofissional da funcionalidade visual e do desenvolvimento global da criança com deficiência visual, um programa estruturado de intervenção será proposto em conjunto com a família.

A abordagem da criança em idade escolar com deficiência visual é de caráter multiprofissional e interdisciplinar com o envolvimento dos serviços de reabilitação visual, da escola e da família. Orientações à escola quanto à funcionalidade e incapacidades visuais do aluno, quanto à necessidade de ajustes no ambiente escolar, quanto à necessidade de adaptação de materiais e emprego de auxílios especiais (ópticos, não ópticos e eletrônicos) e tecnologias assistiva são fundamentais para a promoção da inclusão escolar.

Nos casos de deficiência visual (cegueira e baixa visão) o atendimento será determinado conforme o Plano Terapêutico Singular, sendo realizado, preferencialmente, com a participação da família.

### 5.3 DEFICIÊNCIA VISUAL E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA

A tecnologia assistiva é o conjunto de recursos, equipamentos e ferramentas capazes de auxiliar a pessoa com deficiência a executar suas tarefas com independência, objetivando a melhoria da qualidade de vida, desempenho das capacidades funcionais, inclusão social através da mobilidade e acesso a diversos ambientes.

Os recursos utilizados para deficiência visual são diversos e deverão ser utilizados de acordo com a necessidade e acometimento da visão, sendo eles, os Auxílios para visão subnormal, Auxílios Não-Ópticos, Auxílios Eletrônicos Para Ampliação da Imagem, além de *softwares*, aplicativos e sistemas de ampliação da imagem, audiodescrição, conversor de voz, bengalas, recursos táteis, como relógios, dentre outros.

Entende-se Auxílios Ópticos como recursos que, pelas suas propriedades ópticas, levam a uma resolução maior da imagem, seja pela sua capacidade de ampliação, seja pelo

reposicionamento e condensação da imagem retiniana ou por meio da filtração seletiva do espectro visível da luz.

Os Auxílios Não-Ópticos são aqueles que modificam materiais e melhoram as condições do ambiente com o objetivo de aumentar a resolução visual. São também denominados auxílios de adaptação funcional. Podem ser empregados isoladamente ou em conjunto com auxílios ópticos com o objetivo de promover a sua adaptação.

Esses auxílios fazem parte da relação de equipamentos que o Serviço de Reabilitação Visual deve dispor nas suas instalações.

Após a indicação do auxílio óptico pelo médico oftalmologista, orientar o usuário é crucial para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e consequente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação visual.

O treinamento e orientação para o uso do auxílio óptico será realizado pelo profissional com capacitação em reabilitação/habilitação visual que atua na equipe multiprofissional.

No caso de escolares, após o término da reabilitação o profissional responsável deverá emitir um relatório com orientações quanto aos procedimentos a serem adotados pelos professores de Sala de Recursos Multifuncional, viabilizando o processo de inclusão do educando.

O auxílio óptico deverá ser indicado quando houver melhora no uso da visão remanescente, de acordo com o potencial visual de cada indivíduo. Orientações para uso funcional do auxílio óptico indicado serão, dessa forma, incorporadas com maior facilidade e o processo de adaptação será menos dispendioso, respeitará as limitações funcionais do usuário e terá maior eficácia.

Na população infantil com baixa visão, a indicação de auxílios ópticos deverá respeitar, além da condição visual, aspectos do desenvolvimento global de cada criança. O treinamento para uso de auxílios ópticos, da mesma forma que na população adulta, deve priorizar atividades contextualizadas. O trabalho conjunto com a família e a escola são fundamentais durante esse processo. Podemos considerar como principais metas:

- ✓ Conscientização da atual condição visual e das potencialidades;
- ✓ Promoção de habilidades visuais;

- ✓ Adaptação à nova condição visual; e
- ✓ Utilização funcional dos auxílios prescritos pelo oftalmologista.

#### 5.4 PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE

A Orientação é a capacidade de perceber o ambiente e localizar-se, já a mobilidade é a habilidade de movimentar-se. Para a pessoa com deficiência visual a orientação é aprendido no uso dos sentidos remanescentes: audição, tato, cinestesia e olfato, e a utilização da visão residual para orientação nos casos de baixa visão. A mobilidade consiste em aprender a controlar os movimentos corporais de forma organizada e eficaz (SOUZA, 2007). As principais formas de mobilidade são:

- Utilização de outra pessoa- guia vidente;
- Utilização do próprio corpo- Autoproteções;
- Utilização de bengala- bengala longa;
- Utilização de cão guia;
- Utilização de tecnologias- ajudas eletrônicas.

Uma vez identificada a deficiência visual na infância é necessário iniciar o mais cedo possível o trabalho de orientação e mobilidade. Pois para o desenvolvimento infantil novos procedimentos e orientações são inseridos, com a finalidade de proporcionar mais segurança e independência a criança, com apoio e participação da família (SOUZA, 2007).

#### 5.5 ESTRUTURAS FÍSICA/AMBIENTES E EQUIPAMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS E RECOMENDADOS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO VISUAL:

##### Quadro 18 - Ambientes e Equipamentos Obrigatórios

Ambientes	Equipamentos
Consultório Oftalmológico	Lâmpada de Fenda
	Tonômetro
	Oftalmoscópio
	Oftalmoscópio Binocular Indireto
	Refrator de Greens (Refrator)
	Coluna Oftalmológica
	Cadeira Oftalmológica
	Lensômetro
	Retinoscópio
	Lanterna Clínica
	Campímetro

Área adequada para Orientação e Mobilidade <sup>1</sup>	Equipamentos que possibilite treino de orientação e mobilidade da pessoa com deficiência visual.
Sala de Orientação para uso funcional de recursos para baixa visão <sup>2</sup>	Os equipamentos e materiais obrigatórios para este ambiente estão listados no Quadro anexa (outros materiais)

<sup>1</sup> Este espaço deverá ter características físicas e equipamentos que permitam treino de orientação e mobilidade espacial em busca da autonomia da pessoa com deficiência visual. Importante que espaço disponha de mapa tátil, corrimão e piso tátil para facilitar treino de orientação e mobilidade.

<sup>2</sup> Esta sala deverá ter características físicas e equipamentos que permitam treino da baixa visão. Dispor de boa iluminação e possibilidade de controle da mesma (dispor de "dimmer").

### Quadro 19 - Lista de Equipamentos Recomendados

Equipamentos
Barras paralelas
Ceratômetro
Projetor Oftalmológico
Balancim Proprioceptivo
Rampa com degraus
Gangorra de Equilíbrio

**OBS 1:** Os materiais e equipamentos mínimos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foram descritos no Capítulo 2.

**OBS 2:** A estrutura física com os ambientes mínimos obrigatórios comuns a TODOS os serviços de reabilitação foi descrita no Capítulo 2.

### Quadro 20 – Lista de Materiais Recomendados

Materiais Recomendados	
Kit de lentes filtrantes montadas em armações de óculos tipo clip-on	amarelo - intensidade 3
	verde intensidade 3
	vermelha intensidade 3
	marrom intensidade 2
	marrom intensidade 3
	marrom intensidade 4
	cinza intensidade 2
	cinza intensidade 3
blue-block	
Óculos de prova	Óculos de prova, utilizado por optometrista
Lupas manuais com diâmetro mínimo de 35mm com ou sem iluminação acoplada:	LM +12D (3X);
	LM + 16D (4X)
	LM + 20D (5X);
	LM + 24D (6X);
	LM +28D (7X);
	LM +40D (10X)
Barra de leitura 1,5X ou 2X	LA + 8D (2X) plano convexa;
	LA +12D (3X);

	LA + 16D (4X)
	LA +20D (5X);
	LA + 24D (6X);
	LA +28D (7X);
	LA + 32D (8X);
	LA +38D OU +40 D;
	LA +50D;
	ST 2,5 X ou 2,8 X manual, monocular, com ajuste de foco;
	ST 4 X 12 mm manual, monocular, com ajuste de foco;
	ST 6 X 16 mm ou 6 X 17mm manual, monocular, com ajuste de foco;
	ST 8X 21 mm manual, monocular, com ajuste de foco;
	ST 2X montado em armação, binocular, com foco ajustável
Lupas de apoio com ou sem iluminação	
Lentes positivas:+32 D e +40 D (asféricas);	
Lentes esferoprismáticas: +6DE , +8D, +10D e +12D;	
Colchonetes/ tatame	
Espelho fixo	
Mobiliário em geral de cozinha, quarto, sala, banheiro;	
Louças e utensílios domésticos;	
Luminária com braço articulável com luz incandescente	
Luminária com braço articulável com luz fluorescente	
Mapas táteis	
Bolas com guiso (tamanhos e texturas diferenciadas);	
Jogos de encaixe e de montagem	
Caixas retangulares (tamanho de caixa de sapato)	
Lixa;	
Espelho para adaptação da prótese ocular;	
Caixa de prótese ocular com várias próteses para prova;	
Ventosas de silicone para retirada da prótese ocular;	
Oclusor (adulto e infantil);	
Régua milimétrica;	
Brinquedos e jogos diversos;	
Espelho para corpo inteiro com rodízio;	
Kits de avaliação funcional;	
Quadro de acuidade visual para longe (B) – LogMar	
Quadro de acuidade visual para perto (B) – LogMar	
Prancha de leitura;	
Quadro para pincel atômico;	
Carteira escolar (para treinamento com escolares);	
Sistema de Videomagnificação tipo desktop com monitor e bandeja	
Sistema de vídeo-ampliação desktop tipo mouse com monitor	
Sistema de vídeo-ampliação portátil	

Régua de esquiascopia.
Caixa de provas completa;
Quadros LogMar (perto e longe);
Quadros com Símbolos (longe e perto);
Quadro de Snellen;
Quadro para perto com texto contínuo;
Teste de resolução para acuidade visual (olhar preferencial);
Teste de visão cromática (pareamento);
Quadros para teste de contraste;
Tela de Amsler
Programas de ampliação e de leitura para pessoas com deficiência visual
Armações de prova para adultos e crianças.

### **Estrutura Física/Ambiente opcional:**

Laboratório de Prótese Ocular.

Este laboratório deve ter dimensões a depender dos equipamentos e garantir realização de atividades como: avaliação da topografia da cavidade anoftálmica, adaptação da prótese ocular nos casos de enucleação; orientar o usuário quanto ao uso; realizar medidas a serem confeccionada e demais características, entre outras.

### **CAPÍTULO IV - HABILITAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

As habilitações para custeio de CER, Estabelecimentos de Saúde Habilitados em apenas Um Serviço de Reabilitação e Oficinas Ortopédicas, no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, serão analisadas através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS) no âmbito do SUS instituído pela Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Capítulo VII, Seção I (Origem: PRT MS/GM 281/2014).

A inserção de propostas no SAIPS está vinculada ao acesso do Sistema pelo Gestor e posterior liberação do perfil de Cadastrador. Para entender a forma de acesso e atividades nestes perfis é necessária a leitura do Manual de Uso do Sistema – SAIPS: Acesso e Atividades de Gestor e Cadastrador (Manual Geral), bem como do Manual de Uso do Sistema – SAIPS: Acesso e Atividades de Gestor e Cadastrador Habilitação para Custeio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência publicados em: [www.saude.gov.br/saips](http://www.saude.gov.br/saips)

Os serviços que solicitarem habilitação deverão estar com dados cadastrados no CNES (profissionais/carga horária e equipamentos) atualizados e atender as adequações da Portaria

SAS/MS Nº 971, de 13 de setembro de 2012: ter cadastrado no SCNES o Código do Serviço Especializado (135: Serviço de Reabilitação).

Os serviços habilitados em CER II, III, IV, em qualquer das combinações de modalidades e em Oficina Ortopédica Fixa, Terrestre ou Fluvial, serão habilitados conforme critérios da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012) e recebem custeio conforme Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: PRT MS/GM 835/2012). Os Estabelecimentos de Saúde Habilitados em apenas Um Serviço de Reabilitação poderão ser habilitados excepcionalmente, desde que aprovado pela Comissão Intergestores Regional (CIR), motivadamente, e pelo Ministério da Saúde, conforme Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012). Após a publicação da Portaria que habilitar o serviço, é de responsabilidade do Gestor local atualizar no SCNES os Códigos de Classificação dispostos na Portaria SAS/MS Nº 971, de 13 de setembro de 2012 (135-001- Reabilitação Visual; 135-002- Reabilitação Intelectual; 135-003- Reabilitação Física; 135-005- Reabilitação Auditiva; 135-007- Oficina Ortopédica Fixa; 135-008- Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre; 135-009- Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial) .

Conforme especificado na Portaria SAS/MS Nº 492, de 30 de abril de 2013, será permitido o cadastro do serviço especializado 135 – Serviço de Reabilitação, 007 – Oficina Ortopédica Fixa apenas para estabelecimentos que tenham cadastrado a classificação 003 – Reabilitação Física. De igual forma, só será permitido o cadastro do serviço especializado 135 – Serviço de Reabilitação, classificação 008 – Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre e 009 – Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial apenas para estabelecimentos que tenham cadastrados a classificação 007 – Oficina Ortopédica Fixa.

Também, conforme especificado na Portaria SAS/MS Nº 492, de 30 de abril de 2013, os serviços que prestam atendimento às Pessoas Estomizadas devem ter o Código do Serviço Especializado 135 - Serviço de Reabilitação, classificações 012 – Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I e 013 – Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas II.

Para as habilitações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que forem “Aprovadas com ressalvas” o Gestor local terá prazo máximo de até **90 (noventa)** dias,

contados da data em que a Portaria que habilitar o serviço for publicada no Diário Oficial da União (DOU), para atender às ressalvas apontadas pelo parecerista do Ministério da Saúde.

Os serviços que forem habilitados pelo Ministério da Saúde deverão registrar suas produções de forma regular no Sistema de Informações ambulatoriais (SIA/SUS). A Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD), fará o monitoramento desta produção e caso seja observado irregularidades na prestação dos cuidados, os Gestores locais responsáveis pela gestão dos serviços serão advertidos, ficando a cargo desta Coordenação a análise sobre a continuidade ou não da habilitação do serviço.

## 6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BERSCH, Rita. Introdução à Tecnologia Assistiva In: [www.assistiva.com.br](http://www.assistiva.com.br), 2017.

BRASIL. Decreto n. 3.298, 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Portaria nº 448 de 13 de setembro de 2002. Divulga o detalhamento das naturezas de despesas 339030, 339036, 339039 e 449052. Disponível em: [http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/Port\\_448\\_2002.pdf](http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/Port_448_2002.pdf). Acesso em: 18 de janeiro de 2016.

BRASIL. Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm). Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Saberes e práticas da inclusão: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos surdos. [2. ed.] / coordenação geral SEESP/MEC. - Brasília : MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006. 116 p. (Série: Saberes e práticas da inclusão)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf) <

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional

de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas Tecnologia Assistiva. – Brasília : CORDE, 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm)>

BRASIL. Lei Nº 12.764, de 27 de Dezembro de 2012.

BRASIL. Portaria n. 2.776, de 18 de dezembro de 2014. Aprova as diretrizes gerais, amplia e incorpora procedimentos para a Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2776\\_18\\_12\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2776_18_12_2014.html)> Acesso em: 29 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf)

CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro; LEITE, Maria das Graças; FILIPPIN, Márcia Justina; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. Cuidando de pessoas nos períodos pré, trans e pós-operatórios de cirurgias geradoras de estomia. In: Assistência em estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia[S.l: s.n.], 2015.

FRICHE, A. A. L. *et al.* Uso terapêutico de tecnologias assistivas : direitos das pessoas com deficiência e ampliação da comunicação / Amélia Augusta de Lima Friche ... [et al.]. -- Belo Horizonte : Nescon/UFMG, 2015.

International Society for Low-Vision Research and Rehabilitation. Toward a reduction in the global impact of low vision. Oslo: ISLVRR, 2005.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington.

IBGE. Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro, 2012. Acompanha CD-ROM

IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira et al. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Revista Latino-Am. De Enfermagem, 448-56, maio-junho, 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Outubro de 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>>. Acesso em: 22 dez. 2015.

Pascolini, D.; Mariotti, S. P. Global estimates of visual impairment: 2010. Published Online First: 1 December 2011 doi:10.1136/bjophthalmol-2011-300539

Pesquisa nacional de saúde : 2013 : ciclos de vida : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015.

Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012.

Organização Mundial da Saúde. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

SOUZA, Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e; GALVÃO, Cláudia Regina Cabral. Terapia ocupacional: fundamentação & prática. Capítulo 42: Disfunção Visual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme for the Prevention of Blindness. Management of low vision in children. Report of a WHO Consultation Bankok. WHO/PBL/93.27, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing blindness in children . Report of a WHO/IAPB scientific meeting. Hyderabad, WHO/PBL/00.77, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Magnitude and causes of a visual impairment. Geneve,; WHO fact sheet n. 282, 2004.

Lei Federal nº 10.436, de 24 de Abril de 2002. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Casa Civil. Presidência da República.

BRASIL. Folheto: Política Nacional de Humanização PNH, Brasília – DF 2013 1ª edição 1ª reimpressão

## ANEXO I - REFERÊNCIA PARA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES POR TIPO DE CER – II, III ou IV e OFICINAS ORTOPÉDICAS

1. As categorias profissionais e cargas horárias indicadas nos Quadros abaixo (21 e 22) compõem a equipe mínima preconizada bem como os totais de cargas horárias semanais, para os Centros Especializados de Reabilitação, excetuando-se os indicados na coluna opcionais;
2. As categorias profissionais indicadas na coluna **Eletivo** (Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Enfermeiro, Professor de Educação Física, Pedagogo e Nutricionista), compõem a carga horária mínima obrigatória nos CERs, no entanto cabe ao gestor municipal/estadual a indicação das categorias profissionais que atendem a necessidade do respectivo serviço e território.
  - 2.1. O Profissional Nutricionista é obrigatório para os serviços com a modalidade de reabilitação física que prestar atenção às pessoas estomizadas.
  - 2.2. Durante o período de análise para habilitação do estabelecimento, somente nos casos de justificativa devidamente apresentada no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas Públicas (SAIPS), avaliada e acatada pela Coordenação Geral de Saúde das Pessoas com Deficiência, esses profissionais poderão eventualmente **substituir parcialmente**, carga horária obrigatória, de no máximo uma outra categoria profissional, podendo assim ser aprovado, estando sujeita ao monitoramento por parte da CGSPD, bem como suspensão do recurso e/ou desabilitação do estabelecimento.
3. As categorias profissionais indicadas na coluna opcionais, tem carga horária a ser decidida pelo gestor local, avaliando a necessidade do serviço, modalidade de habilitação, bem como as legislações vigentes a cada categoria profissional.
4. A carga horária mínima para os profissionais médicos, bem como as especialidades obrigatórias por modalidade de reabilitação estão indicadas nos Quadros 21 e 22.
5. Considerando que os serviços de Saúde Auditiva são pontos de excelência para o cuidado em audiologia, recomenda-se que tenham profissionais com experiência em adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).
6. Para os serviços já habilitados na Rede de Cuidados à Saúde das Pessoas com Deficiência, as regras dispostas neste instrutivo se aplicam na sua totalidade.

**Quadro 21 - Composição da Equipe Multidisciplinar por Categoria Profissional e Carga Horária Mínima Semanal \***

Composição da Equipe													
Equipe por Categoria profissional e Carga Horária Mínima Semanal *													
TIPO	MODALIDADE	FISIO	TO	FONO	PSI	PED	ASS SOC	ENF	MÉD	RESP. TÉC	ELETIVO (FI/FO/TO/PSI/ENF/ED.FIS/PED/NUT)	OPCIONAIS (ARTESÃO, MÚSICO, RECREADOR, TEC. DE ENF, TEC DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE, ORTOPTISTA, PROTÉTICO OCULAR, TEC. OFTÁLMICO, MÉDICO CLÍNICO, UROLOGISTA, PROCTOLOGISTA, GASTROENTEROLOGISTA)	C.H. Total
CER II	Auditiva e Física	120	80	160	40	0	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Auditiva e Intelectual	40	80	160	120	0	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Auditiva e Visual	40	40	160	80	40	40	20	40	40	80	LIVRE	580
CER II	Física e Intelectual	120	80	80	120	0	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Física e Visual	120	80	80	80	40	40	20	40	40	40	LIVRE	580
CER II	Intelectual e Visual	40	80	80	120	40	40	20	40	40	80	LIVRE	580
CER III	Auditiva, Física e Intelectual	120	80	160	160	0	80	40	60	40	120	LIVRE	860
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual	80	80	160	160	40	80	40	60	40	120	LIVRE	860
CER III	Auditiva Física e Visual	120	80	160	120	40	80	40	60	40	120	LIVRE	860
CER III	Física, Intelectual e Visual	120	120	120	160	40	80	40	60	40	80	LIVRE	860
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	240	160	240	240	40	120	40	80	40	160	LIVRE	1360

\*Os quantitativos de profissionais para o alcance das cargas horárias semanais preconizadas no quadro acima são de autonomia e responsabilidades do gestor local, respeitando as legislações próprias e regulamentações cabíveis a cada categoria profissional

**Quadro 22 - Composição da Equipe Médica por Especialidades e Carga Horária Mínima Semanal\***

Tipologia		Equipe especializada por Categoria profissional/Especialidade e Carga Horárias Mínimas Semanais por modalidade de reabilitação				
TIPO	MODALIDADE	Otorrinolaringologista	Oftalmologista	Ortopedista ou Fisiatra ou Neurologista ou Clínico ou Proctologista ou Urologista ou Gastroenterologista	Neurologista ou Psiquiatra	Total
CER II	Auditiva e Física	20	0	20	0	40
CER II	Auditiva e Intelectual	20	0	0	20	40
CER II	Auditiva e Visual	20	20	0	0	40
CER II	Física e Intelectual	0	0	20	20	40
CER II	Física e Visual	0	20	20	0	40
CER II	Intelectual e Visual	0	20	0	20	40
CER III	Auditiva, Física e Intelectual	20	0	20	20	60
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual	20	20	0	20	60
CER III	Auditiva Física e Visual	20	20	20	0	60
CER III	Física, Intelectual e Visual	0	20	20	20	60
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	20	20	20	20	80

\* Os quantitativos de profissionais para o alcance das cargas horárias semanais preconizadas no quadro acima são de autonomia e responsabilidades do gestor local, respeitando as legislações próprias e regulamentações cabíveis a cada categoria profissional.

ANEXO II – CARGA HORÁRIA SEMANAL DA EQUIPE DA OFICINA ORTOPÉDICA

**Quadro 23 - Composição da Equipe por Categoria profissional e Carga Horárias Mínimas Semanais**

<b>Oficina Ortopédica</b>		
<b>Fixa</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Carga Horária Semanal Mínima</b>	<b>Número mínimo de Profissionais</b>
Responsável Técnico	40 horas	01
Técnico Ortopédico (ortesista e/ou protesista)	160 horas	04
Sapateiro Ortopédico ou Costureiro de Calçados à Máquina; Operador de máquinas-ferramenta; Operador de usinagem convencional por abrasão**	120 horas	03
Fisioterapeuta	30 horas	01
Terapeuta Ocupacional	30 horas	01

\*\*Costureiro de Calçados à Máquina (CBO - 7642-05); Costureiro de roupas de couro e pele, a máquina na confecção em série (CBO - 7632-05); Operador de máquinas-ferramenta (CBO - 7212-15); Operador de usinagem convencional por abrasão (CBO - 7212-20)

**Quadro 24 - Composição da Equipe por Categoria profissional e Carga Horárias Mínimas Semanais**

<b>Oficina Ortopédica</b>		
<b>Itinerante Terrestre</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Carga Horária Semanal Mínima</b>	<b>Número mínimo de Profissionais</b>
Técnico Ortopédico (ortesista e/ou protesista e/ou sapateiro ortopédico)	80 horas	02
Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional	30 horas	01

**Quadro 25 - Composição da Equipe por Categoria profissional e Carga Horárias Mínimas Semanais**

<b>Oficina Ortopédica</b>		
<b>Itinerante Fluvial</b>		
<b>Categoria</b>	<b>Carga Horária Semanal Mínima</b>	<b>Número mínimo de Profissionais</b>
Técnico Ortopédico (ortesta e/ou protesista e/ou sapateiro ortopédico)	40 horas	01
Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional	30 horas	01

### ANEXO III - DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO (CER)

- a) Documento que comprove a anuência do Grupo Conductor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sobre a solicitação desta habilitação.
- b) Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- c) Cópia digitalizada do Alvará de Funcionamento do Serviço expedido pela Vigilância Sanitária, com validade vigente, ou do Protocolo de entrada do pedido no órgão competente.
- d) Planilha de Composição e carga horária da Equipe de Reabilitação. Deve ser preenchido conforme modelo do Anexo V.
- e) Cópia do documento comprobatório de Capacitação em Orientação e Mobilidades do (s) profissional (is) de nível superior (Documento Obrigatório apenas para os serviços com a modalidade de Reabilitação Visual).
- f) Termo de Compromisso de Identidade Visual (assinado pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço). Deve ser preenchido conforme modelo do Anexo VII.
- g) Termo de Compromisso em que o Gestor Local se compromete a atender às determinações da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO X, Capítulo IV, Artigo 1152, Inciso II (Origem: Portaria GM Nº 2.617 de 1º de novembro de 2013) que estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS. (Documento Obrigatório apenas para os casos de contratualização com Instituição Privada sem e/ou com fins lucrativos pela Secretaria de Saúde)
- h) Arquivo com imagens (fotos) do serviço. Solicitamos no mínimo 05 fotos que permitam ter uma visão da estrutura física do serviço. Todas as fotos devem se apensadas em um único arquivo
- i) Declaração de Regularização assinada pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço (listar as pendências e o prazo para adequação – **Prazo Máximo aceito: 90 dias** a contar da data de publicação da Portaria de Habilitação).

**OBS:** Após a habilitação do serviço, o gestor local deverá inserir no SAIPS em até 90 dias contados da publicação da Portaria que habilitou o serviço, arquivo com imagens (fotos) da Identidade Visual da Fachada e do Totem conforme regras definidas no Manual de Identidade Visual, disponível em [www.saude.gov.br/saips](http://www.saude.gov.br/saips), considerando o Termo de Compromisso de Identidade Visual assinado pelo gestor local.

## ANEXO IV - DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO DE OFICINAS ORTOPÉDICAS

- a) Documento que comprove a anuência do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sobre a solicitação desta habilitação.
- b) Documento que comprove anuência da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- c) Cópia digitalizada do Alvará de Funcionamento do Serviço expedido pela Vigilância Sanitária, com validade vigente, ou do Protocolo de entrada do pedido no órgão competente.
- d) Planilha de Composição e carga horária da Equipe de Reabilitação. Deve ser preenchido conforme modelo do ANEXO VI.
- e) Cópia do Atestado de Capacidade Técnica – ACT, emitido pela Associação Brasileira de Ortopedia Técnica (ABOTEC), do técnico responsável pela Oficina Ortopédica, em conformidade com a RDC 192 da ANVISA.
- f) Termo de Compromisso de Identidade Visual (assinado pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço). Deve ser preenchido conforme modelo dos ANEXO VI e ANEXO VII.
- g) Termo de Compromisso em que o Gestor Local se compromete a atender às determinações da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Seção IV (Origem: PRT MS/GM 2617/2013) que estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao SUS. (Documento Obrigatório apenas para os casos de contratualização com Instituição Privada sem e/ou com fins lucrativos pela Secretaria de Saúde)
- h) Arquivo com imagens (fotos) do serviço. (Solicitamos no mínimo 05 fotos que permitam ter uma visão da estrutura física do serviço. Todas as fotos devem se apensadas em um único arquivo)
- i) Declaração de Regularização assinada pelo Secretário de Saúde responsável pela gestão do Serviço (listar as pendências e o prazo para adequação – **Prazo Máximo aceito: 90 dias** a contar da data de publicação da Portaria de Habilitação).

OBS: Após a habilitação do serviço, o gestor local deverá inserir no SAIPS em até 90 dias contados da publicação da Portaria que habilitou o serviço, arquivo com imagens (fotos) da Identidade Visual da Fachada e do Totem conforme regras definidas no Manual

de Identidade Visual, disponível em [www.saude.gov.br/saips](http://www.saude.gov.br/saips), considerando o Termo de Compromisso de Identidade Visual (ANEXO VII), assinado pelo gestor local.

ANEXO V - MODELOS DE PLANILHA DE COMPOSIÇÃO E CARGA HORÁRIA DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

**CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO**

Nome do Profissional	Cargo/Função	Nº do Registro Profissional (CRM, CFFa, Coren etc)	Horas de trabalho/semanal	Horas de Trabalho/Turmo	Cadastrado no CNES?

**OFICINAS ORTOPÉDICAS (FIXAS, ITINERANTES FLUVIAIS E TERRESTRES)**

Nome do Profissional	Cargo/Função	Nº Registro Profissional (OBS: Técnicos Ortopédicos e Sapateiros estão dispensados deste documento)	Horas de trabalho/semanal	Horas de Trabalho por Turno	Cadastrado no CNES?

**ESTADO:**

**MUNICÍPIO:**

**GESTOR PROPONENTE:**

**CNPJ DO GESTOR:**

**CNES:**

**ENDEREÇO:** Município/UF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Secretário (a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

Carimbo do (a) Secretário(a)

## ANEXO VI - TERMO DE COMPROMISSO IDENTIDADE VISUAL PARA SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO.

À Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência - DAET/SAES/MS,

A Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde abaixo identificada, neste ato representado por seu Secretário (a) (Estadual ou Municipal) de Saúde, torna público o compromisso assumido nos autos desse Termo.

O referente Termo de Compromisso vincula a solicitação da habilitação do Serviço \_\_\_\_\_ como Centro Especializado em Reabilitação – CER (II, III ou IV) ou Estabelecimentos de Saúde Habilitados em apenas Um Serviço de Reabilitação (Auditiva, Visual, Intelectual ou Física), à adesão da identificação visual segundo padrões do Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde, estabelecidos nacionalmente (ver especificações de aplicação no *Manual de Identidade Visual* publicado no site [www.saude.gov.br/saips](http://www.saude.gov.br/saips))

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite e as disposições contidas na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012), que Institui a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: PRT MS/GM 835/2012), que Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e Instrutivo de Reabilitação, o (Estado ou Município) identificado abaixo, através da Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde, assume o compromisso especificados neste Termo.

O presente Termo de Compromisso entrará em vigor a partir da data de publicação da portaria específica de habilitação do serviço, no Diário Oficial da União. Fica estabelecido o prazo de até 90 dias para adequação solicitada neste Termo de Compromisso.

E por estarem justos e acordados resolvo assinar o presente Termo de Compromisso em duas vias de igual teor, ficando uma com o ente o Estadual ou

**Municipal** e uma com a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência – CGSPD/DAET/SAES/MS.

**ESTADO:**

**MUNICÍPIO:**

**GESTOR PROPONENTE:**

**CNPJ DO GESTOR:**

**CNES:**

**ENDEREÇO:**

**Município/UF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

---

Secretário (a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

Carimbo do (a) Secretário (a)

## ANEXO VII - TERMO DE COMPROMISSO IDENTIDADE VISUAL PARA OFICINA ORTOPÉDICA

A Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde abaixo identificada, neste ato representado por seu Secretário (a) (Estadual ou Municipal) de Saúde, torna público o compromisso assumido nos autos desse Termo.

O referente Termo de Compromisso vincula a solicitação da habilitação do Serviço \_\_\_\_\_ como Oficina Ortopédica (Tipo), à adesão da identificação visual segundo padrões do Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde, estabelecidos nacionalmente (ver especificações de aplicação no Manual de Identidade Visual publicado no site [www.saude.gov.br/saips](http://www.saude.gov.br/saips)

Considerando o Decreto Presidencial nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite e as disposições contidas na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: PRT MS/GM 793/2012) que Institui a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: PRT MS/GM 835/2012), que Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e Instrutivo de Reabilitação o (Estado ou Município) identificado abaixo, através da Secretaria (Estadual ou Municipal) de Saúde, assume o compromisso especificados neste Termo.

O presente Termo de Compromisso entrará em vigor a partir da data de publicação da portaria específica de habilitação do serviço, no Diário Oficial da União. Fica estabelecido o prazo de 90 dias para adequação solicitada neste Termo de Compromisso.

E por estarem justos e acordados resolvo assinar o presente Termo de Compromisso em duas vias de igual teor, ficando uma com o ente o Estadual ou Municipal e uma com a Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência – CGSPD/DAET/SAES/MS.

**ESTADO:**

**MUNICÍPIO:**

**GESTOR PROPONENTE:**

**CNPJ DO GESTOR:**

**CNES:**

**ENDEREÇO:** Município/UF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Secretário(a) (Estadual ou Municipal) de Saúde

Carimbo do(a) Secretário(a)

## ANEXO VIII – MONITORAMENTO DO SERVIÇOS HABILITADOS COM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER) E OFICINAS ORTOPÉDICA

Conforme preconiza as normativas vigentes do SUS, é objetivo da Rede de Cuidados das Pessoas com Deficiência, construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde. O monitoramento e avaliação dos estabelecimentos que compõem a Rede é responsabilidade compartilhada entre os entes federados responsáveis pela gestão do SUS, bem como o processo de implantação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Dito isto, é responsabilidade do gestor local a devida alimentação dos sistemas de informação do SUS, sendo condição obrigatória a alimentação dos sistemas de informação respectivos aos serviços que compõe a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, dentro dos parâmetros preconizados pela Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/Ministério da Saúde, estando sujeitos a suspensão de recurso de custeio bem como a respectiva desabilitação.

Para fins de monitoramento do funcionamento dos estabelecimentos habilitados, a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência acompanhará a produção ambulatorial aprovada por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). O monitoramento dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) terá como referência os procedimentos previstos no Quadro 26, enquanto que o monitoramento das Oficinas Ortopédicas se dará a partir dos procedimentos previstos na Quadro 27.

Estarão sujeitos a suspensão do recurso aqueles estabelecimentos que mantiverem zerados por 3 ou mais competências consecutivas procedimentos elencados no quadro abaixo nas suas respectivas modalidades de reabilitação as quais estão habilitados. Em caso de manutenção de 6 competências consecutivas com procedimentos zerados nas modalidades de habilitação dos respectivos estabelecimentos, estes estarão sujeitos a desabilitação. Cabe destacar que os procedimentos previstos na portaria 790, de 1º de setembro de 2014, não resultam em ressarcimento ou incremento de teto financeiro.

Os procedimentos registrados deverão refletir os cuidados prestados no estabelecimento, podendo o Ministério da Saúde solicitar, em qualquer tempo, esclarecimentos quanto aos tipos e quantitativos dos procedimentos apresentados no

SIA/SUS. Salienta-se ainda que a não apresentação pelo Gestor das informações solicitadas poderá sujeitar o estabelecimento à suspensão de recurso e, em último caso, desabilitação.

**Quadro 26 - Procedimentos a serem monitorados para os Centros Especializados em Reabilitação, segundo o Sistema de Gerenciamento do Quadro de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>TIPO*</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>INSTRUMENTO DE REGISTRO</b>
0101010028	Comuns	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	BPA C
0101040024	Comuns	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	BPA I
0211030015	Comuns	AVALIAÇÃO CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES	BPA I
0211030023	Comuns	AVALIAÇÃO CINÉTICA, CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES	BPA I
0211030031	Comuns	AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO ESTÁTICO EM PLACA DE FORÇA	BPA I
0211030040	Comuns	AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATORIA	BPA I
0211030058	Comuns	AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATORIA C/ TRANSDUTORES MICROPROCESSADOS	BPA I
0211030066	Comuns	AVALIAÇÃO DE MOVIMENTO (POR IMAGEM)	BPA I
0211030074	Comuns	AVALIAÇÃO FUNCIONAL MUSCULAR	BPA I
0211030082	Comuns	ELETRODIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL	BPA I
0211030090	Comuns	ELETROMIOGRAFIA DINÂMICA, AVALIAÇÃO CINÉTICA, CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES	BPA I
0211050113	Auditiva	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO	BPA I
0211060011	Visual	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	BPA I
0211060020	Visual	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	BPA I
0211060054	Visual	CERATOMETRIA	BPA I
0211060070	Visual	ELETRO-OCULOGRAFIA	BPA I
0211060089	Visual	ELETRORETINOGRAFIA	BPA I
0211060100	Visual	FUNDOSCOPIA	BPA I
0211060127	Visual	MAPEAMENTO DE RETINA	BPA I
0211060151	Visual	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	BPA I
0211060160	Visual	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	BPA I
0211060216	Visual	TESTE DE SCHIRMER	BPA I
0211060224	Visual	TESTE DE VISÃO DE CORES	BPA I
0211060232	Visual	TESTE ORTÓPTICO	BPA I
0211060259	Visual	TONOMETRIA	BPA I

0211070017	Comuns	ANALISE ACUSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATORIO DE VOZ	BPA I
0211070025	Auditiva	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	BPA I
0211070033	Auditiva	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	BPA I
0211070041	Auditiva	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	BPA I
0211070050	Auditiva	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	BPA I
0211070068	Comuns	AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	BPA I
0211070076	Comuns	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	BPA I
0211070084	Comuns	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO	BPA I
0211070092	Auditiva	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	APAC
0211070106	Auditiva	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	APAC
0211070114	Comuns	AVALIACAO VOCAL	BPA I
0211070149	Auditiva	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA	BPA I
0211070157	Auditiva	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	BPA I
0211070165	Auditiva	ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL	BPA I
0211070173	Comuns	EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	BPA I
0211070181	Comuns	EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO	BPA I
0211070190	Comuns	GUSTOMETRIA	BPA I
0211070203	Auditiva	IMITANCIOMETRIA	BPA I
0211070211	Auditiva	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	BPA I
0211070220	Comuns	OLFATOMETRIA	BPA I
0211070238	Auditiva	PESQUISA DE FISTULA PERILINFATICA	BPA I
0211070246	Auditiva	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	BPA I
0211070254	Auditiva	PESQUISA DE PARES CRANIANOS	BPA I
0211070262	Auditiva	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	BPA I
0211070270	Auditiva	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	BPA I
0211070289	Auditiva	PROVA DE FUNCAO TUBARIA	BPA I
0211070297	Auditiva	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	APAC
0211070300	Auditiva	REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	APAC
0211070319	Auditiva	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI	APAC
0211070327	Auditiva	TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)	BPA I
0211070335	Auditiva	TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES	BPA I

0211070343	Auditiva	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	BPA I
0211070351	Auditiva	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	BPA I
0211100013	Comuns	APLICACAO DE TESTE P/ PSICODIAGNOSTICO	BPA I
0301010048	Comuns	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	BPA I
0301010072	Comuns	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	BPA I
0301040036	Comuns	TERAPIA EM GRUPO	BPA C
0301040044	Comuns	TERAPIA INDIVIDUAL	BPA I
0301060100	Física	ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	BPA I
0301070024	Intelectual	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA	BPA I
0301070032	Auditiva	Acompanhamento de Paciente com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Uni / Bilateral	APAC
0301070040	Intelectual	ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO	BPA I
0301070059	Intelectual	ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO	BPA I
0301070067	Intelectual	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MULTIPLAS DEFICIÊNCIAS	BPA I
0301070075	Intelectual	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	BPA I
0301070083	Comuns	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I P/ PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (POR OFICINA)	BPA I
0301070091	Física	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II P/ PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (POR OFICINA)	BPA I
0301070105	Física	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITACAO FISICA (1 TURNO PACIENTE-DIA - 15 ATENDIMENTOS-MES)	BPA I
0301070113	Comuns	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	BPA I
0301070121	Física	TRATAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITACAO FISICA (1 TURNO PACIENTE- DIA - 20 ATENDIMENTOS-MES)	BPA I
0301070130	Física	TRATAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITACAO FISICA (2 TURNOS PACIENTE-DIA - 20 ATENDIMENTOS-MES)	BPA I
0301070148	Visual	TREINO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE	BPA I

0301070156	Visual	AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM DEFICIÊNCIA VISUAL	BPA I
0301070164	Visual	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO VISUAL	BPA I
0301080160	Comuns	ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	BPA C
0301100063	Estomia	CUIDADOS C/ ESTOMAS	BPA I
0302030018	Visual	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	BPA I
0302030026	Visual	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	BPA I
0302040013	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	BPA I
0302040021	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	BPA I
0302040048	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	BPA I
0302040056	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	BPA I
0302050019	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	BPA I
0302050027	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	BPA I
0302060014	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	BPA I
0302060022	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	BPA I
0302060030	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	BPA I
0302060049	Comuns	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	BPA I
0302060057	Física	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	BPA I
0303090073	Física	REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO INFERIOR	BPA I

0303090081	Física	REVISAO C/ IMOBILIZACAO NAO GESSADA EM LESAO DA COLUNA VERTEBRAL	BPA I
0303090090	Física	REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM MEMBRO SUPERIOR	BPA I
0303090111	Física	REVISAO C/ TROCA DE APARELHO GESSADO EM LESAO DA COLUNA VERTEBRAL	BPA I
0303090120	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA NA CINTURA ESCAPULAR (C/ IMOBILIZACAO)	BPA I
0303090146	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE COSTELAS	BPA I
0303090154	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE PUNHO COM LUVA GESSADA	BPA I
0303090162	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSO METACARPICO	BPA I
0303090189	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO ESTERNO	BPA I
0303090200	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZACAO	BPA I
0303090219	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DA COLUNA CERVICAL C/ IMOBILIZACAO	BPA I
0303090227	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO SUPERIOR C/ IMOBILIZACAO	BPA I
0303090251	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE COLUNA TORACO-LOMBO-SACRA C/ IMOBILIZACAO	BPA I
0303090260	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS	BPA I
0303090286	Física	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESAO LIGAMENTAR EM MEMBRO C/ IMOBILIZACAO	BPA I
0309050014	Física	SESSAO DE ACUPUNTURA APLICACAO DE VENTOSAS / MOXA	BPA I
0309050022	Física	SESSAO DE ACUPUNTURA COM INSERCAO DE AGULHAS	BPA I
0309050030	Física	SESSAO DE ELETROESTIMULACAO	BPA I
0701010010	OPM Física	ANDADOR FIXO / ARTICULADO EM ALUMINIO C/ QUATRO PONTEIRAS.	BPA I
0701010029	OPM Física	CADEIRA DE RODAS ADULTO / INFANTIL (TIPO PADRAO)	BPA I
0701010037	OPM Física	CADEIRA DE RODAS P/ BANHO C/ ASSENTO SANITARIO	BPA I
0701010045	OPM Física	CADEIRA DE RODAS P/ TETRAPLEGICO - TIPO PADRAO	BPA I
0701010053	OPM Física	CALCADOS ANATOMICOS C/ PALMILHAS P/ PE NEUROPATICOS (PAR)	BPA I

0701010061	OPM Física	CALÇADOS ORTOPEDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATE NUMERO 45 (PAR)	BPA I
0701010070	OPM Física	CALÇADOS ORTOPEDICOS PRE-FABRICADOS C/ PALMILHAS ATE NUMERO 45 (PAR)	BPA I
0701010088	OPM Física	CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA	BPA I
0701010096	OPM Física	CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATE NUMERO 33 (PAR)	BPA I
0701010100	OPM Física	CARRINHO DOBRAVEL P/ TRANSPORTE DE CRIANÇA C/ DEFICIENCIA	BPA I
0701010118	OPM Física	BENGALA CANADENSE REGULAVEL EM ALTURA (PAR)	BPA I
0701010126	OPM Física	MULETA AXILAR REGULAVEL DE MADEIRA (PAR)	BPA I
0701010134	OPM Física	MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMINIO REGULAVEL NA ALTURA (PAR)	BPA I
0701010142	OPM Física	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR)	BPA I
0701010150	OPM Física	PALMILHAS P/ PES NEUROPATICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA P/ ADULTOS OU CRIANÇAS (PAR)	BPA I
0701010169	OPM Física	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES ATE O NUMERO 33 (PAR)	BPA I
0701010177	OPM Física	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES NUMEROS ACIMA DE 34 (PAR)	BPA I
0701010185	OPM Física	ADAPTAÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	BPA I
0701010193	OPM Física	MANUTENÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	BPA I
0701010207	OPM Física	CADEIRA DE RODAS MONOBLOCO	APAC
0701010215	OPM Física	CADEIRA DE RODAS (ACIMA 90KG)	APAC
0701010223	OPM Física	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA ADULTO OU INFANTIL	APAC
0701010231	OPM Física	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO EM CONCHA INFANTIL	APAC
0701010240	OPM Física	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ENCOSTO RECLINÁVEL	APAC
0701010258	OPM Física	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ARO DE PROPULSÃO	APAC
0701010266	OPM Física	ADAPTAÇÃO DE ASSENTO PARA DEFORMIDADES DE QUADRIL	APAC
0701010274	OPM Física	ADAPTAÇÃO DE ENCOSTO PARA DEFORMIDADES DE TRONCO	APAC
0701010282	OPM Física	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE PÉS DA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010290	OPM Física	APOIOS LATERAIS DO TRONCO EM 3 OU 4 PONTOS	APAC

0701010304	OPM Física	APOIOS LATERAIS DE QUADRIL PARA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010312	OPM Física	APOIO PARA ESTABILIZAÇÃO DA CABEÇA NA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010320	OPM Física	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE BRAÇOS DA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010339	OPM Física	ADAPTAÇÃO ABDUTOR TIPO CAVALO PARA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701020016	OPM Física	ORTESE / CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXA)	BPA I
0701020024	OPM Física	ORTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO)	BPA I
0701020032	OPM Física	ORTESE / COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE	BPA I
0701020040	OPM Física	ÓRTESE/ COLETE TIPO WILLIAMS	BPA I
0701020059	OPM Física	ORTESE / COLETE TLSO TIPO KNIGHT	BPA I
0701020067	OPM Física	ORTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO P/ IMOBILIZACAO DE JOELHO EM EXTENSAO ARTICULADA	BPA I
0701020075	OPM Física	ORTESE CRUROMALEOLAR P/ LIMITACAO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO	BPA I
0701020083	OPM Física	ORTESE CRUROPODALICA C/ DISTRATOR P/ GENUVALGO / GENUVARO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	BPA I
0701020091	OPM Física	ORTESE DINAMICA PELVICO-CRURAL TIPO ATLANTA /	BPA I
0701020105	OPM Física	ORTESE DINAMICA SUROPODALICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL)	BPA I
0701020113	OPM Física	ORTESE ESTATICA IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO	BPA I
0701020121	OPM Física	ORTESE GENUPODALICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO	BPA I
0701020130	OPM Física	ORTESE HCTO TIPO MINERVA IMOBILIZADORA CERVICAL C/ APOIO TORACICO (COLAR).	BPA I
0701020148	OPM Física	ORTESE METALICA CRUROPODALICA ADULTO	BPA I
0701020156	OPM Física	ORTESE METALICA CRUROPODALICA (INFANTIL E ADOLESCENTE)	BPA I
0701020164	OPM Física	ÓRTESE METALICA SUROPODALICA (INFANTIL)	BPA I
0701020172	OPM Física	ÓRTESE PÉLVICO-PODALICA DE DESCARGA ISQUIÁTICA	BPA I
0701020180	OPM Física	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA C/ OU S/ APOIO ISQUIATICO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	BPA I
0701020199	OPM Física	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA P/ ADULTO C/ OU S/ APOIO ISQUIATICO	BPA I
0701020202	OPM Física	ORTESE RIGIDA P/ LUXACAO CONGENITA DO QUADRIL	BPA I
0701020210	OPM Física	ORTESE SUROPODALICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL	BPA I
0701020229	OPM Física	ORTESE SUROPODALICA S/ ARTICULACAO EM POLIPROPILENO (ADULTO)	BPA I

0701020237	OPM Física	ORTESE SUROPODALICA S/ ARTICULACAO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)	BPA I
0701020245	OPM Física	ORTESE SUROPODALICA METALICA (ADULTO)	BPA I
0701020253	OPM Física	ORTESE SUROPODALICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO)	BPA I
0701020261	OPM Física	ORTESE SUSPENSORIO DE PAVLIK	BPA I
0701020270	OPM Física	ORTESE TIPO SARMIENTO PARA ÚMERO	BPA I
0701020288	OPM Física	ORTESE TLSO / COLETE TIPO BOSTON	BPA I
0701020296	OPM Física	ORTESE TLSO / TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT	BPA I
0701020300	OPM Física	ORTESE TLCO CORRETIVA TORACO- LUMBAR EM POLIPROPILENO	BPA I
0701020318	OPM Física	ORTESE TLCO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSER	BPA I
0701020326	OPM Física	ORTESE TORACICA COLETE DINAMICA DE COMPRESSAO TORACICA	BPA I
0701020334	OPM Física	PROTESE CANADENSE ENDOESQUELETICA EM ALUMINIO OU ACO (DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL)	BPA I
0701020342	OPM Física	PRÓTESE CANADENSE EXOESQUELÉTICA.(DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL)	BPA I
0701020350	OPM Física	PROTESE ENDOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE JOELHO EM ALUMINIO OU ACO	BPA I
0701020369	OPM Física	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSFEMURAL EM ALUMINIO OU ACO	BPA I
0701020377	OPM Física	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMINIO OU ACO	BPA I
0701020385	OPM Física	PRÓTESE EXOESQUELETICA PARA DESARTICULAÇÃO DO JOELHO	BPA I
0701020393	OPM Física	PRÓTESE EXOESQUELETICA PASSIVA PARA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO OU AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL	BPA I
0701020407	OPM Física	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSFEMURAL	BPA I
0701020415	OPM Física	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL C/ COXAL OU MANGUITO DE COXA	BPA I
0701020423	OPM Física	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM	BPA I
0701020431	OPM Física	PRÓTESE FUNCIONAL ENDOESQUELETICA P/ AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL	BPA I
0701020440	OPM Física	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE COTOVELO (PUNHO DE ROSCA)	BPA I

0701020458	OPM Física	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA P/ DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO UNIVERSO).	BPA I
0701020466	OPM Física	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA PARA AMPUTACAO TRANSRADIAL.	BPA I
0701020474	OPM Física	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL C/ GANCHO DE DUPLA FORCA.	BPA I
0701020482	OPM Física	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL COTO	BPA I
0701020490	OPM Física	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL P/ PUNHO DE TROCA RÁPIDA C/ GANCHO DE DUPLA FORCA	BPA I
0701020504	OPM Física	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSUMERAL	BPA I
0701020512	OPM Física	PROTESE MAMARIA	BPA I
0701020520	OPM Física	PROTESE P/ AMPUTACAO TIPO CHOPART	BPA I
0701020539	OPM Física	PROTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE OMBRO E ESCAPULECTOMIA PARCIAL OU TOTAL	BPA I
0701020547	OPM Física	PRÓTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA TRANSUMERAL	BPA I
0701020555	OPM Física	PRÓTESE PASSIVA PARA AMPUTAÇÃO PARCIAL DA MÃO	BPA I
0701020563	OPM Física	PROTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTACAO EM NIVEL DO ANTE PE	BPA I
0701020571	OPM Física	ADAPTAÇÃO DE OPM ORTOPEDICA	BPA I
0701020580	OPM Física	MANUTENÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA	BPA I
0701020598	OPM Física	MATERIAIS ELÁSTICOS PARA MODELAGEM DE COTOS, CONTROLE CICATRICIAL OU CONTROLE DE EDEMA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES – FAIXA ELÁSTICA COMPRESSIVA	BPA I
0701020601	OPM Física	TÁBUA (PRANCHA) PARA TRANSFERÊNCIA	BPA I
0701020610	OPM Física	CINTA PARA TRANSFERÊNCIAS	BPA I
0701020628	OPM Física	ALMOFADA DE ASSENTO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CÉLULAS DE AR	APAC
0701020636	OPM Física	ALMOFADA DE ASSENTO PARA CADEIRA DE RODAS PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO - SIMPLES	BPA I
0701020644	OPM Física	MESA DE ATIVIDADES PARA CADEIRA DE RODAS (TÁBUA MESA)	BPA I
0701020652	OPM Física	BENGALA DE 4 PONTAS	APAC
0701030011	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A	APAC

0701030020	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA RETROAURICULAR TIPO A	APAC
0701030038	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA - AURICULAR TIPO A	APAC
0701030046	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA- AURICULAR TIPO B	APAC
0701030054	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA- AURICULAR TIPO C	APAC
0701030062	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A	APAC
0701030070	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B	APAC
0701030089	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C	APAC
0701030097	OPM Auditiva	Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Microcanal Tipo A	APAC
0701030100	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B	APAC
0701030119	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C	APAC
0701030127	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO - AURICULAR TIPO A	APAC
0701030135	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO - AURICULAR TIPO B	APAC
0701030143	OPM Auditiva	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO- AURICULAR TIPO C	APAC
0701030151	OPM Auditiva	MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)	APAC
0701030160	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A	APAC
0701030178	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA RETROAURICULAR TIPO A	APAC
0701030186	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA - AURICULAR TIPO A	APAC
0701030194	OPM Auditiva	REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA- AURICULAR TIPO B	APAC
0701030208	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA - AURICULAR TIPO C	APAC

0701030216	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA - CANAL TIPO A	APAC
0701030224	OPM Auditiva	REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B	APAC
0701030232	OPM Auditiva	REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C	APAC
0701030240	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO - CANAL TIPO A	APAC
0701030259	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO - CANAL TIPO B	APAC
0701030267	OPM Auditiva	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO - CANAL TIPO C	APAC
0701030275	OPM Auditiva	REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A	APAC
0701030283	OPM Auditiva	REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B	APAC
0701030291	OPM Auditiva	REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C	APAC
0701030305	OPM Auditiva	MANUTENÇÃO/ ADAPTAÇÃO DE OPM AUDITIVA	BPA I
0701030321	OPM Auditiva	SISTEMA DE FREQUENCIA MODULADA PESSOAL	APAC
0701040017	OPM Visual	BENGALA ARTICULADA	BPA I
0701040025	OPM Visual	LENTE ESCLERAL PINTADA	BPA I
0701040033	OPM Visual	LUPA DE APOIO COM OU SEM ILUMINAÇÃO	BPA I
0701040041	OPM Visual	LUPA MANUAL COM OU SEM ILUMINAÇÃO	BPA I
0701040050	OPM Visual	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS	BPA I
0701040068	OPM Visual	PRÓTESE OCULAR	BPA I
0701040092	OPM Visual	ÓCULOS COM LENTES FILTRANTES	BPA I
0701040106	OPM Visual	SISTEMAS TELESCÓPICO MANUAL BINOCULAR COM FOCO AJUSTÁVEL	BPA I
0701040114	OPM Visual	SISTEMAS TELESCÓPICO MANUAL MONOCULAR COM FOCO AJUSTÁVEL	BPA I
0701040122	OPM Visual	ÓCULOS COM LENTES ASFÉRICAS POSITIVAS	BPA I
0701040130	OPM Visual	ÓCULOS COM LENTES ESFÉRO PRISMÁTICAS	BPA I
0701040149	OPM Visual	ADAPTAÇÃO DE OPM OFTALMÓLOGICA	BPA I
0701040157	OPM Visual	MANUTENÇÃO DE OPM OFTALMOLOGICA	BPA I
0701050012	OPM Gastro	BOLSA DE COLOSTOMIA FECHADA C/ ADESIVO MICROPOROSO	BPA I
0701050020	OPM Gastro	BOLSA DE COLOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORO DRENAVEL	BPA I
0701050047	OPM Gastro	CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ OSTOMA INTESTINAL	BPA I
0701060018	OPM Urologia	BARREIRAS PROTETORAS DE PELE SINTETICA E/OU MISTA EM FORMA DE PO / PASTA E/OU PLACA	BPA I

0701060026	OPM Urologia	BOLSA COLETORA P/ UROSTOMIZADOS	BPA I
0701060034	OPM Urologia	COLETOR URINARIO DE PERNA OU DE CAMA	BPA I
0701060042	OPM Urologia	CONJUNTO DE PLACA E BOLSA P/ UROSTOMIZADOS	BPA I
0701090014	OPM Física	ORTESE HCO TIPO PHILADELPHIA P/ IMOBILIZACAO DA REGIAO CERVICAL	BPA I
0701090022	Substituição OPM Física	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA COSMÉTICA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL	BPA I
0701090030	Substituição OPM Física	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA COSMÉTICA EM PRÓTESE TRANSTIBIAL ENDOESQUELÉTICA.	BPA I
0701090049	Substituição OPM Física	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSUMERAL	BPA I
0701090057	Substituição OPM Física	SUBSTITUIÇÃO DE LUVA COSMÉTICA P/ MÃOS PROTÉTICAS	BPA I
0701090065	OPM Física	SUBSTITUICAO DE PE DE ADAPTACAO DINAMICA.	BPA I
0701090073	OPM Física	SUBSTITUICAO DE PE SACH / ARTICULADO.	BPA I
0701090081	OPM Física	SUBSTITUICAO DO ENCAIXE INTERNO FLEXIVEL P/ PROTESE	BPA I
0701090090	Substituição OPM Física	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO ENCAIXE PARA PRÓTESE TRANSFEMURAL ENDOESQUELÉTICA/ EXOESQUELÉTICA.	BPA I

\* Entende-se o tipo “comum” aqueles procedimentos que podem ser registrados nos serviços de reabilitação habilitado em qualquer uma das modalidades de reabilitação.

**Quadro 27 - Procedimentos a serem monitorados para as Oficinas Ortopédicas, segundo o Sistema de Gerenciamento do Quadro de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**

<b>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	<b>TIPO</b>	<b>NOME DO PROCEDIMENTO</b>	<b>INSTRUMENTO DE REGISTRO</b>
0701010185	ADAPTAÇÃO	ADAPTAÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	BPA I
0701010266	ADAPTAÇÃO	ADAPTAÇÃO DE ASSENTO PARA DEFORMIDADES DE QUADRIL	APAC
0701010274	ADAPTAÇÃO	ADAPTAÇÃO DE ENCOSTO PARA DEFORMIDADES DE TRONCO	APAC
0701010282	ADAPTAÇÃO	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE PÉS DA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010290	ADAPTAÇÃO	APOIOS LATERAIS DO TRONCO EM 3 OU 4 PONTOS	APAC
0701010304	ADAPTAÇÃO	APOIOS LATERAIS DE QUADRIL PARA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010312	ADAPTAÇÃO	APOIO PARA ESTABILIZAÇÃO DA CABEÇA NA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010320	ADAPTAÇÃO	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE BRAÇOS DA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701010339	ADAPTAÇÃO	ADAPTAÇÃO ABDUTOR TIPO CAVALO PARA CADEIRA DE RODAS	APAC
0701020571	ADAPTAÇÃO	ADAPTAÇÃO DE OPM ORTOPEDICA	BPA I
0701010053	CONFECÇÃO	CALCADOS ANATOMICOS C/ PALMILHAS P/ PE NEUROPATICOS (PAR)	BPA I
0701010061	CONFECÇÃO	CALCADOS ORTOPEDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATE NUMERO 45 (PAR)	BPA I
0701010088	CONFECÇÃO	CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA	BPA I
0701010096	CONFECÇÃO	CALCADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATE NUMERO 33 (PAR)	BPA I
0701010142	CONFECÇÃO	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR)	BPA I
0701010150	CONFECÇÃO	PALMILHAS P/ PES NEUROPATICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA P/ ADULTOS OU CRIANCAS (PAR)	BPA I
0701010169	CONFECÇÃO	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES ATE O NUMERO 33 (PAR)	BPA I
0701010177	CONFECÇÃO	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES NUMEROS ACIMA DE 34 (PAR)	BPA I
0701020563	CONFECÇÃO	PROTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTACAO EM NIVEL DO ANTE PE	BPA I
0701020016	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE / CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXA)	BPA I
0701020024	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO)	BPA I

0701020032	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE / COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE	BPA I
0701020040	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ÓRTESE/ COLETE TIPO WILLIAMS	BPA I
0701020059	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE / COLETE TLISO TIPO KNIGHT	BPA I
0701020067	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO P/ IMOBILIZACAO DE JOELHO EM EXTENSAO ARTICULADA	BPA I
0701020075	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE CRUROMALEOLAR P/ LIMITACAO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO	BPA I
0701020083	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE CRUROPODALICA C/ DISTRATOR P/ GENUVALGO / GENUVARO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	BPA I
0701020091	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE DINAMICA PELVICO-CRURAL TIPO ATLANTA /	BPA I
0701020105	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE DINAMICA SUROPODALICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL)	BPA I
0701020113	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE ESTATICA IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO	BPA I
0701020121	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE GENUPODALICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO	BPA I
0701020130	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE HCTO TIPO MINERVA IMOBILIZADORA CERVICAL C/ APOIO TORACICO (COLAR).	BPA I
0701020148	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE METALICA CRUROPODALICA ADULTO	BPA I
0701020156	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE METALICA CRUROPODALICA (INFANTIL E ADOLESCENTE)	BPA I
0701020164	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ÓRTESE METALICA SUROPODALICA (INFANTIL)	BPA I
0701020172	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ÓRTESE PÉLVICO-PODALICA DE DESCARGA ISQUIÁTICA	BPA I
0701020180	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA C/ OU S/ APOIO ISQUIATICO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	BPA I
0701020199	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA P/ ADULTO C/ OU S/ APOIO ISQUIATICO	BPA I
0701020202	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE RIGIDA P/ LUXACAO CONGENITA DO QUADRIL	BPA I
0701020210	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE SUROPODALICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL	BPA I
0701020229	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE SUROPODALICA S/ ARTICULACAO EM POLIPROPILENO (ADULTO)	BPA I
0701020237	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE SUROPODALICA S/ ARTICULACAO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)	BPA I

0701020245	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE SUROPODALICA METALICA (ADULTO)	BPA I
0701020253	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE SUROPODALICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO)	BPA I
0701020261	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE SUSPENSORIO DE PAVLIK	BPA I
0701020270	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE TIPO SARMIENTO PARA ÚMERO	BPA I
0701020288	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE TLSO / COLETE TIPO BOSTON	BPA I
0701020296	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE TLSO / TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT	BPA I
0701020300	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE TLSO CORRETIVA TORACO- LOMBAR EM POLIPROPILENO	BPA I
0701020318	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE TLSO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSER	BPA I
0701020326	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	ORTESE TORACICA COLETE DINAMICA DE COMPRESSAO TORACICA	BPA I
0701020334	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE CANADENSE ENDOSQUELETICA EM ALUMINIO OU ACO (DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL)	BPA I
0701020342	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PRÓTESE CANADENSE EXOESQUELÉTICA.(DESARTICULAÇÃ O DO QUADRIL)	BPA I
0701020350	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE ENDOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE JOELHO EM ALUMINIO OU ACO	BPA I
0701020369	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSFEMURAL EM ALUMINIO OU ACO	BPA I
0701020377	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMINIO OU ACO	BPA I
0701020385	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PRÓTESE EXOESQUELETICA PARA DESARTICULAÇÃO DO JOELHO	BPA I
0701020393	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PRÓTESE EXOESQUELETICA PASSIVA PARA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO OU AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL	BPA I
0701020407	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSFEMURAL	BPA I
0701020415	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL C/ COXAL OU MANGUITO DE COXA	BPA I
0701020423	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM	BPA I
0701020431	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PRÓTESE FUNCIONAL ENDOSQUELETICA P/ AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL	BPA I
0701020440	CONFECÇÃO/ DISPENSACÃO	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE COTOVELO (PUNHO DE ROSCA)	BPA I

0701020458	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA P/ DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO UNIVERSO).	BPA I
0701020466	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA PARA AMPUTACAO TRANSRADIAL.	BPA I
0701020474	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL C/ GANCHO DE DUPLA FORCA.	BPA I
0701020482	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL COTO	BPA I
0701020490	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL P/ PUNHO DE TROCA RÁPIDA C/ GANCHO DE DUPLA FORCA	BPA I
0701020504	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSUMERAL	BPA I
0701020520	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PROTESE P/ AMPUTACAO TIPO CHOPART	BPA I
0701020539	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PROTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE OMBRO E ESCAPULECTOMIA PARCIAL OU TOTAL	BPA I
0701020547	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PRÓTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA TRANSUMERAL	BPA I
0701020555	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	PRÓTESE PASSIVA PARA AMPUTAÇÃO PARCIAL DA MÃO	BPA I
0701020598	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	MATERIAIS ELÁSTICOS PARA MODELAGEM DE COTOS, CONTROLE CICATRICIAL OU CONTROLE DE EDEMA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES – FAIXA ELÁSTICA COMPRESSIVA	BPA I
0701090014	CONFECÇÃO/ DISPENSÇÃO	ORTESE HCO TIPO PHILADELPHIA P/ IMOBILIZACAO DA REGIAO CERVICAL	BPA I
0701010010	DISPENSÇÃO	ANDADOR FIXO / ARTICULADO EM ALUMINIO C/ QUATRO PONTEIRAS.	BPA I
0701010029	DISPENSÇÃO	CADEIRA DE RODAS ADULTO / INFANTIL (TIPO PADRAO)	BPA I
0701010037	DISPENSÇÃO	CADEIRA DE RODAS P/ BANHO C/ ASSENTO SANITARIO	BPA I
0701010045	DISPENSÇÃO	CADEIRA DE RODAS P/ TETRAPLEGICO - TIPO PADRAO	BPA I
0701010070	DISPENSÇÃO	CALCADOS ORTOPEDICOS PRE- FABRICADOS C/ PALMILHAS ATE NUMERO 45 (PAR)	BPA I
0701010100	DISPENSÇÃO	CARRINHO DOBRAVEL P/ TRANSPORTE DE CRIANCA C/ DEFICIENCIA	BPA I
0701010118	DISPENSÇÃO	BENGALA CANADENSE REGULAVEL EM ALTURA (PAR)	BPA I
0701010126	DISPENSÇÃO	MULETA AXILAR REGULAVEL DE MADEIRA (PAR)	BPA I

0701010134	DISPENSAÇÃO	MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMINIO REGULAVEL NA ALTURA (PAR)	BPA I
0701010207	DISPENSAÇÃO	CADEIRA DE RODAS MONOBLOCO	APAC
0701010215	DISPENSAÇÃO	CADEIRA DE RODAS (ACIMA 90KG)	APAC
0701010223	DISPENSAÇÃO	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA ADULTO OU INFANTIL	APAC
0701010231	DISPENSAÇÃO	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO EM CONCHA INFANTIL	APAC
0701010240	DISPENSAÇÃO	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ENCOSTO RECLINÁVEL	APAC
0701010258	DISPENSAÇÃO	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ARO DE PROPULSÃO	APAC
0701020512	DISPENSAÇÃO	PROTESE MAMARIA	BPA I
0701020601	DISPENSAÇÃO	TÁBUA (PRANCHA) PARA TRANSFERÊNCIA	BPA I
0701020610	DISPENSAÇÃO	CINTA PARA TRANSFERÊNCIAS	BPA I
0701020628	DISPENSAÇÃO	ALMOFADA DE ASSENTO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CÉLULAS DE AR	APAC
0701020636	DISPENSAÇÃO	ALMOFADA DE ASSENTO PARA CADEIRA DE RODAS PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO - SIMPLES	BPA I
0701020644	DISPENSAÇÃO	MESA DE ATIVIDADES PARA CADEIRA DE RODAS (TÁBUA MESA)	BPA I
0701020652	DISPENSAÇÃO	BENGALA DE 4 PONTAS	APAC
0701010193	MANUTENÇÃO	MANUTENÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	BPA I
0701020580	MANUTENÇÃO	MANUTENÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA	BPA I
0701090065	SUBSTITUIÇÃO	SUBSTITUICAO DE PE DE ADAPTACAO DINAMICA.	BPA I
0701090073	SUBSTITUIÇÃO	SUBSTITUICAO DE PE SACH / ARTICULADO.	BPA I
0701090081	SUBSTITUIÇÃO	SUBSTITUICAO DO ENCAIXE INTERNO FLEXIVEL P/ PROTESE	BPA I

## APÊNDICE

### INSTRUTIVO DE REABILITAÇÃO

#### AUDITIVA, FÍSICA<sup>3</sup>, INTELLECTUAL<sup>4</sup> E VISUAL

(Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas)

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS

#### Apêndice A- Etapas para Reabilitação Auditiva com o uso de AASI

##### Reabilitação Auditiva com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)

As pessoas que apresentem dificuldades no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem, bem como de interação social decorrentes de uma perda auditiva são candidatos potenciais ao uso de AASI.

As indicações do uso de AASI seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica e fonoaudiológica:

- **Classe I:** Há consenso quanto à indicação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas:

- **Critérios de indicação do uso do AASI:**

- Adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz ou 500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz\*, superior a 40 dB NA;
    - Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hz ou 500, 1.000, 2.000 e 4.000 Hz\*, superior a 30 dB NA.

\*Conforme classificação (reconhecida e validada cientificamente) adotada no serviço.

- **Classe II:** Há controvérsia quanto à indicação do AASI, devendo ter justificativa da necessidade:

- **Critérios de indicação do uso do AASI:**

- Crianças com perdas auditivas cuja média dos limiares de audibilidade encontra-se entre 20 dB NA e 30 dB NA (perdas auditivas mínimas);
  - Indivíduos com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional);
  - Indivíduos com perda auditiva flutuante bilateral (desde que tenham monitoramento médico e audiológico sistemático);
  - Indivíduos adultos com perda auditiva profunda bilateral pré-lingual, não oralizados (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação);
  - Indivíduos adultos com perda auditiva e distúrbios neuropsicomotores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de linguagem oral;
  - Indivíduos com alterações neurais ou retro cocleares (após diagnóstico etiológico estabelecido);
  - Perda auditiva limitada a frequências acima de 3.000 Hz.
- **Classe III:** Há consenso quanto à falta de indicação ou contraindicação do AASI:
- **Critérios de indicação do uso do AASI:**
    - Intolerância à amplificação devido a desconforto acústico intenso, tendo sido esgotadas as possibilidades de ajustes da saída do AASI;
    - Anacusia unilateral com audição normal no ouvido contralateral.

### **Avaliação diagnóstica e indicação do uso de AASI:**

Para avaliação diagnóstica deve-se considerar os seguintes critérios:

- **Usuários de até três anos:**
- Avaliação otorrinolaringológica e
  - Avaliação audiológica:
  - Anamnese fonoaudiológica.
  - Audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria lúdica, realizada preferencialmente com fones de inserção.
  - Imitanciométrica;
  - Observação de respostas comportamentais a estímulos sonoros;
  - Emissões otoacústicas evocadas transiente e por produto de distorção;

- Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) de curta e/ou média latência com especificidade de frequência, quando houver perda auditiva;
- Medida da diferença entre o acoplador de 2,0 ml e a orelha real (RECD);
- Avaliação da linguagem;
- Testes de percepção da fala;
- Anamnese fonoaudiológica.
- Audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria lúdica, realizada preferencialmente com fones de inserção.
- Imitanciometria;
- Observação de respostas comportamentais a estímulos sonoros;
- Emissões otoacústicas evocadas transiente e por produto de distorção;
- Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) de curta e/ou média latência com especificidade de frequência, quando houver perda auditiva;
- Medida da diferença entre o acoplador de 2,0 ml e a orelha real (RECD);
- Avaliação da linguagem;
- Testes de percepção da fala;
- Questionários de avaliação do desempenho auditivo.

➤ **Usuários acima de três anos:**

- Avaliação otorrinolaringológica e
- Avaliação audiológica:
- Anamnese fonoaudiológica;
- Audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea e via óssea;
- Logoaudiometria (LDV, LRF, IRF);
- Imitanciometria;
- Pesquisa do nível de desconforto para tom puro e fala.
- Avaliação da linguagem;
- Testes de percepção da fala;
- Questionários de avaliação do desempenho auditivo.

Para o diagnóstico diferencial neste grupo populacional, devem-se acrescentar os seguintes exames:

- Emissões Otoacústicas Evocadas transiente e/ou produto de distorção;
- Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) de curta, média e/ou longa latência.

### **Seleção e Adaptação de AASI:**

Tipo de Aparelho de Amplificação Sonora Individual:

A seleção do tipo de AASI, bem como as características eletroacústicas e tecnológicas destes dispositivos deverá ser baseada nas necessidades individuais do usuário, considerando aspectos norteadores, como o tipo, grau e configuração da perda auditiva, bem como, outras necessidades (não auditivas) do indivíduo:

- **Crianças até 3 (três) anos de idade:** o tipo de aparelho deve ser flexível, possibilitando ajustes finos adicionais, necessários na medida em que se obtenha uma caracterização mais acurada do *status* auditivo e da percepção de fala da criança;
- **Crianças até 8 (oito) anos de idade:** indicação preferencialmente de aparelho auditivo retroauricular.

Em crianças e adolescentes **é obrigatório** o uso de AASI que apresentem **entrada direto de áudio**, possibilitando a utilização do Sistema de Frequência Modulada Individual (Sistema FM).

Vale destacar, que a seleção e verificação de benefício do AASI consistem na realização da pré-moldagem, confecção do molde auricular personalizado, seleção das características eletroacústicas do aparelho, de acordo com os exames audiológicos e verificação do benefício fornecido pelo AASI. Recomenda-se que sejam realizados testes para verificação do benefício fornecido pelo AASI no mínimo de 03 (três) marcas diferentes.

Também é recomendado que os serviços de reabilitação auditiva disponham de no mínimo 01 (um) conjunto de modelos de AASI (de cada marca) adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para teste de seleção.

## **Adaptação via óssea**

A adaptação do AASI de condução óssea procede nos seguintes casos:

- Usuários cuja as condições anatômicas e/ou fisiológicas da orelha externa e/ou orelha média impossibilitam a utilização de AASI de condução aérea;
- Usuários que apresentam perdas auditivas com presença de grande diferencial aéreo/ósseo, quando não for possível atingir a quantidade de ganho e saída prescritos via utilização de AASI de condução aérea.

## **Adaptação unilateral x bilateral**

- A indicação será preferencialmente bilateral;
- A adaptação de AASI unilateral procede nos seguintes casos:
  - Adulto com perda auditiva assimétrica quando um dos lados é anacúsico;
  - Perda auditiva bilateral, quando as condições anatômicas e/ou fisiológicas da orelha externa e/ou orelha média impossibilitarem a utilização de AASI de condução aérea bilateral e questões de conforto impossibilitar o uso de AASI de condução óssea.
  - Opção do usuário após experiência bilateral.

## **Molde auricular**

- Os procedimentos para seleção do AASI devem ser realizados utilizando-se molde auricular adequado ao tipo de aparelho, necessidades acústicas e anatômicas do usuário;
- O molde auricular deve ser confeccionado individualmente de acordo com a anatomia da orelha do usuário, salvo em caso de adaptações abertas com oliva;
- Em crianças até 24 (vinte e quatro) meses o molde poderá ser renovado trimestralmente e a partir desta idade com intervalos semestrais;
- Em adultos o molde poderá ser renovado uma vez por ano;
- Exceções em que a periodicidade da renovação do molde pode variar:
  - Quando houver danificação do molde;
  - Casos de doenças crônicas de orelha média ou externa;
  - Necessidade de modificações acústicas do AASI que demandem a confecção de outro molde.

## Seleção das características eletroacústicas

Devem ser registradas no prontuário do usuário as seguintes informações:

- Os valores do ganho, resposta de frequência e saída máxima, prescritos a partir dos limiares auditivos e/ou medidas supraliminares;
- A regra prescritiva utilizada e valores da prescrição de ganho por frequência e saída máxima, devem ser determinadas a partir dos limiares auditivos e/ou medidas supraliminares para estes cálculos;
- As características dos circuitos especiais, as entradas alternativas, a necessidade de adaptação de AASI por condução óssea.
- Na seleção de ganho e saída máxima para bebês e crianças até três anos devem, necessariamente, ser utilizados métodos prescritivos que considerem a medida da diferença entre o acoplador de 2,0 ml e a orelha real (RECD - *Real Ear to Coupler Difference*).

### Recomendações para seleção dos Aparelhos:

- Registrados pelos fabricantes e distribuidores junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Classificados segundo os tipos, com as características mínimas e recursos eletroacústicos, conforme apresentado na Quadro 26.

### Quadro 27 - Descrição das características mínimas e recursos eletroacústicos segundo o tipo de AASI

Características Mínimas e Recursos Eletroacústicos		
Tipo A	Tipo B	Tipo C
Digital	Digital programável	Digital programável
Dois canais <sup>1</sup>	Três canais <sup>1</sup>	Cinco canais <sup>1</sup>
Controle de volume manual ou automático	Controle de volume manual ou automático	Controle de volume manual ou automático
Compressão não linear	Compressão não linear	Compressão não linear
Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais	Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais	Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais
Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho
Bobina telefônica <sup>2</sup>	Bobina telefônica manual ou automática <sup>2</sup>	Bobina telefônica manual ou automática <sup>2</sup>

Microfone omni ou direcional	Microfone omni e direcional fixo	Microfone omni e direcional adaptativo
-	Dois programas de áudio (manual ou automático)	Três programas de áudio (manual ou automático)
-	Redução de ruído	Redução de ruído
-	Registro de dados de uso	Registro de dados de uso
<b>Sistema de adaptação por via óssea</b>		<b>Sistema de adaptação CROS</b>
Digital	-	Digital programável
Um canal	-	Dois canais
Controle de volume manual ou automático	-	Controle de volume manual ou automático
Compressão	-	Compressão
Entrada de áudio (q.do BTE convencional)	-	Entrada de áudio (q.do BTE convencional)
Sistema de sustentação (arco ajustável ou banda elástica)	-	Conectividade sem fio
Vibrador ósseo	-	Adaptador CROS
-	-	Fio simples três pinos
-	-	<b>Sistema de conectividade sem fio</b>
-	-	Digital programável
-	-	Seis canais
-	-	Controle de volume manual ou automático

<sup>1</sup>Como alguns fornecedores de AASI não utilizam o sistema de canais, se aceita a expressão ajuste independente do ganho acústico e saída em determinado número de regiões de frequência.

<sup>2</sup> Se houver espaço no dispositivo.

Recomenda-se que o percentual de prescrição e fornecimento pelos Serviços de Reabilitação Auditiva das diferentes classes de tecnologia de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) seja de:

- Tipo A: 50%
- Tipo B: 35%
- Tipo C: 15%

### **Verificação do desempenho e benefício fornecido pelo aparelho**

A verificação do desempenho eletroacústico do AASI, para diferentes sinais e níveis de sinais de entrada, sempre deverá ser realizada utilizando-se medidas com microfone sonda (ou medida no acoplador de 2,0 ml, utilizado RECD como fator de correção), de modo a determinar que a amplificação fornecida esteja de acordo com as necessidades audiológicas do indivíduo, assegurando audibilidade para sons de fraca

intensidade, audibilidade e conforto para sons de média intensidade e tolerância para sons de forte intensidade.

Com crianças menores de três anos deve-se necessariamente obter a RECD individualmente para que esta medida possa ser utilizada como fator de correção, na avaliação do desempenho eletroacústica do AASI com diferentes sons de entrada, no acoplador de 2,0 ml.

A realização de medidas em campo livre procede nos seguintes casos: adaptação de AASI por condução óssea; existência de situação clínica e/ou anatômica que impeça posicionamento adequado do tubo sonda na orelha.

### **Avaliação de resultados e acompanhamento**

O benefício deve ser avaliado com medidas de desempenho em testes de reconhecimento de fala, no silêncio e no ruído.

Medidas em campo livre podem ser utilizadas para a avaliação dos níveis mínimos de respostas do AASI. O benefício subjetivo e satisfação do usuário devem ser avaliados, a partir do desempenho em atividades cotidianas, bem como, sua participação social podendo ser mensurados por meio de questionários adequados à faixa etária do usuário.

O serviço de reabilitação é responsável pelo acompanhamento periódico dos usuários de AASI, monitorando a perda auditiva e a efetividade do uso desse tipo de tecnologia assistiva.

### **Avaliação e acompanhamento dos usuários:**

1. Usuários até três anos devem ser acompanhados até quatro vezes por ano, por meio de:

Avaliação Otorrinolaringológica.

Avaliação Audiológica, sendo elas:

- Audiometria de Reforço Visual (VRA) a partir dos 5 meses de uso do AASI, e
- Audiometria em campo livre com e sem AASI.

Imitanciometria;

- Reposição de molde auricular.

Verificação do desempenho eletroacústico do AASI, sendo elas:

- Medida da RECD, e
- Verificação Eletroacústica no acoplador 2,0 ml, utilizando a RECD como fator de correção;

Níveis mínimos de respostas em campo livre com e sem AASI.

Protocolo de avaliação da função auditiva.

Protocolo de avaliação do desenvolvimento de linguagem.

Orientação e aconselhamento à família quanto ao manuseio e manutenção dos componentes do AASI e a conscientização da necessidade da terapia fonoaudiológica.

Orientação aos profissionais de serviços especializados que realizem o acompanhamento terapêutico, bem como aos profissionais da atenção básica responsáveis pela coordenação do cuidado.

Orientação aos profissionais da escola sobre como contribuir no processo de reabilitação auditiva.

2. Usuários maiores de três anos devem ser acompanhados até duas vezes/ano, por meio de:

Avaliação Otorrinolaringológica.

Avaliação Audiológica, sendo elas:

- Audiometria tonal,
- Logaudiometria (LDV, LRF, IRF), e
- Imitanciometria.

Reposição de molde auricular, micro tubos ou receptores no canal.

Reposição de cápsula dos aparelhos intra-canal e micro-canal uma vez ao ano.

Verificação do desempenho eletroacústico do AAS:

- Medidas com microfone sonda.

Protocolo de avaliação da função auditiva.

Protocolo de avaliação do desenvolvimento de linguagem.

Orientação e aconselhamento à família quanto ao manuseio e manutenção dos componentes do AASI e conscientização da necessidade da terapia fonoaudiológica.

Orientação aos profissionais de serviços especializados que realizem o acompanhamento terapêutico, bem como aos profissionais da atenção básica responsáveis pela coordenação do cuidado.

### **Reposição do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI):**

A Indicação de reposição de AASI deve ocorrer nas seguintes situações:

- Perda auditiva progressiva comprovada, quando não houver possibilidade de regulagem do AASI anteriormente adaptado.
- Perda, furto ou roubo devidamente comprovado com Boletim de Ocorrência.
- Falha técnica do funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI, findo o prazo de garantia de fábrica do AASI, não havendo possibilidade de manutenção e mediante relatório da assistência técnica, devidamente validado pelo responsável técnico do serviço.

### **Acompanhamento terapêutico:**

O Serviço de Reabilitação Auditiva deve garantir o cuidado integral, oferecendo acesso aos recursos tecnológicos, o acompanhamento terapêutico necessário para a adequada estimulação auditiva, a promoção do desenvolvimento da linguagem e da interação do usuário em seu meio social.

Para tanto, o Serviço de Reabilitação Auditiva deve garantir a terapia fonoaudiológica que pode ser individual ou em grupo de acordo com a avaliação da equipe do serviço com duração de até 45 minutos.

#### **1. Usuários de até três anos:**

Deve ser realizada a estimulação precoce de crianças que possuem perda auditiva, que consiste em um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional, que envolve principalmente o fonoaudiólogo, visando

desenvolver habilidades auditivas e promover a aquisição e o desenvolvimento da linguagem da criança.

A participação da equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar é de fundamental importância considerando-se que a existência de uma perda auditiva interfere em diversos aspectos da vida da criança e de sua família. Por esse motivo, deve-se estabelecer estreita relação com a família para que as estratégias do programa de estimulação precoce se façam presentes no cotidiano da criança.

Também deve oferecer apoio matricial às equipes das Unidades Básicas de Saúde e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como realizar orientações aos profissionais da educação que são responsáveis pela criança.

## **2. Usuários acima de três anos:**

Deve ser realizado o acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional, que envolve principalmente o fonoaudiólogo, visando promover o desenvolvimento da linguagem da criança. Deve ser estabelecido estreito contato com o processo de escolarização da criança com o objetivo de assegurar o seu pleno desenvolvimento.

## **3. Adultos e idosos:**

Deve ser oferecido aos usuários, após o processo de seleção, indicação e adaptação do AASI, estratégias comunicativas que promovam a melhora da percepção auditiva.

## **Apêndice B - Definição de Estomia e os tipos de Estomas**

**Estomia:** é um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), criando um orifício externo que se chama estoma. Pessoa ostomizada é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui um estoma que significa uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo. (Portaria nº 400 de 16/11/2009).

**Estomas Respiratórios:** Traqueostomia é uma abertura feita por incisão cirúrgica da traqueia com o propósito de estabelecer uma via respiratória, que pode ser definitiva

como acontece nos casos da cirurgia de laringectomia total ou temporária, que é muito comum nos usuários com intubação orotraqueal prolongada.

**Estomas Alimentares:** Gastrostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal. Jejunostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal.

Tanto as gastrostomias como as jejunostomias são realizadas com a finalidade de administrar alimentos e líquidos.

**Estomas Intestinais:** Colostomia e ileostomia são definidas, respectivamente, como intervenções cirúrgicas realizadas pela abertura de segmento cólico ou ileal na parede abdominal, visando ao desvio do conteúdo fecal para o meio externo.

**Estomas Urinários:** Toda forma de drenagem de urina fora dos condutos naturais, que envolve a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra, pode ser considerada uma derivação urinária. O estoma urinário é a exteriorização de condutos urinários, que se justifica, em alguns casos clínicos, para a manutenção da filtração renal.

### **Apêndice C - Deficiência Intelectual no Brasil**

Desde século XIX até os primeiros anos do século XXI, a definição da deficiência intelectual sofreu transformações consideráveis. De um sinal ou marca divina, passando por uma ameaça à evolução da espécie que deveria ser enclausurada, ou até como um fenômeno que marcava um processo de estagnação do que se acreditava ser uma etapa natural de desenvolvimento do ser humano, a deficiência intelectual passa a ser encarada como uma condição que depende de outros fatores, tais como questões sócio-ambientais e genéticas, que podem gerar algum tipo de limitação que age sobre as funções cognitivas e/ou de aquisição de linguagem oral e escrita.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* define uma pessoa com deficiência intelectual como alguém que está "significativamente limitada em pelo menos duas das seguintes áreas: auto-cuidado, comunicação, habilidades sociais/interpessoais para a vida no lar, auto-direção, uso de recursos comunitários, habilidades acadêmicas funcionais, trabalho, lazer, saúde e segurança". Ele classifica quatro diferentes graus de deficiência intelectual: leve, moderada, grave e profunda.

No Brasil, os estudos epidemiológicos, de incidência e prevalência das Deficiências Intelectuais na população são escassos e não é exagero dizer que a área que mais carece de investimento em pesquisa e produção de conhecimento é a da Intelectual. Segundo os dados do IBGE 2010, cerca de 2,6 milhões de brasileiros apresentam deficiências intelectuais/mentais.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), a deficiência intelectual é considerada como um estado de desenvolvimento incompleto ou estagnado, resultando em dificuldades no processo de aprendizagem, de entendimento, nos aspectos mnemônicos e no uso de recursos aprendidos frente a situações do cotidiano.

Na deficiência intelectual, a atividade cognitiva apresentada é abaixo da média de normalidade pré-estabelecida e associada a limitações de duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como, comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, assim como habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Existe uma variedade de fatores que resultam na deficiência intelectual: condições síndrômicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações no âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, que de maneira conjunta resulta em disfunções cognitivas e de linguagem, dificultando processos de comunicação e aprendizagem (FRICHE *et al*, 2015).

Criar ferramentas tecnológicas eficazes para ajudar as pessoas desta população é uma tarefa desafiadora. Conforme evidenciado na Pesquisa Nacional de Saúde e Censo IBGE, estudos anteriores mostraram que, embora os indivíduos com alterações cognitivas tenham maior incapacidade funcional do que indivíduos com outros tipos de deficiências, eles usam o menor número de auxílios tecnológicos. O objetivo de propiciar o desenvolvimento da cognição é menos concreto do que atenuar outros tipos de deficiência, como a visão ou a mobilidade, porque os mecanismos cognitivos utilizados pelas pessoas para atingir seus objetivos variam entre os indivíduos e ao longo do tempo. Habilidades cognitivas variam muito, mesmo entre indivíduos diagnosticados com o mesmo tipo de deficiência. Cada indivíduo tem um conjunto único de habilidades, e uma ferramenta tecnológica eficaz deve corresponder às necessidades do indivíduo, a fim de aumentar suas habilidades.

Segundo a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo o Transtorno do Espectro Autista caracteriza-se pela deficiência

persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação social com dificuldades de comunicação verbal e não-verbal para a interação social, de desenvolvimento relações apropriadas; ausência de reciprocidade social; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades (BRASIL, 2012)

O conceito de autismo infantil se modificou desde a sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições similares que passaram a ser denominadas de Transtornos Globais (ou invasivos) do Desenvolvimento (TGD) e mais recentemente de Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) para se referir a uma parte dos TGD: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, não incluindo a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância (BRASIL, 2014)

Nesse sentido ressaltam-se duas questões fundamentais: a importância da detecção de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento em bebês que podem estar futuramente associados aos TEA e a necessidade do diagnóstico diferencial. A primeira se refere à necessidade de uma intervenção, o que aumenta a chance de maior eficácia no cuidado dispensado. A segunda questão se refere à construção de procedimentos que devem ser utilizados pela equipe multiprofissional responsável para o estabelecimento do diagnóstico e a identificação de comorbidades (BRASIL, 2014).

#### **Apêndice D- Deficiência Visual no Brasil**

Segundo a Organização Mundial da Saúde os graus de comprometimento visual e valores de acuidade visual, seguirão as medidas apresentadas no Quadro 27:

#### **Quadro 28 - Medidas de Acuidade visual**

<b>Acuidade visual com a melhor correção visual possível</b>		
<b>Graus de comprometimento visual</b>	<b>Máxima menor que:</b>	<b>Mínima igual ou maior que</b>
1	6/18 3.2/10 20/70 (0.3)	6/60 1/10 20/200 (0.1)

2	6/60 1/10 20/200	(0.1)	3/60 1/20 20/400	(0.05)
3	3/60 1/20 20/400	(0.05)	1/60* 1/50 5/300 (20/1200)	(0.02)
4	1/60* 1/50 5/300 (20/1200)	(0.02)	Percepção de luz	
5	Ausência da percepção de luz			
9	Indeterminado ou não especificado			

De acordo com a OMS, em termos funcionais, “a pessoa com baixa visão é aquela que apresenta, após tratamentos e/ou correção óptica, diminuição de sua função visual e tem valores de acuidade visual menor do que 0,3 a percepção de luz ou um campo visual menor do que 10 graus de seu ponto de fixação; porém usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ou execução de uma tarefa”. Justifica-se o uso dessa definição pelo fato de que a maior parte da população considerada cega (por alguma definição legal) tem, na verdade, baixa visão e é, a princípio, capaz de usar sua visão para realização de tarefas. (WHO,1992; WHO, 1999; ISLVRR, 2005)

A prevalência global estimada da população com deficiência visual é de 285 milhões de pessoas, sendo 39 milhões cegas e 246 milhões com baixa visão. Pessoas com mais de 50 anos de idade correspondem a 82% e a 65% da população cega e com deficiência visual, respectivamente. (Pascolini & Mariotti, 2011)

No ano de 2004, a OMS apresentou dados relativos à prevalência da deficiência visual no mundo. No Brasil, os dados de prevalência da deficiência visual são: cegueira na população menor de 15 anos de idade – 0,062%; cegueira na população entre 15 e 49 anos – 0,15%; população com mais de 50 anos de idade – 1,3%; prevalência de cegueira na população geral de 0,3% e prevalência de baixa visão na população geral de 1,7%.

A deficiência múltipla, presença de duas ou mais deficiências no mesmo indivíduo, tem importância crescente na população infantil cega ou com baixa visão. As afecções associadas podem ser: motoras, sensoriais, cognitivas ou doenças crônicas que

afetam o desenvolvimento, a educação e a vida independente. Cerca de 30 a 70% da população infantil com deficiência visual grave apresenta outras deficiências associadas.

A prevalência de doenças oculares que levam ao comprometimento da resposta visual cresce com o avanço da idade e taxas maiores de cegueira e baixa visão são observadas com o aumento da vida média da população. Na população com mais de 50 anos de idade, as principais causas de cegueira são: a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade.

No Brasil, dentre os tipos de deficiências investigadas pela Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a deficiência visual foi a mais representativa na população, com proporção de 3,6%. Esse indicador foi mais elevado na Região Sul (5,9%). As pessoas de 60 anos ou mais de idade apresentaram proporção superior (11,5%) à observada nos demais grupos de idade.

### **Avaliação oftalmológica especializada**

A visão é o sentido que mais informações fornece do meio ambiente e o único capaz de organizar outras informações sensoriais. A integridade visual é importante para a condição de bem-estar e saúde de um indivíduo.

A avaliação oftalmológica da pessoa com deficiência visual nos Serviços de Reabilitação Visual fornece subsídios para o trabalho de habilitação e reabilitação a partir do conhecimento das características da resposta visual.

A partir do estudo da função visual, poderão ser indicados e prescritos auxílios ópticos, não ópticos e eletrônicos que promoverão a melhor resolução visual e a melhora do desempenho nas atividades diárias. Para o profissional da área de reabilitação, os dados da avaliação oftalmológica permitirão reconhecer a real funcionalidade do indivíduo e darão subsídios para as intervenções apropriadas.

Os objetivos da avaliação oftalmológica na área da reabilitação são:

- Diagnóstico e tratamento.
- Reconhecimento das características visuais funcionais.
- Reconhecimento da funcionalidade do indivíduo.
- Reconhecimento de aspectos ambientais e sociais.

- Reconhecimento de expectativas e necessidades do indivíduo.
- Prescrição da correção óptica de sua ametropia e de auxílios ópticos.
- Orientação quanto ao uso de auxílios não ópticos e eletrônicos para baixa visão.
- Orientação quanto a aspectos legais da deficiência visual.
- Orientação a profissionais envolvidos na reabilitação visual do indivíduo com baixa visão.
- Encaminhamento a serviços especializados complementares para atendimento das necessidades específicas do indivíduo.

O atendimento oftalmológico do usuário com deficiência visual constitui-se numa extensão do tratamento clínico, do procedimento cirúrgico e da prescrição da correção óptica para as ametropias e muitas vezes, as abordagens devem ser contínuas e simultâneas (por exemplo, acompanhamento em serviços de retina e de visão subnormal simultaneamente). Objetiva-se a melhora da funcionalidade do indivíduo com emprego de todas as estratégias disponíveis para o seu caso.

Para alcançar os objetivos apresentados, a avaliação oftalmológica é composta por anamnese, exame oftalmológico (avaliação da motilidade extrínseca, refração, biomicroscopia do segmento anterior, fundo de olho, tonometria), avaliação de funções visuais (medida da acuidade visual, medida de ofuscamento e contraste, medida do campo visual, teste de visão de cores) para hipótese diagnóstica, conduta terapêutica, prescrição óptica para correção de ametropias e para auxílios ópticos para baixa visão, orientações para uso de auxílios não ópticos e auxílios eletrônicos (vídeo-ampliação) e de informática.

Após as orientações fornecidas e a prescrição realizada, acompanhamento do usuário deve ser realizado (de acordo com as dificuldades funcionais e características de progressão da doença ocular de base).

#### **Utilização de Tecnologia Assistiva:**

**Auxílios para visão subnormal:** recurso utilizado para melhorar o desempenho da pessoa com visão subnormal nas suas diversas atividades. A indicação dos auxílios deve estar baseada:

- Na avaliação oftalmológica específica para visão subnormal, com pesquisa das diversas funções visuais.

- Nas necessidades do usuário, algumas características do seu perfil devem ser consideradas, tais como: idade, escolaridade, profissão, estilo de vida, atividades que almeja desempenhar, estado emocional quanto à deficiência.
- Na possibilidade de aumentar as áreas de interesse e atividades, conservando as habilidades já existentes.

A adaptação de auxílios ópticos não é um processo empírico, de tentativas/erros/acertos, e sim um procedimento que segue um protocolo fundamentado no conhecimento da condição visual, na funcionalidade, nas necessidades e nas expectativas do indivíduo com baixa visão e que objetiva promover seu bem-estar e sua maior qualidade de vida. Para cumprir esses objetivos, consideramos a adaptação de auxílios ópticos, dentro da avaliação oftalmológica, as seguintes etapas: avaliação, indicação, orientações para uso funcional, prescrição e acompanhamento.

**Auxílios Ópticos:** recursos que, levam a uma resolução maior da imagem, seja pela sua capacidade de ampliação, seja pelo reposicionamento e condensação da imagem retiniana ou por meio da filtração seletiva do espectro visível da luz, sendo eles:

**Auxílios Ópticos Para Ampliação da Imagem Retiniana:**

- I. Lentes Convexas (esferoprismáticas ou esféricas positivas):
  - Montadas em armações de óculos.: Binoculares e Monoculares.
  - Lupas: Manuais e de Apoio.
- II. Sistemas Telescópicos:

**Auxílios Ópticos para Campo Visual Reduzido:** Telescópios reversos, Lentes côncavas e Prismas.

**Auxílios Ópticos para Controle da Iluminação:** óculos com lentes filtrantes (fotocromáticas ou não).

**Auxílios Não-Ópticos:** Auxílios não ópticos modificam materiais e melhoram as condições do ambiente com o objetivo de aumentar a resolução visual. São também denominados auxílios de adaptação funcional.

**Auxílios Eletrônicos para Ampliação da Imagem:** O principal auxílio eletrônico para ampliação da imagem é o CCTV (closed circuit television - circuito fechado de televisão) denominado de sistema de vídeo-ampliação. Esse recurso combina uma câmera, um

sistema óptico e um monitor. Existem três tipos de CCTV: de mesa (desktop); manual (tipo mouse ou portátil); montado em suporte para cabeça. Esse auxílio faz parte da relação de equipamentos que o Serviço de Reabilitação Visual deve dispor nas suas instalações.

### **Diretrizes de Atenção à saúde da pessoa com deficiência**

O Ministério da Saúde produziu uma série de publicações que qualificam a atenção em saúde das pessoas com deficiência e orientam os profissionais de saúde dos vários pontos da Rede de Atenção à Saúde. Considerando a especificidade de diferentes tipos de deficiência. O acesso pode ser feito pelos links abaixo:

- Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/eabilitaçã/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_amputada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/eabilitaçã/diretrizes_atencao_pessoa_amputada.pdf)
- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_sindrome\\_down.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_sindrome_down.pdf)
- Cuidados à Saúde da Pessoa com Síndrome de Down.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados\\_saude\\_pessoas\\_sindorme\\_down.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_saude_pessoas_sindorme_down.pdf)
- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_paralisia\\_cerebral.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf)
- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_lesao\\_medular.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf)
- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/eabilitaçã/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/eabilitaçã/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf)

- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_traumatico\\_cranioencefalico.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatico_cranioencefalico.pdf)

- Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_saude\\_ocular\\_infancia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf)

- Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_triagem\\_auditiva\\_neonatal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf)

- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Encefálico.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_acidente\\_vascular\\_cerebral.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf)

- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome de Pós-poliomielite e Comorbidades.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_reabilitacao\\_sindrome\\_pos\\_poliomielite\\_co\\_morbidades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_reabilitacao_sindrome_pos_poliomielite_co_morbidades.pdf)

- Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_estimulacao\\_crianças\\_0a3anos\\_neuropsicomotor.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf)

- Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida.

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_mobilidade\\_reduzida.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_mobilidade_reduzida.pdf)

- Guia Para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_manutencao\\_orteses\\_proteses\\_auxiliares\\_locomocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manutencao_orteses_proteses_auxiliares_locomocao.pdf)
- Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_bucal\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf)

### **Orientações para notificação de violência nos Centros Especializados em Reabilitação**

A violência contra grupos vulneráveis é considerada problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, gerando graves consequências nos âmbitos individual e social. Pode-se apontar que a maior parte das notificações aparecem em grupos vulneráveis relacionados à raça/cor de pele negra, sexo feminino, aqueles e aquelas com deficiência ou transtorno.

O Boletim Epidemiológico 27, do Ministério da Saúde, demonstra dados preocupantes dos casos notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil, no período de 2011 a 2017.

Nesse período, foram notificados 1.460.326 casos de violência interpessoal ou autoprovocada. Sendo que dos 184.524 casos notificados de violência sexual, 58.037 foram contra crianças e 83.068 foram contra adolescentes.

Casos de violência notificados contra crianças que possuíam alguma deficiência ou transtorno representam 1.910 (3,3%), sendo 1.199 do sexo feminino e 711 do sexo masculino. As notificações de violência contra adolescentes que possuíam alguma deficiência ou transtorno perfazem 5.900 (17%) casos, sendo 4.820 do sexo feminino e 1.080 do sexo masculino.

As notificações de violências interpessoais e autoprovocadas em pessoas com deficiência segundo faixa etária no Brasil, no período de 2011 a 2016, representaram 86.264 casos, sendo 57.367 (66,5%) do sexo feminino e 28.867 (33,5%) do sexo masculino. As notificações de estupro em mulheres com deficiência ou transtornos,

entrenó mesmo período, representam 7.376 casos, sendo mais de 50% contra mulheres negras e 40% em mulheres brancas. Em relação ao local de ocorrência, 56% dos casos foram na residência e 18% em via pública.

Considerando a relevância da identificação e notificação de violência contra pessoas com deficiência, os Centros Especializados em Reabilitação deverão notificar os casos de violência que se enquadrarem na definição de caso contida na ficha de notificação (anexa) de violência interpessoais/autoprovocadas, sendo ela:

“Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT”.

A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da Saúde não é denúncia, mas sim um instrumento de garantia de direitos. Após as etapas de acolhimento, atendimento e notificação deve-se proceder o seguimento na rede de proteção social. A ficha de notificação é um instrumento disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência.

Os casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes devem ser notificados no SINAN (Saúde). Além disso, é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar (artigo 13 da Lei 8.069/1990). O Conselho Tutelar tem como atribuição verificar a situação da criança ou adolescente e acionar o Ministério Público, a Autoridade Policial e/ou a Justiça, quando houver necessidade.

No caso das pessoas com deficiência, a Lei nº 13.146 de 06/07/2015 determina que a Autoridade Policial seja acionada, conforme determina o Artigo 26:

“Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência”.

Frente a um caso suspeito os profissionais de saúde devem preencher a ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas ainda que não haja confirmação da violência. No caso de crianças, adolescentes ou pessoas idosas é necessário, para além da notificação compulsória feita no âmbito da saúde por meio do SINAN, a comunicação

aos órgãos competentes designados pela legislação: Conselho dos Direitos das Pessoas Deficientes, Ministério Público e autoridade policial.

Recomenda-se que as comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não sejam feitas com a cópia da ficha de notificação, mas em um informe sintético com informações mínimas necessárias para que o Conselho Tutelar ou Ministério Público possam, na medida de suas competências, acompanhar o caso.

No caso de mulheres adultas que estejam vivenciando situação de violência, e que não sejam nem idosas nem deficientes, as equipes de saúde devem informar sobre os serviços da rede de proteção social e sobre a importância da denúncia, mas não devem comunicar ou denunciar o caso sem a sua autorização. Em todos os casos, o atendimento deve respeitar a autonomia da mulher e seu direito de escolha e obedecer às normativas do Ministério da Saúde. **Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada:**

**Figura 2 - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada**

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
**SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**  
**FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL**

Nº \_\_\_\_\_

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>		2 Agravo/doença <b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b>		Código (CID10) <b>Y09</b>	3 Data da notificação		
	4 UF	5 Município de notificação			Código (IBGE)			
	6 Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade	9 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)		10 Nome do paciente			
	11 Data de nascimento		12 (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano		13 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		14 Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5- Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	15 Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		16 Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7- Educação superior incompleta 8- Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica		17 Número do Cartão SUS		18 Nome da mãe	
	19 UF		20 Município de Residência		Código (IBGE)	21 Distrito		
Dados de Residência	22 Bairro		23 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	24 Número		25 Complemento (apto., casa, ...)		26 Geo campo 1			
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência		29 CEP			
	30 (DDD) Telefone		31 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Perturbana 9- Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
	<b>Dados Complementares</b>							
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social		34 Ocupação					
	35 Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1- Solteiro 2- Casado/união consensual 3- Viúvo 4- Separado 8- Não se aplica 9- Ignorado		36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual 2- Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3- Bissexual 8- Não se aplica 9- Ignorado		37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1- Travesti 2- Mulher Transexual 3- Homem Transexual 8- Não se aplica 9- Ignorado			
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		39 Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva		1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)	42 Distrito		
	43 Bairro		44 Logradouro (rua, avenida,...)		Código			
	45 Número		46 Complemento (apto., casa, ...)		47 Geo campo 3		48 Geo campo 4	
	49 Ponto de Referência		50 Zona <input type="checkbox"/> 1- Urbana <input type="checkbox"/> 2- Rural <input type="checkbox"/> 3- Perturbana 9- Ignorado		51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
Violência	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			
	55 Essa violência foi motivada por: <input type="checkbox"/> 01-Sexismo <input type="checkbox"/> 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia <input type="checkbox"/> 03-Racismo <input type="checkbox"/> 04-Intolerância religiosa <input type="checkbox"/> 05-Xenofobia <input type="checkbox"/> 06-Conflito geracional <input type="checkbox"/> 07-Situação de rua <input type="checkbox"/> 08-Deficiência <input type="checkbox"/> 09-Outros <input type="checkbox"/> 88-Não se aplica 99-Ignorado		56 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros		57 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro			
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		59 Procedimento realizado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal		Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei <input type="checkbox"/>			
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		62 Sexo do provável autor da violência <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		63 Suspeita de uso de álcool <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) <input type="checkbox"/> 2-Adolescente (10 a 19 anos) <input type="checkbox"/> 3-Jovem (20 a 24 anos) <input type="checkbox"/> 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) <input type="checkbox"/> 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) <input type="checkbox"/> 9-Ignorado							
Encaminhamento	65 Encaminhamento: <input type="checkbox"/> 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Defensoria Pública							
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		68 Circunstância da lesão <input type="checkbox"/> CID 10 - Cap XX			
Dados finais	69 Data de encerramento							
	<b>Informações complementares e observações</b>							
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone				

## Documentos Complementares

- Enfrentando a Violência contra a Mulher – Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários (as).

<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contr-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios>

- Ficha de Notificação Individual de Violência interpessoal/autoprovocada

[https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final\\_15.06.15.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/02/Ficha-Viol-5.1-Final_15.06.15.pdf)

- Instrutivo Notificação Violências Interpessoais e Autoprovocadas

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva\\_instrutivo\\_violencia\\_interpeoal\\_a\\_utoprovocada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpeoal_a_utoprovocada_2ed.pdf)