

# DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE REABILITAÇÃO NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA



**PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO**

Ricardo Luis Reis Nunes

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

Luiz Carlos Zamarco

**SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E**

**VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Sandra Sabino Fonseca

**COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

Giselle Cacherik

**DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS**

Karina Mauro Dib

**ÁREA TÉCNICA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Nathália Monteiro de Oliveira

Luciana Diniz Freitas

Camila Sanches Citro Vertuan

Ana Paula D'Imbério

**SÃO PAULO, 2024**

**ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO**

Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Nathália Monteiro de Oliveira

Luciana Diniz Freitas

Camila Sanches Citro Vertuan

Ana Paula D'Imbério

**COLABORADORES**

Helena Della Torre Gallinari

Kalil Garcia do Nascimento

Lígia Maria Brunetto Borgianni

Louise Jimenez Berndt

Mariane Moyses de Queiroz

Marília Simões do Nascimento

Marisa Samea

Agradecemos aos Interlocutores da Saúde da Pessoa com Deficiência das Supervisões e Coordenadorias Regionais de Saúde, aos profissionais dos Centros Especializados de Reabilitação e as Divisões da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde pela colaboração na construção deste documento.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AB:** Atenção Básica

**AACD:** Associação de Assistência à Criança Deficiente

**AASI:** Aparelho de Amplificação Sonora Individual

**ABADS:** Associação Brasileira de Assistência e Desenvolvimento Social

**ADM:** Amplitude de Movimento

**ADMPPM:** Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor

**AE:** Ambulatório de Especialidades

**AIVD:** Atividades Instrumentais da Vida Diária

**AMA:** Assistência Médica Ambulatorial

**AP:** Adequação Postural

**APAC:** Autorização de Procedimento de Alta Complexidade

**APD:** Apoiador da Pessoa com Deficiência

**AT:** Área Técnica

**AVD:** Atividades da Vida Diária

**AVE:** Acidente Vascular Encefálico

**BI:** Business Intelligence

**BPA:** Boletim de Produção Ambulatorial

**BPAC:** Boletim de Produção Ambulatorial Consolidada

**BPAI:** Boletim de Produção Ambulatorial Individualizada

**BUE:** Bilhete Único Especial

**CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial

**CAT:** Comitê de Ajudas Técnicas

**CBO:** Código Brasileiro de Ocupações

**CECCO:** Centro de Convivência e Cooperativa

**CEFAI:** Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão

**CEInfo:** Coordenação de Epidemiologia e Informação

**CENHA:** Centro Social Nossa Senhora da Penha

**CEO:** Centro de Especialidades Odontológicas

**CER:** Centro Especializado em Reabilitação

**CFFa:** Conselho Federal de Fonoaudiologia

**CID:** Classificação Internacional de Doenças

**CIF:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**CH:** Carga Horária

**CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**CNS:** Cartão Nacional de Saúde

**COMUSA:** Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva

**CONITEC:** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

**CPCSS:** Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde

**CR:** Cadeira de Rodas

**CRAS:** Centro de Referência da Assistência Social

**CREAS:** Centro de Referência Especializado de Assistência Social

**CROSS:** Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde

**CRS:** Coordenadoria Regional de Saúde

**DA:** Deficiência Auditiva

**dB:** Decibel

**dBNPS:** Decibel Nível de Pressão Sonora

**DERDIC:** Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação

**DNPM:** Desenvolvimento Neuropsicomotor

**DP:** Defensoria Pública

**DPPD:** Delegacia de Polícia da Pessoa com Deficiência

**DRS:** Departamentos Regionais de Saúde

**EAM:** Escala de Asworth Modificada

**EMAD:** Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

**EMAP:** Equipe Multiprofissional de Apoio

**eMULTI:** Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde

**EOA:** Emissões Otoacústicas

**ESF:** Estratégia Saúde da Família

**ELA:** Esclerose Lateral Amiotrófica

**FES:** Functional Electrical Stimulation

**FM:** Frequência Modulada

**FOIS:** Functional Oral Intake Scale

**GASP:** Glendonald Auditory Screening Procedure  
**GI:** Ganho de Inserção  
**GF:** Ganho Funcional  
**GMFCS:** Sistema de Classificação de Função Motora Grossa  
**GTT:** Gastrostomia  
**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica  
**IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
**IJC:** Instituto Jô Clemente  
**IOI-HA:** International Outcome Inventory for Hearing Aids  
**IOT:** Intubação Orotraqueal  
**IRF:** Índice de Reconhecimento de Fala  
**JCIH:** Joint Committee on Infant Hearing  
**LBI:** Lei Brasileira de Inclusão  
**LIBRAS:** Língua Brasileira de Sinais  
**MACS:** Sistema de Classificação Manual  
**M-CHAT:** Modified Checklist for Autism in Toddlers  
**MDHC:** Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania  
**MIF:** Escala de Medida de Independência Funcional  
**MMII:** Membros Inferiores  
**MMSS:** Membros Superiores  
**MP:** Ministério Público  
**MRC:** Medical Research Council  
**MS:** Ministério da Saúde  
**NIR:** Núcleo Integrado de Reabilitação  
**NISA:** Núcleo Integrado de Saúde Auditiva  
**NPV:** Núcleos de Prevenção à Violência  
**NS:** Neurosensorial  
**OFA:** Órgãos Fonoarticulatórios  
**OMC:** Otite Média Crônica  
**OMS:** Organização Mundial da Saúde  
**OPM:** Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção

**ORL:** Otorrinolaringologia

**PA:** Produtos Assistivos

**PAI:** Programa Acompanhante de Idosos

**PAIR:** Perda Auditiva Induzida por Ruído

**PC:** Paralisia Cerebral

**PCD:** Pessoa com Deficiência

**PEATE/BERA:** Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico

**PICS:** Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

**PS:** Pronto Socorro

**PSE:** Programa Saúde na Escola

**PTS:** Projeto Terapêutico Singular

**RAS:** Rede de Atenção à Saúde

**RH:** Recursos Humanos

**RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial

**RRLM:** Rede de Reabilitação Lucy Montoro

**RT:** Responsabilidade Técnica

**SAS:** Secretaria de Atenção à Saúde

**SAICA:** Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

**SAME:** Serviço de Arquivo Médico e Estatística

**SEI:** Sistema Eletrônico de Informações

**SES:** Secretaria Estadual de Saúde

**SIGA:** Sistema Integrado de Gestão de Assistência à Saúde

**SIA/SUS:** Sistema de Informações Ambulatoriais/Sistema Único de Saúde

**SIGTAP:** Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

**SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação

**SMPED:** Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida

**SMS:** Secretaria Municipal da Saúde

**SMT:** Secretaria Municipal de Transportes

**SNC:** Sistema Nervoso Central

**SNE:** Sonda Nasoenteral

**SNG:** Sonda Nasogástrica

**STS:** Supervisão Técnica de Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TACAM:** Teste de Avaliação da Capacidade Auditiva Mínima

**TANU:** Triagem Auditiva Neonatal Universal

**TBA:** Toxina Botulínica Tipo A

**TCE:** Traumatismo Cranioencefálico

**TDAH:** Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

**TDC:** Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação

**TEA:** Transtorno do Espectro Autista

**TENS:** Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

**TIC:** Tecnologia da Informação e Comunicação

**TQT:** Traqueostomia

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**URSI:** Unidade de Referência à Saúde do Idoso

**UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

**VRA:** Audiometria por Reforço Visual

**WISC:** Escala de Inteligência Wechsler para Criança

**DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE REABILITAÇÃO  
DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

<b>APRESENTAÇÃO</b>	12
<b>INTRODUÇÃO</b>	13
<b>CONCEITOS RELEVANTES PARA O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>	15
✓ PESSOA COM DEFICIÊNCIA: DEFINIÇÃO E ESTIMATIVA	15
✓ MODELO BIOPSIKOSOCIAL	17
✓ FUNCIONALIDADE	18
✓ BARREIRAS	19
✓ CAPACITISMO	20
✓ VIOLÊNCIA	21
✓ FACILITADORES	23
✓ REABILITAÇÃO	23
✓ REABILITAÇÃO NOS DIVERSOS CICLOS DE VIDA	24
<b>REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA</b>	28
<b>ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO</b>	34
✓ HISTÓRICO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE REABILITAÇÃO EM SP	34
✓ <b>CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO - CER</b>	39
✓ <b>ACESSO</b>	40
✓ <b>PROCESSO DE TRABALHO</b>	45
✓ ATRIBUIÇÕES POR MODALIDADE	49
✓ MODALIDADE AUDITIVA	49
✓ MODALIDADE FÍSICA	50
✓ MODALIDADE INTELECTUAL	51
✓ APD	52
✓ MODALIDADE VISUAL	54
✓ <b>RECURSOS TERAPÊUTICOS COMPLEMENTARES</b>	55
✓ <b>ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO</b>	56
✓ OPM FÍSICA	56
✓ OPM AUDITIVA	58
✓ <b>ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DOS CER</b>	60
✓ <b>REGISTRO DO ATENDIMENTO</b>	65
✓ PRONTUÁRIO	65
✓ REGISTRO DE PROCEDIMENTOS	66
✓ <b>PROFISSIONAIS DO CER: CARGA HORÁRIA E CONHECIMENTOS DESEJÁVEIS</b>	73
✓ <b>AMBIÊNCIA</b>	76
✓ <b>PARÂMETROS E INDICADORES</b>	79
✓ PARÂMETROS RECOMENDADOS PARA OS ATENDIMENTOS	79
✓ INDICADORES	80
<b>RESPONSABILIDADES</b>	86

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	89
<b>ANEXOS</b>	92
<b>ANEXO I - FICHAS</b>	93
✓ ENTREVISTA INICIAL	94
✓ PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS	97
✓ TERMO DE COMPROMISSO REABILITAÇÃO	101
✓ MATRICIAMENTO	102
✓ ALTA	103
<b>ANEXO II - AVALIAÇÕES COMPLEMENTARES E PRESCRIÇÕES</b>	105
✓ AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL	106
✓ AVALIAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	108
✓ AVALIAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO DE CR E AP	110
✓ PRESCRIÇÃO DE CR E AP	112
✓ AVALIAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES DE MMII, CALÇADOS E PALMILHAS	114
✓ PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES	116
✓ PRESCRIÇÃO DE CALÇADOS E PALMILHAS	118
✓ PRESCRIÇÃO DE ANDADORES, BENGALAS E MULETAS	119
✓ AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO PARA PROTETIZAÇÃO	120
✓ AVALIAÇÃO EM REABILITAÇÃO AUDITIVA	123
✓ AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA	124
✓ SELEÇÃO DE AASI	126
✓ ADAPTAÇÃO E ENTREGA DE AASI	128
✓ ACOMPANHAMENTO DO USO DE AASI	129
✓ AVALIAÇÃO VISUAL	131
✓ TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TREINO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE EM AMBIENTE EXTERNO	133
✓ AVALIAÇÃO INTELECTUAL	134
✓ AVALIAÇÃO INFANTIL	136
<b>ANEXO III – TERMOS DE RECEBIMENTO E TRANSFERÊNCIA DE OPM</b>	138
CADEIRA DE RODAS E ADEQUAÇÃO POSTURAL	139
ÓRTESES E/OU CALÇADOS	140
OUTRAS OPM	141
TERMO DE TRANSFERÊNCIA	142
<b>ANEXO IV - PROTOCOLOS E DIRETRIZES</b>	144
✓ ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	145
✓ SALA DE RECURSOS SENSORIAIS	161
✓ REABILITAÇÃO VIRTUAL - NIRVANA	164
✓ TERAPIA ROBÓTICA – ROBÔ ARM	167
✓ FISIOTERAPIA AQUÁTICA	170
✓ TOXINA BOTULÍNICA	173
✓ DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO PEDIÁTRICO	180

✓ PEATE (BERA)	185
✓ ATENDIMENTO À PESSOA COM DISFAGIA NO CER	187
✓ REABILITAÇÃO PÓS ALTA HOSPITALAR NO CER	191
✓ INDICAÇÃO E REPOSIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS, CADEIRA DE BANHO, ADEQUAÇÃO POSTURAL E ALMOFADA	198
✓ ESTRATÉGIA APOIADOR DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA– APD: EQUIPE DE SAÚDE PARA INCLUSÃO E QUALIDADE DE VIDA	213
<b>ANEXO V - ESCALAS VALIDADAS</b>	214
✓ GMFCS	215
✓ MACS	218
✓ MIF	220
✓ M-CHAT	221
✓ MEDIDA DE SATISFAÇÃO – IOI-HÁ (AASI)	222
✓ TESTE MAIS	223
<b>ANEXO VI - CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO A OUTROS SERVIÇOS</b>	224
✓ AACD	225
✓ LUCY MONTORO	227
✓ CENHA	229
✓ JÔ CLEMENTE	230
✓ ABADS	230
✓ IMPLANTE COCLEAR	231
<b>ANEXO VII - EQUIPAMENTOS E MATERIAIS POR AMBIÊNCIA</b>	232
<b>ANEXO VIII - ORIENTAÇÕES PARA CONFIGURAÇÃO DAS AGENDAS DE ACESSO NO CER</b>	245
<b>ANEXO IX - PROCEDIMENTOS</b>	250
<b>ANEXO X - PESQUISA DE SATISFAÇÃO</b>	280
<b>ANEXO XI – MATERIAIS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA - MINISTÉRIO DA SAÚDE</b>	281
<b>ANEXO XII – ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS</b>	283
<b>ANEXO XIII - DIRETRIZES PARA AVALIAÇÃO, PRESCRIÇÃO E CONCESSÃO DE CALÇADOS E PALMILHAS NO CER</b>	285

## APRESENTAÇÃO

A constituição de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que atenda a pessoa em suas diversas necessidades de saúde é um processo dinâmico, que requer o envolvimento, compromisso e integração contínua de trabalhadores dos diversos pontos de atenção, assim como de gestores, usuários e das próprias famílias.

Neste sentido, reuniões sistemáticas entre as equipes, apoio matricial, atendimentos compartilhados e envolvimento de pessoas com deficiência, são estratégias potentes e indispensáveis para aproximação de pessoas, serviços, para mobilização no território e protagonismo das pessoas com deficiência, devendo ser valorizadas e fortalecidas continuamente.

De forma a subsidiar e contribuir com a organização dos serviços e consolidação desta rede, são fundamentais a construção e implementação contínua das diretrizes técnicas para esse cuidado.

O presente documento partiu da revisão, atualização e ampliação das "DIRETRIZES PARA A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE REABILITAÇÃO NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA" elaboradas pela Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência em 2016 com a participação de diversos autores.

O conteúdo inicial deste documento foi disponibilizado a todas as regiões, sendo solicitada sua discussão nas reuniões de equipes dos diversos Centros Especializados de Reabilitação (CER). As sugestões de cada região foram trazidas pelas interlocuções das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e Supervisão Técnica de Saúde (STS) e o conteúdo finalizado em reunião entre a Área Técnica e as interlocuções. Também foi disponibilizado a todas as Áreas Técnicas da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para colaboração.

As diretrizes aqui colocadas deverão ser atualizadas de forma contínua, incorporando sugestões das CRS/STS e dos serviços, resultantes da vivência e acompanhamento técnico das ações realizadas.

*ÁREA TÉCNICA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA*

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em 2012, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Portaria GM/MS nº 793, sendo consolidada pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS em 2017. Esta Rede tem como objetivo implementar, articular e integrar ações e serviços de saúde com vistas a:

- Proteger a saúde;
- Ampliar o acesso;
- Qualificar o atendimento;
- Vincular Pessoa com Deficiência aos diferentes pontos de atenção;
- Incluir e possibilitar qualidade de vida às Pessoas com Deficiência.

O objetivo deste documento é fornecer diretrizes para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de São Paulo. Serão apresentados alguns conceitos relevantes, a importância da articulação da rede intra e intersectorial, assim como estratégias para a organização e funcionamento dos CER:

- Acesso;
- Atribuições do serviço e processo de trabalho nas diferentes modalidades;
- Atribuições das equipes do CER;
- Registro dos atendimentos;
- Carga horária e conhecimentos desejáveis dos profissionais dos CER;
- Ambiência;
- Parâmetros e indicadores;
- Responsabilidades de outros atores;
- Fichas de avaliações, Projeto Terapêutico Singular (PTS), matriciamento e alta;
- Instrumentos validados;
- Fluxos de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), prescrições e termos;
- Protocolos dos recursos complementares (terapia robótica, terapia virtual, sala de recursos sensoriais e uso da toxina botulínica);
- Procedimentos.

Com isto, esperamos que este documento possibilite a reflexão das equipes na definição de seus projetos terapêuticos, condutas no serviço e na mobilização da rede, visando à integralidade do cuidado.

Para além das diretrizes deste documento, as equipes devem se apropriar das Portarias Ministeriais relativas a esta Rede de Cuidados e do instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde, acesso em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_reabilitacao\\_auditiva\\_fisica\\_intelectual\\_visual.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf)

## CONCEITOS RELEVANTES PARA O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

### **Pessoa com deficiência: definição e estimativas**

Pessoa com deficiência, segundo a Lei Brasileira da Inclusão de número 13.146, LBI /2015, “é aquela que tem algum impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que, na interação com diversas barreiras, tem obstruída sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Este conceito engloba alterações temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas. São classificadas como física, auditiva, intelectual, visual e múltiplas.

Como qualquer cidadão, as pessoas com deficiência têm o direito à atenção integral à saúde e podem procurar os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientações ou cuidados em saúde, incluindo serviços básicos de saúde como imunização, assistência médica ou odontológica, ou ainda serviços de atenção especializada, como reabilitação e atenção hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 15% da população mundial vive com algum tipo de deficiência (OMS,2012) Este número é superior ao que foi previsto em 1970, que indicava 10% da população (BRASIL,2002). Como fatores importantes desta mudança destacam-se o envelhecimento da população, aumento de doenças crônicas e fatores ambientais.

No Brasil, está em andamento novo Censo Demográfico de 2022. Os dados abaixo são os levantados no CENSO do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE de 2010, que apontaram 23,9% da população com algum tipo de deficiência, ou seja, aproximadamente 45,6 milhões de pessoas com impossibilidade, grande dificuldade ou alguma dificuldade permanente de ouvir, enxergar, caminhar/subir degraus ou exercer atividades habituais em função de impedimentos mentais ou intelectuais.

Na cidade de São Paulo este número foi de 2.759.004 pessoas. Destas,19,69% referiram grande dificuldade ou incapacidade e 80,31% referiram alguma dificuldade/deficiência.

**Tabela 1: Número de pessoas que referiram deficiência em São Paulo, por grau de severidade (IBGE, Censo 2010)**

SÃO PAULO	DEFICIÊNCIA AUDITIVA	DEFICIÊNCIA MOTORA	DEFICIÊNCIA VISUAL	DEFICIÊNCIA INTELECTUAL
Não consegue	30.202	45.948	53.068	Não levantado grau de dificuldade
Grande dificuldade	90.458	170.445	292.410	
Alguma dificuldade	396.003	458.016	1.928.988	
<b>Total de pessoas que referiram a deficiência</b>	<b>516.663</b>	<b>674.409</b>	<b>2.274.466</b>	<b>127.549</b>

Fonte: Ceinfo/SMS 2013

Os dados acima evidenciam a invisibilidade da deficiência intelectual no Censo de 2010, sendo necessária a adoção de estratégias para maior identificação desta população.

Por entender que as pessoas que referiram alguma necessidade de enxergar provavelmente não se enquadravam na definição de baixa visão ou cegueira e requeriam outros recursos para atendimento as suas necessidades, não contemplados nas ações previstas na Portaria Ministerial que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, para a construção do Plano de Ação desta Rede em 2013, o grupo condutor optou por considerar para o cálculo de estimativa de deficiência visual apenas as pessoas que referiram grande dificuldade ou incapacidade em enxergar ( REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA RRAS – 06, PÁG 36, 2013; Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/pessoa\\_com\\_deficiencia/index.php?p=16314](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314)

O número estimado de pessoas com deficiência visual por CRS, desta forma, contemplou 345.477 pessoas.

**Tabela 2: Pessoas com deficiência por Coordenadoria Regional de Saúde, CENSO IBGE/2010**

CRS	DF	%	DI	%	DV	%	DA	%
<b>CENTRO-OESTE*</b>	82.273	5,7	13.534	0,93	37.063	2,55	65.691	4,52
<b>LESTE</b>	145.154	6,1	30.082	1,26	84.244	3,54	110.236	4,63
<b>NORTE</b>	138.588	6,3	25.533	1,15	68.616	3,10	102.149	4,61
<b>SUDESTE</b>	166.033	6,3	30.065	1,13	77.861	2,94	132.043	4,98
<b>SUL</b>	142.360	5,6	28.334	1,11	77.693	3,04	106.543	4,17
<b>Total</b>	<b>674.408</b>	<b>6,0</b>	<b>127.548</b>	<b>1,13</b>	<b>345.477</b>	<b>3,07</b>	<b>516.662</b>	<b>4,59</b>

Fonte: CEInfo/SMS 2013

\* Em 2014 a CRS Centro Oeste foi desmembrada em CRS Centro e CRS Oeste

Cabe destacar que em 2018 foi realizada uma releitura nos dados de deficiência do Censo, sendo modificada a linha de corte para a deficiência. Desta forma, este número passou a ser de 6,7%, representando o grupo que referiu grande dificuldade ou incapacidade (IBGE NOTA TÉCNICA 01/2018).

Assim, a releitura passou a considerar nesta estimativa pessoas com deficiências severas. Apesar de o número populacional ser menor, permanecem os desafios para a igualdade de oportunidades, trazendo à tona a importância de um planejamento cuidadoso de ações nos territórios considerando a intervenção oportuna e os diversos tipos de suporte necessários para manutenção funcional e qualidade de vida dessas pessoas.

No 3º trimestre de 2022 foi realizada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Contínua, que visa produzir indicadores para acompanhar as flutuações trimestrais e a evolução, a médio e longo prazos, da força de trabalho e outras informações necessárias para o estudo e desenvolvimento socioeconômico do país. (IBGE, 2023).

De acordo com dados obtidos por esta pesquisa, mais de 54% das pessoas com deficiência se autodeclararam pretas ou pardas, representando, assim, grande parcela da comunidade de pessoas com deficiência no Brasil. Essas estatísticas demonstram interseções complexas entre recorte étnico e deficiência, destacando como as pessoas negras com deficiência enfrentam desafios adicionais em relação ao acesso a direitos, acessibilidade e igualdades de oportunidades. (MDHC, 2023).

O reconhecimento das desigualdades entre as pessoas, grupo sociais e sua repercussão na qualidade de vida e saúde, pode contribuir para superar injustiças históricas. Para tanto, se faz necessário, garantir um acesso à programas e serviços mais inclusivos e igualitários, além de traçar estratégias para promover uma maior acessibilidade física e social para as pessoas que se encontram em situações de maior vulnerabilidade.

### **Modelo biopsicossocial:**

O processo histórico na atenção à pessoa com deficiência perpassa por diversos momentos, partindo de uma situação de abandono, seguida de um olhar caritativo e de institucionalização, com a conseqüente exclusão do convívio, para uma compreensão da deficiência enquanto fenômeno puramente orgânico e necessidade de normalização da pessoa para posterior integração à sociedade. A reflexão sobre as limitações e impactos deste processo de segregação e o movimento de luta das pessoas com deficiência deslocaram este entendimento para o campo social, apontando o quanto a sociedade impõe barreiras para a inclusão social destas pessoas.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) a transição de uma perspectiva individual e médica, desta forma, que compreende a deficiência como um fenômeno biológico, conseqüente de uma lesão corporal que gera limitação e desvantagens, para uma perspectiva estrutural e social, que considera a deficiência como conseqüência das desvantagens ou restrições de atividades impostas pela sociedade, que pouco se adequa para permitir a participação das pessoas com deficiência, é caracterizada como a mudança de um “modelo médico” para um “modelo social”.

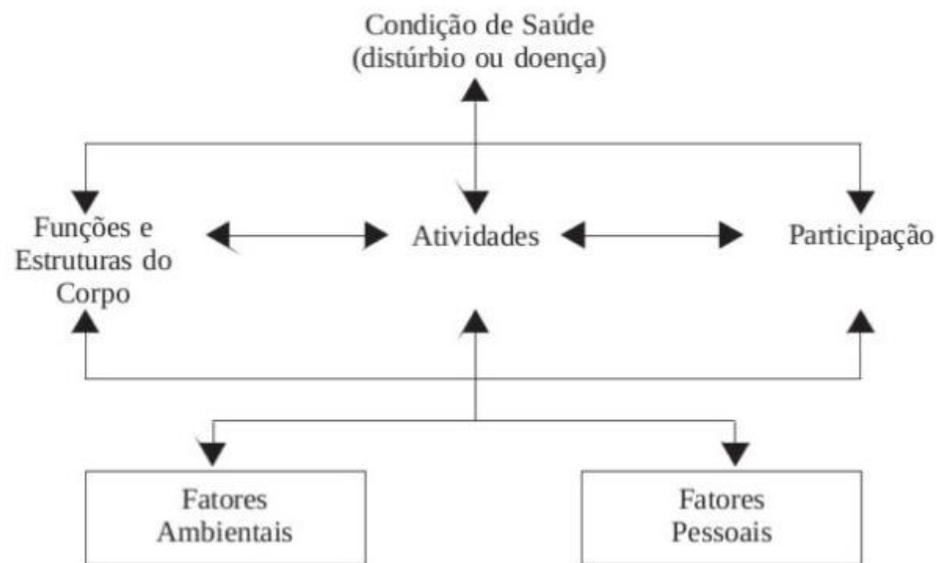
Atualmente, a concepção de pessoas com deficiência está pautada no modelo **biopsicossocial**, que integra estes modelos, reconhecendo a questão orgânica, mas reforçando a importância das transformações sociais para a participação e inclusão efetiva da pessoa com deficiência na sociedade, exercendo seus direitos com a mesma igualdade de oportunidades.

#### **Funcionalidade:**

A Classificação Internacional de Funcionalidade - **CIF**, adotada como padrão conceitual para o relatório mundial de 2012 sobre a deficiência, incorpora o modelo biopsicossocial e compreende funcionalidade e incapacidade como resultado de uma interação dinâmica entre condições de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais.

Funcionalidade e incapacidade, desta forma, são entendidas como termos abrangentes que denotam os aspectos positivos e negativos desta interação sob uma perspectiva biológica, individual e social, englobando funções do corpo, atividades e participação, características da pessoa e do ambiente em que vive.

A matriz da CIF traduz esta interação, devendo estar presente nas reflexões da equipe para a definição e acompanhamento dos Projetos Terapêuticos.



Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2003)

O conceito de Funcionalidade, desta forma, ressalta a influência do ambiente onde a pessoa vive, que pode se constituir como facilitador ou barreira para o desempenho de atividades, dificultando, limitando ou até impedindo sua participação plena na sociedade.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), as pessoas com deficiência enfrentam maiores obstáculos à participação social que a população em geral, vivenciando maior dificuldade no acesso à saúde, educação e menor participação no mercado de trabalho, situações estas que repercutem em piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas.

Esta condição tem como base crenças, valores e costumes vigentes ao longo da história, resultando em situações, ainda presentes, de abandono, institucionalização, segregação, capacitismo e violência.

#### **Barreiras:**

A Lei Brasileira de Inclusão (2015) define **barreira** como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição 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. São classificadas como:

- Barreiras urbanísticas: existentes nas vias e nos espaços públicos ou privados abertos a todos ou de uso coletivo;
- Barreiras arquitetônicas: existentes nos edifícios públicos e privados;
- Barreiras nos transportes: existentes nos sistemas e meios de transportes;
- 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 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.

**Capacitismo:**

Entre as diversas barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência, cabe destacar o Capacitismo.

Capacitismo é uma forma de preconceito e discriminação que julga e/ou duvida da capacidade da pessoa de estudar, trabalhar, praticar esporte, se relacionar com outras pessoas, em razão de sua deficiência. Segundo Andrade (2015), uma postura capacitista compreende a pessoa com deficiência como incapaz e inapta para cuidar da própria vida, trabalhar ou tomar as próprias decisões, enquanto sujeitos autônomos e independentes.

Esta visão ainda está presente na sociedade apesar dos avanços na legislação no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência e do movimento de inclusão. (CARTILHA VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2020).

As equipes multiprofissionais que atuam na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, desta forma, precisam atuar de forma contínua para a sensibilização e mobilização de outros pontos de atenção à saúde e outros setores para que posturas capacitistas sejam quebradas e ampliado o olhar da potencialidade e exercício de direitos, constituindo-se, desta forma, como facilitadores do processo de inclusão social.

Tendo em vista que o capacitismo é uma forma de violência, é essencial ampliarmos a reflexão sobre este tema a fim de contribuímos para a superação de barreiras e garantia do exercício de direitos das pessoas com deficiência.

**Violência:**

A violência é tudo que pode causar sofrimento ou destruição ao ser humano, impedindo-o de reagir, afeta a vida de milhões de pessoas e gera consequências pessoais, familiares e sociais que, em muitos casos, se perpetuam por longos períodos e pelas gerações futuras.

Ela pode estar relacionada a uma ação direta, com relação clara entre agressor, ação e vítima; indireta, quando decorre de um processo estrutural que causa diferenças nas chances de vida das pessoas; e/ou cultural, quando legitimada ou justificada por uma questão ideológica ou cultural. Os três tipos de violência podem ocorrer de forma conjunta, sendo importante o olhar para o evento, questões sociais e históricas envolvidas na situação (CONTI,2016).

Considera-se violência contra a pessoa com deficiência qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007) afirmou a obrigação dos Estados em proteger este segmento da população, prevenir a exploração, a violência e o abuso e promover a recuperação física, cognitiva e psicológica dessas pessoas. Com base nisso, em 2008 ocorreu a inclusão da pessoa com deficiência na Ficha de Notificação de Violência do Ministério da Saúde.

Em 2015, a LBI reiterou este entendimento, ressaltando a importância de proteção da pessoa com deficiência contra toda forma de violência, negligência e discriminação. Informou, ainda, que os casos de suspeita ou de confirmação de violência são 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.

Muitos fatores ampliam o risco ou contribuem para a manutenção da violência, como a impunidade dos agressores, menor credibilidade e medo de denunciar, o capacitismo, maior dependência financeira e de cuidados a longo prazo, maior isolamento social. A interseccionalidade da deficiência com as questões de pobreza, moradia precária ou falta de moradia, questões de gênero, sexo da vítima, raça/etnia, classe social e faixa etária torna algumas pessoas ainda mais propensas a sofrerem violência.

De acordo com o Atlas da Violência, no ano de 2019 foram registrados 7.613 casos de violência contra pessoas com deficiência no Brasil. Os registros de violência contra as mulheres com deficiência têm a maior porcentagem de ocorrências e têm vários contornos

e formas marcados por maus tratos e abusos. Os casos de violência notificados ocorreram principalmente nas residências das vítimas (75,1%), o que corrobora a informação de que o provável agressor é uma pessoa com grande proximidade da vítima, como um familiar ou um parceiro íntimo.

Em 2014 foi inaugurada a primeira Delegacia de Polícia da Pessoa com Deficiência/ DPPD fica localizada em São Paulo/SP que recebe denúncias de crimes ou outras violações de direitos das pessoas com deficiência.

No campo da saúde necessitamos olhar para além das questões básicas de saúde e ações de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência. Ao identificar situações de violência a equipe deve prover o cuidado e o encaminhamento oportuno, de forma humanizada, dentro da rede de atenção à saúde e proteção social.

É papel da Rede de proteção:

- Identificar a violência;
- notificar todas as suspeitas;
- monitorar os casos;
- acompanhar as famílias;
- desencadear ações multidisciplinares, interdisciplinares e transversais.

Vale destacar a portaria 1300/15 – SMS, que instituiu os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) nos estabelecimentos de saúde do município. O NPV se caracteriza como equipe de referência na unidade de saúde, sendo responsável pela organização do atendimento e articulação das ações a serem desencadeadas para a superação da violência e promoção da cultura de paz. Cabe ao NPV articular ações de assistência, prevenção e promoção de saúde no nível local, no sentido de estabelecer o cuidado integral às pessoas em situação de violência.

Todos os casos suspeitos ou confirmados de violência e acidentes que chegam nos serviços deverão ser notificados no SINAN. A notificação no âmbito da saúde não é denúncia, mas sim um instrumento de garantia de direitos, sendo papel de todos os equipamentos a prevenção, notificação e atuação para romper com o ciclo de violência ao que muitas pessoas com deficiência estão expostas.

Para saber mais sobre o tema, a portaria 1300/15 -SMS e o NPV, acesse:

- <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1300-de-15-de-julho-de-2015>
- [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agravos/index.php?p=266739](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/index.php?p=266739)

- [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha\\_notificacao\\_violencia\\_domestica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/ficha_notificacao_violencia_domestica.pdf) (SINAN)
- <https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Cartilha-violencia-2020->

### **Facilitadores:**

De forma oposta às barreiras e afim de contribuir para o rompimento dos ciclos de violência, os **facilitadores** são entendidos como as atitudes, apoios, serviços, recursos ou outros fatores ambientais que melhoram a funcionalidade, reduzem a incapacidade de uma pessoa, ampliam a participação e exercício da cidadania.

Diversos fatores, desta forma, sejam estes relacionados ao ambiente físico ou social em que as pessoas vivem, podem se constituir como barreiras ou facilitadores ao desempenho de atividades pela pessoa e à sua participação nas áreas da vida.

A presença de apoios para a vida, por exemplo, uma rede social de suporte, as atitudes acolhedoras, inclusivas e empáticas por parte dos profissionais de saúde e dos demais setores, o acesso a produtos e tecnologias, como as órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e a existência de políticas públicas de saúde, educação, assistência social, moradia, mobilidade urbana, trabalho, cultura, lazer e esporte que contemplem as necessidades específicas deste segmento são exemplos de facilitadores ao processo de inclusão social e garantia de direitos às pessoas com deficiências.

O acesso a uma reabilitação de qualidade constitui um facilitador deste processo.

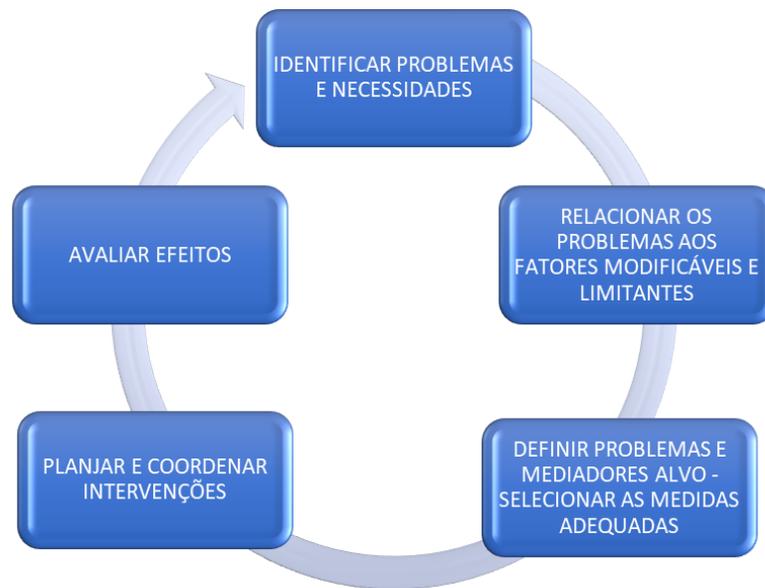
### **Reabilitação:**

O conceito de reabilitação é utilizado de forma geral como uma intervenção específica, realizada tanto para o desenvolvimento de habilidades quanto para a recuperação de perdas funcionais adquiridas.

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência, elaborado pela OMS em 2012, a reabilitação visa à melhoria da funcionalidade individual e intervenção em seu ambiente; acontece geralmente durante um período determinado de tempo; pode envolver intervenções simples ou múltiplas; ser realizada por uma pessoa ou por uma equipe multiprofissional e ser necessária desde a fase aguda ou inicial até a fase de manutenção.

O Relatório aponta um ciclo do processo de reabilitação, que requer o levantamento dos problemas e necessidades da pessoa; a identificação de fatores pessoais e ambientais relacionados a estes problemas, o planejamento de ações, definição de metas e

intervenção, além da avaliação de seus efeitos. Reforça a importância da participação da pessoa e família neste processo.



Referência: Relatório Mundial (2012)

Por fim, aponta que, quando a reabilitação é disponibilizada em momento oportuno e de forma contínua, desde o atendimento hospitalar até as ações da comunidade, pode melhorar os resultados de saúde, reduzir custos, reduzir a deficiência e melhorar a qualidade de vida. Reforça, assim, a importância de a reabilitação ocorrer em Rede, com a participação da atenção básica, especializada, hospitalar e intersetorial.

#### **Reabilitação nos diversos ciclos de vida:**

A deficiência pode acometer as pessoas em diferentes momentos da vida, sendo decorrente de uma condição ainda durante a gestação, adquirida ao nascimento ou com o passar dos anos.

Independente do momento, o breve início do processo de habilitação ou reabilitação permite potencializar o processo de neuroplasticidade e contribui para a habilitação ou reabilitação da pessoa para a maior autonomia possível.

O processo de diagnóstico precisa ocorrer de forma articulada pelas diversas equipes que compõem a rede de saúde, envolvendo avaliações, exames, a pessoa e sua família, que trazem informações e observações fundamentais e precisam do suporte para se preparar para uma nova condição. O apoio de pares é uma estratégia interessante para

ajudar nessa elaboração, o que pode ser realizado por meio de grupos de pais e familiares, de pessoas com deficiência ou grupos heterogêneos. Esta ação contribui, ainda, para a construção de processos de identidade e engajamento social.

Cabe destacar, ainda, a importância da articulação da rede de saúde e intersetorial neste cuidado, sendo fundamentais ações compartilhadas com a atenção básica e outros equipamentos em todos os ciclos de vida, tendo como foco a superação de barreiras e participação da pessoa com deficiência nos diversos espaços sociais. Ressaltamos, ademais, que muitas vezes a deficiência vem associada a diversas condições de vulnerabilidade, que também precisam ser consideradas pela equipe para a construção das estratégias de suporte.

No caso de deficiências que acometem crianças de 0 a 3 anos, período que se caracteriza por grande desenvolvimento do cérebro, é fundamental o início das intervenções o quanto antes, com vistas ao melhor desenvolvimento neuropsicomotor, aquisição da linguagem e socialização possível. É também um momento essencial para suporte da equipe às famílias, tanto para a compreensão das diferentes condições ou características de seu filho, quanto à forma de lidar com estas condições. A intervenção nesta faixa etária precisa ser realizada por toda a equipe, com atendimentos voltados aos diferentes aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor, linguagem e interação social. É um período em que toda equipe do CER precisa estar envolvida no cuidado, com atendimentos individuais ou em grupo, compartilhados ou não, ou como suporte técnico para a intervenção no momento oportuno. As famílias precisam estar envolvidas e ser partícipes do processo terapêutico.

Entre 4 e 10 anos, a avaliação da equipe vai direcionar para a intervenção em um ou mais profissionais conforme o tempo da deficiência, a necessidade da pessoa e de sua família. Nesta faixa etária, é fundamental olhar para as questões de comunicação e linguagem, o desenvolvimento de habilidades instrumentais de vida diária e prática, mobilidade e os processos de socialização. A articulação com a educação torna-se fundamental, de forma a contribuir para a otimização dos processos de aprendizagem e inclusão social.

No caso de adolescentes e adultos, a reabilitação deve contar com a avaliação da equipe e escuta das demandas das pessoas e suas famílias, as quais vão direcionar para a identificação de barreiras e proposição de estratégias e recursos facilitadores do processo de inclusão social e autonomia. A articulação para o preparo e inclusão no mercado de trabalho, sempre que possível, deve fazer parte do PTS proposto para estas pessoas, além

da relevância das articulações com equipamentos de cultura, educação, artes, esportes e lazer, assistência social, em consonância com seus interesses e necessidades.

Cabe destacar, ainda, que muitas vezes pessoas com deficiência adolescentes ou adultas vivenciam situações em que a família está envelhecendo, sendo que a manutenção do cuidado pode se tornar um desafio. Quando não relacionadas a uma deficiência recente, o suporte necessário nesta faixa etária está relacionado à disponibilização de políticas públicas e estruturação de rede social para apoio.

O processo de envelhecimento também precisa ser acompanhado, com ações preventivas e, quando necessário, curativas conforme apareçam condições de saúde que requerem cuidados específicos. Desta forma, é imprescindível olhar para outras questões de saúde inerentes a este ciclo de vida, como pressão alta, diabetes, comprometimentos osteomusculares e demência. Todos esses fatores devem ser considerados para o cuidado e acompanhamento de adultos e idosos com deficiência.

Ressaltamos que o suporte e intervenções das equipes de saúde e de outros setores precisam estar presentes nas diversas condições, independentemente do grau de comprometimento dos casos.

Quanto mais complexa a situação, maior a necessidade de atuação de uma rede de pessoas e serviços, que busca conjuntamente estratégias diferenciadas para o cuidado. O acolhimento e escuta das famílias, o compartilhamento de angústias, de experiências exitosas e difíceis entre os profissionais são elementos importantes para a proposição criativa de novas ações. Não podemos esquecer que pequenas transformações podem mudar em muito a qualidade de vida destas pessoas e suas famílias.

O processo de habilitação ou reabilitação da pessoa com deficiência ao longo da vida, desta forma, ocorre não só em serviços especializados, para os quais podem retornar conforme novas demandas vão surgindo, mas também na atenção básica (UBS, eMulti, CECCO...), em outros serviços (URSI, PAI, EMAD/EMAP, CAPS...), que têm um papel importante na promoção da participação e quebra de processos de exclusão social.

É importante salientar que todo o processo acima descrito muitas vezes vem acompanhado por sentimentos como luto, revolta e/ou tristeza ao descobrir uma deficiência, seja por parte dos pais em relação ao bebê recém-nascido, dos filhos que veem seus pais se tornarem dependentes ou dos pais idosos que precisam assumir as responsabilidades do cuidado novamente.

*“A deficiência, assim como qualquer problemática ligada ao campo físico ou psíquico não deve ser considerada como o fim das possibilidades de vida desse sujeito e muito menos de sua família. É justamente frente ao anúncio de algo desta ordem que o profissional que transmite o diagnóstico já deveria estar amparado de outros que pudessem desenvolver um trabalho diferenciado com as pessoas envolvidas. O alcance desta etapa não acontece de forma direta. Nenhum pai e nenhuma mãe, assim como familiar algum aceita como sendo “normal” a deficiência porque simplesmente não é um episódio planejado, sonhado ou almejado.” (VENDRUSCULO, LEB. 2014)*

Sendo assim, os profissionais devem ser acolhedores e ter escuta qualificada, além disso devem auxiliar na reorganização da dinâmica familiar, ofertar atendimentos específicos às famílias, de forma individual ou em grupo. Vale ressaltar que o grupo é uma importante estratégia para apoio emocional, troca de informações, vivências e experiências que favorecem o processo de aceitação e compreensão da deficiência no contexto familiar, além de caracterizar-se como uma potente ferramenta para fomentar o engajamento social e a construção da rede de apoio.

## REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

As ações e serviços de saúde são organizados sob a forma de uma rede, que articula equipamentos de diferentes densidades tecnológicas com vistas à integralidade do cuidado (PRT MS/GM 4.279/2010).

Nesta lógica de rede, foi implantada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (PRT MS/GM 793/2012), com o objetivo de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS.

No município de São Paulo foi estruturado um grupo condutor, com a tarefa de elaborar um plano de ação envolvendo ações na atenção básica, especializada e hospitalar. A partir do diagnóstico realizado, este grupo definiu diretrizes para a constituição desta Rede na cidade:

- Promover acessibilidade física, conceito do design universal, acessibilidade ambiental, atitudinal e de comunicação;
- Fortalecer na atenção básica ações de prevenção, promoção e atenção geral à saúde voltadas às pessoas com deficiência;
- Fortalecer na atenção básica as ações de reabilitação;
- Articular os serviços de saúde da atenção básica e especializada para ampliação da potencialidade e resolubilidade em cada território, visando continuidade no cuidado em saúde;
- Implantar e implementar os CER nas diferentes STS, conforme características e necessidades locais;
- Ampliar a Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência (APD) nos CER;
- Ampliar e aprimorar o fornecimento e acompanhamento do uso de meios auxiliares de locomoção, órteses e próteses ortopédicas, auditivas e visuais, compreendidos como parte do processo de reabilitação e não dissociados dos atendimentos terapêuticos;
- Ampliar e aprimorar o acesso à atenção hospitalar e articular com o processo de reabilitação no âmbito ambulatorial, imediatamente após alta hospitalar;
- Aprimorar a integração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com outras Redes;
- Fortalecer os processos de educação permanente dos profissionais de reabilitação desta Rede de Cuidados, com vistas ao aprimoramento da assistência;

- Implementar e consolidar estratégias para ampliar e qualificar a detecção precoce de deficiências e a intervenção oportuna;
- Estabelecer e concretizar ações nos territórios que possibilitem o cuidado compartilhado e a prevenção de perdas funcionais ao longo da vida;
- Efetivar atividades no território que possibilitem o desenvolvimento de potencialidades, suporte aos cuidadores e inclusão social;
- Notificar casos de violência identificados e articular ações junto aos núcleos de prevenção à violência das UBS—NPV;
- Fortalecer estratégias de articulação intersetorial para o cuidado das Pessoas com Deficiência e a inclusão nos diversos setores da sociedade (assistência social, educação, trabalho, lazer, esportes e cultura).

A construção de uma Rede de Cuidados que possibilite acesso e atenção humanizada às pessoas com diferentes tipos de deficiência requer, desta forma, a articulação e integração dos diversos serviços e profissionais de saúde e de outros setores.

No âmbito da Atenção Básica, a UBS é a ordenadora do cuidado e tem a responsabilidade sanitária pelas pessoas que vivem e circulam no território de sua abrangência, entre elas pessoas com deficiência.

Neste contexto, profissionais da UBS/ESF e das Equipes Multiprofissionais da Atenção Básica/eMulti têm o papel de, no que diz respeito às pessoas com deficiência:

- Conhecer as pessoas com deficiência que residem ou circulam em sua área de abrangência e cadastrá-las no SIGA SAÚDE;
- Acolher as pessoas com deficiência, rompendo assim com as maiores barreiras enfrentadas por este segmento da população: as barreiras atitudinais;
- Atender as necessidades gerais de saúde das pessoas, como pré-natal, vacinação, puericultura, consultas médicas, atendimentos odontológicos e articular com outros serviços de atenção à saúde;
- Ofertar e incluir as pessoas com deficiência nos procedimentos individuais e coletivos das práticas integrativas e complementares em saúde (PICS);
- Realizar atendimento ginecológico e, na ausência de estrutura/recursos adequados, prever referência para este atendimento, enquanto as adequações são realizadas;
- Oferecer suporte às pessoas com deficiência, suas famílias e cuidadores;
- Elaborar e participar da execução de Projetos Terapêuticos Singulares/PTS em conjunto com a pessoa com deficiência, família e equipamentos intra e

intersetoriais, contribuindo para o desenvolvimento de ações de saúde, inclusão social e qualidade de vida das pessoas que residem ou circulam no território;

- Identificar riscos e atrasos de desenvolvimento, avaliar, realizar atendimentos e articular, quando necessário, a continuidade do cuidado com serviços especializados, de forma a garantir o diagnóstico, intervenção oportuna e cuidado integral à criança e à família;
- Realizar busca ativa e monitoramento de recém-nascidos que falharam nas triagens neonatais, bem como de outros bebês considerados como de risco para alterações do desenvolvimento;
- Realizar avaliações e atendimentos com vistas à reabilitação e manutenção funcional, minimização de alterações de quadros crônicos, promoção do protagonismo, autonomia e inclusão social para os usuários em todos os ciclos de vida. Como exemplos destes atendimentos podemos citar:
  - atividades físicas relacionadas PICS;
  - grupos, oficinas terapêuticas ou outro tipo de intervenção para prevenção e minimização de quadros de dor, alterações de mobilidade, linguagem, memória e cognição, entre outros;
  - acompanhar o uso de recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva.
- Realizar visitas e atendimentos domiciliares às pessoas acamadas ou domiciliadas conforme diretrizes específicas do Programa Melhor em Casa;
- Identificar e encaminhar aos CER os casos pós-alta hospitalar que requiram ações de reabilitação imediata;
- Monitorar, orientar e acompanhar os usuários enquanto aguardam a avaliação no CER e desenvolver ações complementares, conforme necessidade de cada pessoa;
- Mobilizar os recursos do território e realizar articulações intersetoriais (educação, assistência social, esporte, cultura, trabalho, ...) de forma a romper barreiras, favorecer o protagonismo, a participação e exercício de direitos pelas pessoas com deficiência;
- Desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de deficiências nas escolas de acordo com as diretrizes do Programa Saúde na Escola (PSE);
- Responsabilizar-se pelas pessoas com deficiência domiciliadas em toda área do território, incluindo abrigos, residências inclusivas e população em situação de rua; articular com os diversos equipamentos da saúde e da assistência social que possam contribuir nesse cuidado, como equipes de consultório de rua, Centros de Acolhida (CA), Centros Temporários de

Acolhimento (CTA), Núcleos de Serviço, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entre outros.

O cuidado às pessoas com deficiência nas UBS deve ser mantido e aprimorado mesmo quando atendidas em outros serviços.

As especificações da atuação dos profissionais da eMulti estão descritas no “Documento Norteador da eMulti – Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde”, (2023), sendo essencial sua leitura por todos os profissionais envolvidos nesta Rede.

Além da UBS, os Centros de Convivência e Cooperativa de Trabalho (CECCOs) também têm um importante papel no estímulo à participação, inclusão social e protagonismo da pessoa com deficiência. Integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e atendem demanda espontânea e referenciada em todos os ciclos de vida, independente de idade, gênero, raça, credo, escolaridade, condição econômica, cultural ou de saúde, e sem regionalizar seu trabalho. Buscam, através de parcerias intersetoriais, um atendimento integral a todos os indivíduos com ou sem sofrimento mental, promovendo mudança de hábitos e o desenvolvimento de potencialidades. Realizam oficinas artísticas, artesanais, de experimentos, de economia solidária, de PICS e estão localizados em parques, centros comunitários e em centros esportivos.

Considerando as necessidades em saúde das pessoas com deficiência nos diferentes ciclos de vida, outras Redes e equipamentos atuam como retaguarda e de forma complementar às ações das UBS, com intervenções específicas e mais especializadas.

No que diz respeito a saúde bucal a rede municipal de saúde conta hoje com equipes de saúde bucal (eSB) compostas por profissionais que estão aptos a fornecer o atendimento odontológico à pessoa com deficiência de acordo com as necessidades apresentadas. O acesso aos atendimentos em saúde bucal é através da atenção básica, com o agendamento da triagem para classificação do paciente quanto ao risco odontológico. As urgências odontológicas são atendidas em UBS, Assistência Médica Ambulatorial (AMA), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Socorro (OS) que tenham cirurgião-dentista. Os casos de maior complexidade são encaminhados via Regulação (SIGA Saúde) para o atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) por profissionais capacitados e especialistas no atendimento a pacientes com necessidades especiais, conforme protocolo disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/CadernodeProtocolos2VERSAO\\_2021\\_PTI\\_4\\_6\\_2021.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/CadernodeProtocolos2VERSAO_2021_PTI_4_6_2021.pdf) (página 46).

Para os casos em que seja necessária sedação ou anestesia geral para a realização do tratamento odontológico, o CEO encaminhará o paciente para as referências hospitalares municipais.

No âmbito da RAPS, a articulação entre UBS, CER e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é fundamental para os diagnósticos diferenciais, cuidado às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e seus familiares e manejo das situações de crise, agitação, auto e hetero agressividade que também podem acometer a pessoa com deficiência.

Os CAPS são locais de suporte para situações de gravidade em sofrimento mental e farão avaliação, elaboração de PTS, acompanhamento medicamentoso, terapias, acolhimento da crise e articulação com a rede de atenção à saúde de acordo com a necessidade clínica do momento. A rede hospitalar (RUE) também pode auxiliar no manejo da crise aguda. Esta articulação de serviços possibilita o planejamento de estratégias conjuntas a fim de evitar o isolamento ou segregação pelo risco da agressividade.

Especificamente com relação às ações de reabilitação, a retaguarda é realizada pelos CER e alguns serviços de reabilitação conveniados.

Os CER são serviços regulados, de base territorial, que se caracterizam como lugar de referência no cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências (Portaria 793/12), sendo de responsabilidade de seus profissionais:

- Acolher as pessoas com deficiência e produzir em equipe e, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um PTS, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;
- Realizar diagnóstico de forma articulada com outros serviços, sempre que necessário;
- Desenvolver ações de reabilitação coletivas e individuais, de maior ou menor intensidade/frequência, conforme necessidades singulares;
- Envolver as famílias/cuidadores no processo de reabilitação fornecendo ações informativas e suporte para o cuidado;
- Prescrever e fornecer recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva;
- Reavaliar periodicamente o PTS;
- Estabelecer fluxos e práticas contínuas de cuidado à saúde, coordenadas e articuladas entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;

- Acompanhar pessoas com deficiência que passaram por processo de reabilitação e retomar os atendimentos terapêuticos especializados quando ocorrer uma nova situação que interfira na funcionalidade da pessoa, como cirurgia, necessidade de troca de OPM, entre outros;
- Articular intersetorialmente com a Assistência Social, Educação, para apoio, orientação, planejamento de atividades integradas e acompanhamento compartilhado de casos, entre outros;

O atendimento no CER deve ser realizado por equipe multiprofissional, devendo ser garantidas a interdisciplinaridade, tempo e intensividade necessária para a melhora do desempenho funcional do usuário e otimização do processo terapêutico.

Neste ponto de atenção a intervenção deve ter duração determinada conforme alcance dos objetivos terapêuticos estabelecidos e revisados no PTS, sendo fundamental a articulação para atendimentos compartilhados, complementares e continuidade no cuidado na Atenção Básica.

O serviço deve ser acolhedor e se fortalecer enquanto lugar de referência para o cuidado, mobilizando estratégias que possibilitem ao usuário o acesso oportuno para reabilitação, acompanhamento do uso de recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva e acolhimento no surgimento de novas demandas ou necessidade de novos suportes para superação de barreiras.

## ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

### Histórico dos serviços municipais de reabilitação em São Paulo

Até 2012 as diretrizes ministeriais voltadas à atenção em reabilitação à pessoa com deficiência estavam pautadas em portarias que davam suporte à organização de Redes de Reabilitação direcionadas a um determinado tipo de deficiência, seja esta física (MS/GM nº 818/2001 e MS/SAS nº185/2002), auditiva (MS/GM 2.073/2004, MS/GM 587/2004 e MS/SAS 589/2004, visual (MS/GM 3.128/2008) ou intelectual (MS/SAS1635/2002).

A partir dos normativos destas portarias foram habilitados na cidade de São Paulo 11 serviços de reabilitação física (3 próprios, 2 conveniados com o município e 6 sob gestão estadual); 8 serviços de saúde auditiva (2 próprios, 3 conveniados com o município e 3 sob gestão do estado); 1 de reabilitação visual (gestão estadual). Na deficiência intelectual a Portaria MS/SAS1635/2002 criou novo procedimento para esta atenção, sem requerer a habilitação de serviços.

Os serviços municipais então habilitados eram:

Serviço	Tipo de habilitação	Portaria	Data
AE Pedreira	Serviço de Reabilitação Física - nível intermediário	MS/SAS nº 964	09/12/2002
AE Sapopemba	Serviço de Reabilitação Física - nível intermediário	MS/SAS nº 964	09/12/2002
AE Peri Peri	Serviço de Reabilitação Física - nível intermediário	MS/SAS nº 964	09/12/2002
AE/Hosp. Pirituba	Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação Auditiva na Média Complexidade	MS/SAS nº 56	09/02/2006
AE Penha	Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação Auditiva na Média Complexidade	MS/SAS nº 56	09/02/2006

A avaliação da Área Técnica quanto ao acesso aos serviços habilitados e ações de reabilitação existentes em outras unidades municipais apontou a necessidade de integrar ações, implantar novos serviços, reestruturar os existentes e definir diretrizes comuns de atuação.

Com o objetivo de garantir o acesso do munícipe à reabilitação em local mais próximo de sua moradia, de forma articulada com a atenção básica e com serviços de maior complexidade, a Secretaria Municipal de Saúde implantou desta forma, no ano de 2005, **Núcleos Integrados de Reabilitação – NIR e Núcleos Integrados em Saúde Auditiva-NISA.**

A constituição destes núcleos ocorreu de forma gradativa, a partir da pactuação regional de unidades a serem referência para ações de reabilitação e de saúde auditiva, do

remanejamento de profissionais da rede, da implementação de novos profissionais e do estabelecimento de novas parcerias e/ou reestruturação das já existentes.

Com vistas a um trabalho em equipe, foi prevista para os NIR equipe multiprofissional com fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. Como diversos serviços foram integrados a um ambulatório de especialidades, foi proposta a articulação da equipe com neurologista e/ou ortopedista do ambulatório.

A fim de ampliar a resolubilidade do processo de reabilitação, a SMS estruturou também o fluxo para concessão de OPM física. Coube ao NIR, desta forma, a avaliação, o processo terapêutico, o acompanhamento e o encaminhamento para acesso às OPM, cujo processo de dispensação ocorria em oficina ortopédica de instituição conveniada.

Já para o NISA foi prevista equipe com médico otorrinolaringologista, fonoaudiólogo e assistente social, sendo este serviço responsável por consulta, exames, terapia e, na necessidade de OPM auditiva, encaminhamento para os serviços habilitados de saúde auditiva. Estas referências envolveram serviços sob gestão municipal e estadual, sendo pactuadas com a Secretaria de Estado da Saúde.

Diversos NISA foram organizados em unidades com NIR, possibilitando maior abrangência às ações e integração das equipes.

Em 14 de janeiro de 2008, os núcleos foram consolidados pela Lei Municipal nº 14.671, que criou o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva, regulamentada em 25 de junho de 2008 pelo Decreto Municipal 49.671.

De forma a ampliar ainda mais o potencial de ação destes serviços, em 2010 foi implantado em diversos NIR da cidade o programa “Apoiador da Pessoa com Deficiência – APD”, com o objetivo de ampliar o acesso das pessoas com deficiência intelectual às ações e serviços de saúde, promover o protagonismo, autonomia, independência e evitar o abrigo ou internação.

Ainda em 2010 teve início em SMS a triagem auditiva universal (TANU) em todas as maternidades municipais e sob gestão municipal, ação que favoreceu a identificação precoce de possíveis alterações auditivas em bebês, o diagnóstico e a intervenção oportuna ainda nos primeiros 6 meses de vida.

A implantação de NIR e NISA, desta forma, possibilitou a descentralização de ações de reabilitação, facilitou o acesso e organizou fluxos de referência e contra-referência a

partir da atenção básica. Permitiu, ainda, a integração das redes temáticas instituídas pelo Ministério da Saúde para pessoas com deficiência física, intelectual e auditiva.

Em 2012 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Portaria MS/GM nº 793/12, instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com a finalidade ampliar o acesso, qualificar o atendimento, articular e integrar os serviços de saúde (atenção básica, especializada e hospitalar) de forma a garantir a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua. Em 2017, esta foi incorporada à Portaria de Consolidação nº 3.

A Portaria Ministerial criou, na atenção especializada, **Centros Especializados em Reabilitação - CER**, integrando as diversas modalidades de reabilitação (física, auditiva, intelectual e visual), compondo com os serviços anteriormente habilitados para uma única modalidade.

A Portaria instituiu ainda incentivo de custeio para o CER habilitado e instrutivo técnico para funcionamento dos serviços, aprimorando as diretrizes para a reabilitação constantes nas portarias anteriores.

Para a organização desta Rede na RASS-6 (cidade de São Paulo), foi constituído um Grupo Condutor, com o objetivo de elaborar diagnóstico, construir um plano de ação e monitorar as ações desenvolvidas. Inicialmente este contou com a participação de representantes da Secretaria Municipal de Saúde (Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, Gerência de Controle e Regulação, CEInfo, Autarquia Hospitalar Municipal, Atenção Básica, Programa Melhor em Casa, Coordenadorias Regionais de Saúde), da Secretaria de Estado da Saúde/DRS-1, da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida e do Conselho Municipal de Saúde. Posteriormente passou a compor o grupo representante do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência. Diversas Áreas Técnicas de SMS e interlocutores de regiões têm participado de reuniões conforme a demanda, o que tem conferido a esta construção um processo coletivo, com vistas à incorporação das necessidades deste segmento da população pelos diversos setores de SMS.

O plano de ação previu responsabilidades para a Atenção Básica, Especializada e Hospitalar, tendo como base as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (PRT MS/GM 4.279/2010) e a importância da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, com ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação.

Com base nas normativas ministeriais, o Grupo Condutor apontou, em seu diagnóstico, diversos NIR e NISA com potencial de habilitação como CER. A proposta de CER,

desta forma, reforçou e aprimorou as ações que vinham sendo implementadas para integração da reabilitação a pessoas com diversos tipos de deficiência nos NIR e NISA. Trouxe à tona, também, a necessidade de revisão e atualização das normativas até então vigentes em SMS para todos os serviços de reabilitação (NIR/NISA/CER).

Em 2019, de forma a dar uniformidade na nomenclatura dos serviços de reabilitação e acompanhar a produção destes serviços, os NIR e NISA receberam CNES próprio e passaram a ser chamados de CER.

Em 2023 o Ministério da Saúde atualiza a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio da Portaria GM/MS 1.526, de 11/10/2023)

Para saber mais acessar : <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.526-de-11-de-outubro-de-2023-516446366>

Atualmente o município de São Paulo conta com 34 CERs. Destes, 26 já foram habilitados pelo Ministério da Saúde, sendo 1 conveniado com o município de São Paulo.

CRS	CER	Portaria Habilitação	Portarias de alteração de nome/CNES
SD	CER III Penha	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
		3010- 10/12-13	833- 26/06/2015
		3.323-12/03/2024	
	CER IV Flávio Gianotti	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
		3010- 10/12-13	833- 26/06/2015
	CER II Vila Prudente	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
		3010- 10/12-13	833- 26/06/2015
	CER III Sapopemba	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
		3010- 10/12-13	833- 26/06/2015
	CER II Vila Mariana	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
3010- 10/12-13		833- 26/06/2015	
Fundação São Paulo- Deric/ conveniada	1.357 -3/12/13		
	3010- 10/12-13		
CER II Tatuapé	1.357 -3/12/13		
	3010- 10/12-13		
SUL	CER III Cidade Ademar (antigo CER III Pedreira)	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
		3010- 10/12-13	833- 26/06/2015
	CER III Santo Amaro	1.357 -3/12/13	
		3010- 10/12-13	
	C Reabilitação M Boi Mirim - NIR/NISA	1.357 -3/12/13	
		3010- 10/12-13	
	CER III Campo Limpo	1.357 -3/12/13	1.050 -11/07/18
3010- 10/12-13			
CER IV Milton Aldred	2.323 – 12/12/23		
CER III Interlagos	5.414 – 20/09/2024		
C	CER III Sé	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
		3.010- 10/12-13	833- 26/06/2015
O	CER III LAPA	3.468 - 16/12/20	
N	CER III Carandiru	1.357 -3/12/13	854- 8/07/2016
		3.010- 10/12-13	
	CER II Tucuruvi	1.357 -3/12/13	854- 8/07/2016
		3.010- 10/12-13	
	CER Freguesia do Ó	1.027-10/10/14	
	CER II Jaçanã	3.235-01/03/2024	
CER II Perus	5.406 – 20/09/2024		
CER III Pirituba	5.400 – 20/09/2024		
L	CER II Guaianases	1.357 -3/12/13	529- 22/06/2015
		3.010- 10/12-13	833- 26/06/2015
	CER IV São Miguel	3.164- 3/12/19	
	CER III Jardim Campos	2.070 – 30/11/23	
	CER III Ermelino Matarazzo	5.420 – 23/09/2024	

Os CER vêm sendo aprimorados em sua estrutura física, de equipamentos, profissionais e tecnologias de reabilitação. A dispensação de OPM ocorre em todos os serviços, com especificidades relacionadas ao processo de habilitação e estrutura e em conformidade com os contratos e ATAS de Registro de Preço estabelecido pela SMS. A

parceria com a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida /SMPED, por sua vez, tem propiciado a incorporação de novos recursos e tecnologias de reabilitação, conferindo um diferencial importante às ações realizadas.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, desta forma, vem sendo atualizada continuamente com a participação de diversos atores, sendo que a articulação de serviços nos vários territórios, a humanização da atenção, o investimento na educação permanente dos profissionais e a ampliação do acesso à reabilitação e aos recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva têm sido focos fundamentais de intervenção.

### **CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO – CER**

O Centro Especializado em Reabilitação foi definido no artigo 19 da Portaria GM/MS nº793/12 como ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território.

Em função do tamanho do município de São Paulo, da necessidade de articulação da rede e visando facilitar o acesso das pessoas com deficiência, a SMS tem trabalhado para estruturar pelo menos um serviço de reabilitação em cada Supervisão Técnica de Saúde/STS.

Os CER possuem diretrizes comuns para o cuidado e são organizados de forma a atender duas ou mais das seguintes modalidades de reabilitação:

- Física;
- Auditiva;
- Intelectual/Desenvolvimento;
- Visual.

Dependendo do número de modalidades de reabilitação que atendem são classificados em:

- CER II - composto por duas modalidades de reabilitação;
- CER III - composto por três modalidades de reabilitação;
- CER IV - composto por quatro modalidades de reabilitação.

Além destes, ainda temos serviços que estão sendo revitalizados e que ainda não têm classificação de modalidade.

Vale ressaltar que não existe uma hierarquia entre esses serviços e que diferenças operacionais podem estar relacionadas ao número de profissionais, tamanho da unidade e recursos terapêuticos existentes. Além disso, nem todos são habilitados pelo Ministério da Saúde, o que reflete sobre a realização de alguns procedimentos e fornecimento de alguns tipos de OPM.

A equipe multiprofissional é composta pelos seguintes profissionais:

- Médicos neurologistas, ortopedistas, psiquiatras, fisiatras, otorrinolaringologistas e/ou oftalmologistas, conforme modalidade de CER habilitada/diretriz ministerial;
- Fonoaudiólogos;
- Terapeutas ocupacionais;
- Fisioterapeutas;
- Psicólogos;
- Assistente Social;
- Enfermeiro;
- Nutricionistas, recomendados no município pelo menos para os CER III e IV com modalidade física;
- Equipe APD (coordenador, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e 6 a 10 acompanhantes da pessoa com deficiência - para os serviços com modalidade intelectual);
- Gerente;
- Administrativos em quantidade suficiente (CER II mínimo de 5; CER III mínimo de 7 e CER IV mínimo de 9);
- Na presença de transporte sanitário fornecido pelo Ministério da Saúde, há necessidade de motorista.

Em função das especificidades inerentes aos diversos tipos de reabilitação, nos CER deverá ser indicado responsável técnico por modalidade de deficiência atendida.

## **ACESSO**

O acesso ao CER é regionalizado e ocorre, preferencialmente, a partir do encaminhamento da UBS mais próxima à residência do usuário para avaliação multiprofissional em reabilitação.

As **vagas de primeira vez** dos profissionais devem estar na agenda REGULADA sistema SIGA para Avaliação Multiprofissional em Reabilitação nas especialidades “Especialista em Reabilitação Física”, “Especialista em Reabilitação Intelectual/Desenvolvimento”; “Especialista em Reabilitação Auditiva” e “Especialista em Reabilitação Visual”.

Nas situações em que o CER está localizado contíguo a Ambulatórios de Especialidades ou Hospital Dia, o ambulatório deverá:

- inseri-lo na fila de espera de reabilitação, quando o paciente residir na mesma Supervisão Técnica de Saúde (STS) onde o serviço está localizado;
- retornar à UBS de origem para agendamento, quando o paciente residir em outra STS.

#### São elegíveis para avaliação multiprofissional no CER:

PROCEDIMENTO	CASOS ELEGÍVEIS
AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL - REABILITAÇÃO FÍSICA	Pessoas com quadros neurológicos que necessitam de avaliação e reabilitação por equipe multiprofissional (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, médico fisiatra ou neurologista e enfermeiro), incluindo órteses, próteses ou meios auxiliares de locomoção.
	Pós operatórios ortopédicos e/ou fraturas ortopédicas recentes que necessitam de avaliação e reabilitação por equipe multiprofissional (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico ortopedista ou fisiatra, entre outros), incluindo órteses, próteses ou meios auxiliares de locomoção.
	Pessoas em acompanhamento terapêutico individual ou em grupo na AB que precisam de suporte específico do CER para a continuidade do cuidado (avaliação especializada, orientação, OPM, entre outros)
AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL - REABILITAÇÃO INTELECTUAL/ DESENVOLVIMENTO	Pessoas com deficiência intelectual, alterações cognitivas, de linguagem ou TEA que precisam de reabilitação por equipe multiprofissional (fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e médico neurologista)
	Recém nascidos de alto risco para o desenvolvimento, conforme protocolo estabelecido
	Pessoas que se beneficiam da estratégia apoiador da pessoa com deficiência (APD)
	Pessoas em reabilitação na AB que precisam de suporte específico do CER para a continuidade do cuidado (avaliação especializada, orientação, APD)
AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL - REABILITAÇÃO VISUAL	Pessoas com suspeita/confirmação de baixa visão ou cegueira que precisam de intervenção multiprofissional em reabilitação visual (avaliação, terapias, recursos ópticos e acompanhamento)
	Pessoas com baixa visão ou cegueira que precisam de treino de orientação e mobilidade
AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL - REABILITAÇÃO AUDITIVA	Pessoas com suspeita/confirmação de deficiência auditiva que precisam de intervenção multiprofissional (diagnóstico, seleção e fornecimento de aparelho auditivo, terapia fonoaudiológica e acompanhamento)
	Pessoas com deficiência auditiva em reabilitação na AB que precisam de suporte e intervenção multiprofissional especializada

Tendo em vista que a reabilitação precoce em pacientes com lesões neurológicas recentes é capaz de potencializar o processo de neuroplasticidade, com intuito de restaurar o máximo possível a autonomia dos pacientes, e que casos pós-cirúrgicos e pós-traumas com sequelas ortopédicas também devem iniciar rapidamente a reabilitação a fim de garantir a funcionalidade e evitar a reincidência do quadro, é imprescindível que estes pacientes sejam encaminhados o mais rápido possível aos CER.

Desta forma, devem ser disponibilizadas vagas de **reserva técnica** no CER para utilização pela Regulação da Coordenadoria Regional de Saúde/Supervisão Técnica de Saúde, conforme pactuação e necessidade local, a fim de garantir que não exista espera para os **pacientes prioritários**, que precisam **iniciar seu processo de reabilitação nos primeiros 6 meses**. Sendo:

- Acidente Vascular Encefálico – AVE;
- Traumatismo Cranioencefálico – TCE;
- Lesão Medular;
- Distrofias Neuromusculares;
- Amputação de membros;
- Pós operatórios ortopédicos e/ou fraturas ortopédicas recentes;
- Bebês de alto risco identificados pela UBS e não encaminhados a partir da maternidade;
- Outras deficiências mediante discussão da equipe do CER e do serviço de saúde.

Além da Reserva Técnica, os CER de referência do território e hospitais deverão dispor de **agendas para discussão dos casos** com previsão de alta e necessidade de reabilitação nos CER em tempo oportuno. Equipes das UBS, EMAD deverão ser envolvidas para acompanhamento compartilhado. (Protocolo desta ação no anexo IV).

Além deste fluxo, foi pactuado com o Mãe Paulistana que os bebês de alto risco ou com deficiência já estabelecida fossem **agendados diretamente das maternidades** para os CER e para as UBS, via regulação deste programa.

**São considerados alto risco para avaliação direta nos CER:**

#### **RISCOS BIOLÓGICOS**

- Encefalopatia hipóxico isquêmica moderada e grave e/ou APGAR 5º minuto <6  
CID: P21.0;
- Muito baixo peso ( $\leq 1500g$ ) CID: P07.0;
- Permanência em UTI por mais de 5 dias CID: Z51.9;

- Ventilação extracorpórea ou assistida CID: P22;
- Hemorragia Ventricular CID: P52.0;
- Hiperbilirrubinemia com exasanguíneo transfusão CID: P57.0;
- Meningite bacteriana CID: G00.9;
- Síndrome Alcoólica Fetal CID: Q86.0;
- Falha na triagem auditiva neonatal
- Infecções congênitas (Rubéola, Citomegalovírus, Toxoplasmose, Herpes, Sífilis).  
SMS tem protocolo específico para os casos de Sífilis, os quais devem ser de conhecimentos de todos os profissionais.

*“Todos os casos de sífilis congênita devem ser contrarreferenciados pelas maternidades para a Unidade Básica de Saúde (UBS) e para o Centro Especializado em Reabilitação (CER) de referência da moradia logo no primeiro mês de vida. Os retornos no CER deverão ser aos 6, aos 9, aos 12, aos 18 e aos 24 meses de idade para acompanhamento pela equipe multiprofissional. No caso de identificação de atraso de desenvolvimento, o CER irá intensificar os atendimentos terapêuticos. Os casos de sífilis tardia que necessitem de uma atenção especializada também deverão ser encaminhados ao CER. O acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico deve ser semestral e realizado por dois anos. O RN exposto à sífilis materna deve ser contrarreferenciado pela maternidade para seguimento na UBS”*

(Protocolo de Sífilis, página 35 – disponível em [Protocolo Sífilis Vertical.pdf \(prefeitura.sp.gov.br\)](http://www.prefeitura.sp.gov.br/Protocolo%20Sifilis%20Vertical.pdf))

#### **RISCOS ESTABELECIDOS**

- Síndrome de Down CID: Q90;
- Síndromes Genéticas CID Q89;
- Paralisia Cerebral CID: G80;
- Malformações do SNC/Anomalias Craniofaciais CID Q07;
- Alterações auditivas / visuais CID Q16; CID Q15;
- Paralisia braquial obstétrica CID P 14.3.

Ressaltamos que, nos casos encaminhados diretamente do hospital, cabe aos CER o contato com a UBS de referência da moradia para articulação e/ou continuidade do cuidado.

Caso este encaminhamento não tenha sido realizado a partir da maternidade, cabe às eMulti a avaliação e análise quanto a intervenção ou encaminhamento ao CER via vaga de reserva técnica.

Os bebês de alto risco deverão ser avaliados e acompanhados em todos os CER, independente da modalidade de reabilitação.

No caso do atendimento aos bebês que **falharam na triagem auditiva**, as vagas de avaliação multiprofissional deverão ser estruturadas na agenda local e o CER deverá abrir APAC de avaliação de diagnóstico diferencial em deficiência auditiva para todos os bebês, independente da confirmação da perda de audição.

Vagas específicas para fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, poderão ser abertas nos CER conforme análise da demanda territorial e deverão ocorrer preferencialmente em grupos, com tempo máximo de intervenção de 6 meses de acordo com os protocolos estabelecidos, devendo os usuários retornar à UBS para a continuidade do cuidado. O CER poderá ofertar, ainda, vagas de fonoaudiologia-audiologia para exames. **Todas estas vagas, porém, não serão computadas na meta de casos novos do CER.**

## PROCESSO DE TRABALHO

O CER deve integrar a rede de saúde do território, constituindo como ponto de referência para a pessoa e sua família no processo de reabilitação. Isto não significa que a pessoa deve ficar em terapia no CER durante toda a vida, mas sim que o serviço precisa estar aberto para o acolhimento, intervenções no tempo oportuno e na intensividade necessária.

O trabalho no CER precisa ser feito de forma integrada e multiprofissional, sendo fundamentais as ações de articulação com outros pontos da rede para a definição de estratégias conjuntas que possibilitem a inclusão e participação social da pessoa com deficiência.

A equipe precisa ser acessível, escutar as demandas da pessoa com deficiência e sua família e se comprometer com o cuidado, fornecendo o suporte necessário para o acompanhamento dos usuários e das demandas que poderão surgir ao longo da vida, como cirurgias, OPM, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, processo de envelhecimento, entre outros.

### Os CER devem estruturar seus atendimentos de forma a realizar:

- **Avaliação multiprofissional em reabilitação:** avaliação pela equipe multiprofissional nas áreas de reabilitação física, intelectual, auditiva e visual, alicerçada nos conceitos da CIF e nos conhecimentos específicos dos diferentes profissionais da equipe. Esta avaliação deve ocorrer no dia do primeiro atendimento, por no mínimo 3 profissionais, após o acolhimento inicial. Recomenda-se que em seguida os profissionais envolvidos definam, em conjunto, as condutas iniciais de intervenção;
- **Elaboração, desenvolvimento e monitoramento do PTS** (anexo I), contendo estratégias de ações para habilitação e reabilitação, estabelecidas a partir das necessidades singulares, considerando fatores clínicos, emocionais, ambientais, familiares e sociais envolvidos, bem como o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, é importante a definição de profissional ou equipe de referência para o caso e sua revisão periódica. Recomenda-se que o PTS seja reavaliado e discutido com os profissionais envolvidos e família a cada 3 meses;
- **Terapia individual;**
- **Terapia em grupo/ oficinas terapêuticas;**
- **Apoio e orientação para a realização de atividades de vida diária e instrumentais de vida diária (AVD e AIVD);**
- **Atendimento compartilhado;**

- **Prescrição, adaptação e fornecimento de recursos e dispositivos de Tecnologia Assistiva:** meios auxiliares de locomoção, órteses, aparelhos auditivos, entre outros;
- **Atendimento à família e grupo de pais/cuidadores;**
- **Atendimento domiciliar/institucional:** visitas e intervenções nos domicílios e instituições, de forma articulada ao atendimento domiciliar realizado pela Atenção Básica ou pelas equipes de EMAD/EMAP quando necessárias ao processo de reabilitação, como adaptação do ambiente físico e social, orientação e mobilidade e prescrição de OPM;
- **Estimulação Precoce (Intervenção Oportuna):** atendimento multiprofissional de crianças com alto risco/atraso/distúrbio do desenvolvimento neuropsicomotor, visando intervir o mais cedo possível na aquisição e desenvolvimento das habilidades motoras, sensoriais, cognitivas, emocionais e sociais. No caso dos bebês de alto risco, o acompanhamento deverá ocorrer pelo menos nos dois primeiros anos de vida da criança, sendo a periodicidade de atendimento estruturada conforme a evolução e necessidade de cada um;
- **Plantão de OPM:** horário para acolhimento dos pacientes do CER que estão com dúvida, dificuldade de utilização de sua OPM ou com possível necessidade de reposição, com periodicidade mínima quinzenal;
- **Reunião de equipe:** estratégia fundamental para integração da equipe, discussão de casos, compartilhamento de saberes e responsabilidades, aprimoramento técnico e integração das ações realizadas;
- **Identificação dos casos de violência** familiar e externa, com intervenção articulada na Rede e notificação no SINAN;
- **Apoio matricial:** apoio à Atenção Básica, Especializada e Hospitalar do território, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. O mesmo poderá ser realizado por duplas de referência do serviço de reabilitação em cada UBS ou equipamento de saúde do território para discussão de casos, avaliações compartilhadas, efetivação de PTS conjuntos. Recomenda-se discussões mensais para alinhamento entre as equipes dos diferentes equipamentos de saúde; (ficha matriciamento anexo I)
- **Ações de articulação de redes,** tais como a participação no Fórum da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no território, participação nos comitês de sífilis, aproximação com CEFAL, CRAS/CREAS, residências inclusivas, clubes-escolas e demais equipamentos, visando ampliar o alcance do cuidado, a detecção oportuna, inclusão social e a qualidade de vida da pessoa com deficiência e suas famílias.

Numa perspectiva de construção de linha de cuidado humanizada, é importante que o serviço se organize para que o acolhimento, entrevista inicial, avaliação e conduta ocorram no mesmo dia, sempre que possível.

Ao chegar no CER para **avaliação multiprofissional**, o usuário deverá ser atendido pela equipe, de forma individual ou em grupo. O processo de avaliação multiprofissional é composto por um momento de acolhimento, em que é realizada a escuta qualificada, levantamento dos principais aspectos da história da pessoa e da sua deficiência, estabelecido o primeiro vínculo e apresentado o serviço. Estas informações servirão de base para o direcionamento do caso e definição de avaliações específicas. A composição da equipe que fará esta avaliação multiprofissional deverá considerar a modalidade de reabilitação agendada, sendo importante a presença do médico e enfermeiro junto aos demais profissionais da equipe.

As observações e informações colhidas, bem como as avaliações específicas realizadas, serão **discutidas pela equipe**, de forma a se definir condutas terapêuticas ou a necessidade de avaliações complementares e de se estruturar o **PTS**.

Nos anexos constam fichas construídas para o levantamento de informações (entrevista inicial), avaliações específicas, bem como instrumentos validados, fichas de PTS e Alta.

Os profissionais do CER deverão organizar sua agenda de forma a realizar **atendimentos individuais e em grupo**, e sempre que necessário, utilizar a estratégia de avaliações/atendimentos domiciliares e visitas institucionais. As agendas programadas devem possibilitar que:

- O usuário realize mais de uma terapia no mesmo dia, se esta for sua necessidade;
- As terapias de cada especialidade ocorram uma ou mais vezes por semana, conforme PTS estabelecido;
- Os pacientes sejam agendados preferencialmente em horários que facilitem a dinâmica familiar, retorno ao trabalho, horário escolar, visando assim diminuir o índice de absenteísmo e favorecer a adesão ao projeto terapêutico;
- O serviço não tenha filas internas que interfiram no processo de reabilitação da pessoa.
- A agenda também precisa conter ações para suporte às famílias, seja no momento do diagnóstico ou para acolhimento de demandas que surjam no decorrer do processo terapêutico. Ressaltamos que familiares e cuidadores desempenham um papel fundamental no cuidado, devendo ser valorizados seu olhar e observações na elaboração do PTS. É indispensável que seja construída uma relação de confiança

entre profissionais com estas famílias/cuidadores, de forma a escutar suas demandas, acolher as angústias, respeitando sempre as diferenças, a organização familiar e elementos culturais.

A **revisão sistemática do PTS** deve acontecer para que as equipes possam reavaliar o processo terapêutico, traçar novas condutas e programar a alta, conforme os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

Ressaltamos que o objetivo do processo de reabilitação no CER é a melhoria da funcionalidade da pessoa, ação que precisa estar integrada ao processo de inclusão social, autonomia e participação.

Desta forma, ações de **matriciamento** na rede, intervenções compartilhadas ou complementares em outros serviços, articulação com equipamentos de outros setores precisam fazer parte destas intervenções. A inclusão escolar, o emprego apoiado e a participação nos diversos espaços da comunidade precisam compor o processo de reabilitação da pessoa no território, constituindo-se como oportunidade para que fortaleçam suas capacidades, desenvolvam habilidades e exerçam seu protagonismo.

Mesmo após a alta, o CER deve continuar acolhendo esta pessoa, sendo referência para escuta e intervenções pontuais, como uma troca ou ajuste de OPM, facilitando os fluxos de cuidado para a pessoa com deficiência e sua família.

Além do processo específico de reabilitação e cuidado à pessoa e sua família, cada CER, enquanto referência em reabilitação para uma STS, definirá estratégias para suporte às UBS do território, assim como hospitais, residências inclusivas ou outro equipamento.

Sugerimos, assim, a definição de uma dupla de referência do CER, que será responsável pela articulação com esses serviços, avaliações compartilhadas, identificação de casos prioritários para reabilitação. Deverá, ainda, se responsabilizar pela disseminação do olhar inclusivo para a deficiência na unidade básica e pela articulação da continuidade do cuidado, durante e pós reabilitação no CER. Cada CER, desta forma, deverá definir uma parte da carga horária dos profissionais para esta ação. Nas regiões ou unidades com eMulti, esta ação deverá ser articulada com estes profissionais.

Para garantir o cuidado dos usuários que mudam de território durante o processo de reabilitação, os mesmos deverão ser contra referenciados para o CER de referência de seu novo domicílio. Esta transferência poderá ser feita através de matriciamento entre os serviços, não sendo necessário entrar novamente na fila de espera.

Além destas atribuições, outras ações deverão ser realizadas conforme as modalidades de reabilitação do serviço.

## **ATRIBUIÇÕES POR MODALIDADE:**

### **Modalidade Auditiva**

O processo terapêutico da reabilitação auditiva no CER tem por objetivo realizar o diagnóstico e as intervenções cabíveis para minimizar os impactos de uma perda de audição na vida da pessoa.

Desta forma a população alvo para este tipo de reabilitação são pessoas com perda de audição, suspeita de perda auditiva ou queixas otológicas que requerem um diagnóstico e uma intervenção da equipe multiprofissional.

É essencial que o serviço disponha de profissionais com conhecimento em LIBRAS visando maior acolhimento, desenvolvimento da linguagem e comunicação e maior interação e participação social.

Atribuições específicas:

- Avaliação/consulta e tratamento otorrinolaringológico;
- Avaliação audiológica adulto e infantil;
- Diagnóstico da perda de audição;
- Prescrição, moldagem, seleção, dispensação e adaptação de aparelhos auditivos;
- Acompanhamento do uso do aparelho auditivo;
- Avaliação e terapia fonoaudiológica para pessoas com deficiência auditiva;
- Intervenções da equipe multiprofissional do CER;
- Orientações e suporte às famílias/cuidadores;
- Orientações às escolas, SAICAS, Residências Inclusivas e outros equipamentos da Rede;
- Monitoramento da audição de bebês de alto risco para perda auditiva;
- Suporte técnico às equipes da AB para ações de prevenção, identificação das pessoas com deficiência auditiva e acompanhamento do uso de aparelho auditivo e participação na comunidade.

**Modalidade Física:**

O processo terapêutico da reabilitação física no CER tem por objetivo maximizar as funções e habilidades de pessoas com alterações completas ou parciais de um ou mais segmentos do corpo que interferem na execução das AVD e AIVD, mobilidade e na coordenação motora, visando maior autonomia, independência, participação e inserção na sociedade.

Desta forma a população alvo para este tipo de reabilitação são pessoas com sequelas neurológicas como AVE, TCE, lesão medular, pessoas com doenças degenerativas como as distrofias musculares, esclerose múltipla e esclerose lateral amiotrófica (ELA), com alterações ortopédicas decorrentes de traumas, pós operatórios e amputações, pessoas com malformação congênita, paralisia cerebral, mielomeningocele e outras deficiências motoras.

**Atribuições específicas:**

- Avaliação pela equipe multiprofissional;
- Avaliação neurológica, ortopédica e/ou fisiátrica;
- Avaliação de enfermagem;
- Estabelecimento de diagnóstico;
- Atendimento pela equipe multiprofissional do CER;
- Avaliação, reabilitação e orientação em disfagia;
- Avaliação, prescrição, tirada de medidas e dispensação de cadeiras de rodas, banho e adequação postural, órteses, calçados, palmilhas, andadores, próteses, entre outros;
- Treino e acompanhamento do uso de OPMs;
- Confecção de órteses de membros superiores;
- Adaptação de Tecnologias Assistivas;
- Fortalecer o desenvolvimento de habilidades para execução de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD);
- Suporte técnico às equipes da atenção básica para ações de prevenção, identificação das pessoas com deficiência física e acompanhamento do uso de OPM e participação na comunidade;
- Orientações e suporte às famílias/cuidadores;
- Orientações às escolas, SAICAS, Residências Inclusivas e outros equipamentos da Rede.

**Modalidade Intelectual:**

O processo terapêutico da reabilitação intelectual no CER tem por objetivo desenvolver ou aprimorar funções e habilidades linguísticas, cognitivas, de autocuidado, vida doméstica e nos diversos espaços da comunidade, visando maior autonomia, independência, participação e inserção na sociedade.

Desta forma a população alvo para este tipo de reabilitação são pessoas com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldade de comunicação e interação social como pessoas com deficiência intelectual, transtorno do espectro do autismo, entre outras.

Atribuições específicas:

- Avaliação pela equipe multiprofissional;
- Diagnóstico: poderá ser realizado de forma compartilhada com outros serviços de saúde;
- Estimulação precoce;
- Atendimento individual, em grupo e/ou em oficinas terapêuticas pela equipe multiprofissional do CER;
- Fortalecer o desenvolvimento de habilidades para execução de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD);
- Suporte técnico às equipes da atenção básica para ações de prevenção, identificação das pessoas com deficiência intelectual e sua participação na comunidade;
- Orientação e suporte às famílias/cuidadores;
- Orientações e intervenções compartilhadas e complementares às realizadas pelas equipes de outros setores em escolas, SAICAS, Residências Inclusivas e outros equipamentos da Rede;
- Avaliação e acompanhamento pela equipe da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência- APD.

Ressaltamos que foi elaborado documento sobre a linha de cuidado das pessoas com TEA e suas famílias, aprofundando a atenção integrada a estas pessoas dentro da Rede.

Este documento consta no link:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=338980](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=338980)

**Estratégia apoiador da pessoa com deficiência – APD:**

A Estratégia Apoiador de Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual tem por objetivo propor e executar projetos terapêuticos no território junto às pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, de forma articulada à rede de serviços, a fim de ampliar a autonomia, protagonismo, cuidado em saúde, participação, suporte social e de evitar processos de exclusão, marginalização e institucionalização.

**Objetivos específicos**

- Ampliar o acesso e favorecer a permanência e vinculação das pessoas com deficiência intelectual nos diversos equipamentos, serviços e ações de saúde no território de moradia, possibilitando processos de inclusão;
- Desenvolver ações que contribuam para a criação, manutenção e fortalecimento de vínculos familiares e sociais;
- Promover, estimular e favorecer a funcionalidade das pessoas com deficiência, tendo como base os domínios da CIF: aprendizagem e aplicação de conhecimento; comunicação; mobilidade; cuidados pessoais; vida doméstica; educação, trabalho e vida econômica; relações e interações interpessoais, vida comunitária, social, cultural e política;
- Contribuir para a reorganização da dinâmica familiar, de forma a estimular a cooperação de todos no cuidado à pessoa com deficiência;
- Identificar barreiras e facilitadores à execução de atividades e participação das pessoas com deficiência, sejam estes relacionados ao ambiente, atitudes, apoios e relacionamentos, produtos e tecnologias ou serviços, sistemas e políticas (CIF);
- Prevenir agravos, promover a maior autonomia possível e desenvolver potencialidades da pessoa com deficiência;
- Articular e participar da construção e execução de projetos terapêuticos singulares junto aos equipamentos de saúde do território, família e pessoa com deficiência, incluindo a promoção da saúde dos familiares/cuidadores;
- Articular intra e intersetorialmente, discutir casos, oferecer apoio e realizar atendimentos compartilhados que contribuam para a participação da pessoa com deficiência em espaços terapêuticos, sociais, de lazer e trabalho;
- Identificar e contribuir para a quebra de práticas e posturas capacitistas no território, que reforçam estigmas e desumanizam pessoas com deficiência e seus familiares;
- Identificar, acionar e mobilizar serviços da rede em casos de violência e perda de garantias;
- Evitar, sempre que possível, processos de institucionalização, atuando de forma integrada à rede de proteção social para a garantia de direitos;

- Compor a RAS e rede intersetorial como apoio matricial e referência de área de saber, a fim de fortalecer sobretudo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

### **População Alvo**

Pessoas com deficiência intelectual nos diferentes ciclos da vida, independentemente da gravidade, que necessitam de suporte/apoio para o cuidado em saúde, bem como ampliação da autonomia, independência, protagonismo, participação social e fortalecimento da rede familiar e comunitária.

Considerações sobre a população alvo da estratégia:

- Visa beneficiar pessoas com deficiência intelectual em situações de vulnerabilidades, dificuldade em acessar a rede intra e intersetorial, bem como situações em que a família/comunidade necessita de apoio para o manejo;
- É importante que a família resida na área de abrangência de intervenção das equipes e que algum membro da família ou responsável legal esteja presente durante o processo de acompanhamento;
- A deficiência intelectual pode ser leve, moderada, grave, profunda ou ainda não especificada, sendo que os PTS devem considerar as diferentes necessidades das pessoas e suas famílias;
- Pessoas com suspeita de deficiência intelectual podem se beneficiar da estratégia, recebendo as intervenções necessárias e compondo o processo diagnóstico;
- A presença de outras deficiências associadas não inviabiliza o acompanhamento pela equipe, sendo mantidos os objetivos da estratégia, em composição com outros equipamentos da rede;
- No caso de transtornos mentais associados, quando há desorganização psicossocial, crises ou manifestações do transtorno que tornam difícil a intervenção da estratégia, é necessário o envolvimento da RAPS para intervenção prévia ou compartilhada;
- No caso de pessoas institucionalizadas em SAICAS, RI ou SRT a estratégia deve atuar de forma integrada aos profissionais destes equipamentos, desenvolvendo ações complementares às já previstas por cada um destes equipamentos e/ou constituindo-se como suporte matricial. No caso de institucionalização de casos acompanhados pelo APD, a equipe deve atuar de forma compartilhada com a equipe da instituição.

**A equipe é composta por:**

- 1 Coordenador de equipe; 1 Terapeuta Ocupacional; 1 Psicólogo; 1 Fonoaudiólogo e 6 a 10 acompanhantes da pessoa com deficiência.
- Deve contar ainda:
- Com apoio administrativo; transporte para acompanhamento de usuários que não conseguem se deslocar pelo sistema de transporte público e participação de outros profissionais do CER em discussões de casos, atendimentos compartilhados e complementares, conforme as necessidades identificadas para cada usuário.
- Estes profissionais são responsáveis pelos atendimentos de 80 a 120 pessoas por mês, a depender do número de acompanhantes da equipe.

**As diretrizes da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência – APD**

Equipe de saúde para inclusão e qualidade de vida, constam em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=349510](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=349510)

**Modalidade Visual:**

O processo terapêutico da reabilitação visual no CER tem por objetivo realizar o diagnóstico e as intervenções cabíveis para minimizar os impactos da deficiência visual no desenvolvimento global da pessoa e sua funcionalidade.

Desta forma a população alvo para este tipo de reabilitação são pessoas com baixa visão ou cegueira que requerem intervenção da equipe multiprofissional.

**Atribuições específicas:**

- Consulta e tratamento oftalmológico;
- Avaliação por equipe multiprofissional;
- Diagnóstico da perda da visão;
- Prescrição e adaptação de OPM visuais;
- Acompanhamento do uso das OPM visuais;
- Intervenções da equipe multiprofissional do CER;
- Orientação e Mobilidade;
- Apoio para utilização de recursos assistivos;
- Fortalecer o desenvolvimento de habilidades para execução de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD);
- Orientações e suporte às famílias;

- Orientações às escolas, SAICAS, Residências Inclusivas e outros equipamentos da Rede;
- Suporte técnico às equipes da atenção básica para ações de prevenção, identificação das pessoas com deficiência visual e acompanhamento do uso de OPM visual e participação na comunidade.

### **Múltiplas deficiências:**

A estruturação dos CER integrando várias modalidades de reabilitação contribui para o diagnóstico e intervenção adequados conforme necessidade de cada pessoa. Esta integração é especialmente importante no caso das pessoas que apresentam mais de uma deficiência.

### **Recursos terapêuticos complementares:**

Para além das ações presentes nas diversas modalidades de reabilitação, alguns CER dispõem de outros recursos terapêuticos, estruturados de forma a potencializar as intervenções em andamento nos CER, sendo estes:

- Sala de recursos sensoriais;
- Recurso de reabilitação virtual;
- Terapia robótica para MMSS;
- Fisioterapia aquática;
- Toxina botulínica.

Para estas ações, foram estruturados protocolos específicos (anexos IV) sendo que os serviços que dispõem destes recursos devem se constituir como referência para outros CER da cidade que ainda não dispõem destas estratégias terapêuticas.

Como são **complementares, estes recursos irão compor o PTS do usuário**, devendo o mesmo estar em processo de reabilitação no CER de origem.

Nestas situações, é indispensável a articulação dos serviços para a estruturação de PTS integrados e reavaliações periódicas.

**Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção – OPM:**

Tecnologia Assistiva é "uma área do conhecimento, de característica 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" (Comitê de Ajudas Técnicas - CAT da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Ata da Reunião VII, SDH/PR, 2007).

As órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), desta forma, constituem Produtos Assistivos (PA) essenciais ao processo de reabilitação, sendo atribuição dos CER a avaliação, prescrição, dispensação, treino, acompanhamento do uso e manutenção dos produtos.

Os termos da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e da Portaria 1.272/13, que institui a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência, incluem o fornecimento de OPM na tabela de procedimentos do SUS.

Segundo as Diretrizes do Ministério da Saúde, para que se possa prescrever, confeccionar e avaliar o real benefício de uma OPM, é necessário que se tenha conhecimento dos aspectos relacionados ao indivíduo (cognitivos e emocionais) e ao ambiente (fatores físicos, sociais ou atitudinais que facilitem ou limitem a funcionalidade), da anatomia funcional do segmento, dos aspectos clínicos da patologia, do material e características de confecção da OPM. Para que os objetivos sejam alcançados, é fundamental que as prescrições sejam realizadas de maneira criteriosa e individualizada, considerando não apenas as condições físicas, mas também respeitando as demandas e expectativas do usuário/família.

**OPM Física:**

O processo se inicia através da Avaliação Multiprofissional em Reabilitação Física no CER, em que a equipe identifica as necessidades de reabilitação e qual a OPM mais adequada para cada usuário, iniciando, assim, o processo de concessão do equipamento.

Quando detectada a necessidade de OPM pela eMulti ou EMAD, cada serviço poderá articular com essas equipes a melhor forma para acolhimento dos pacientes e

dispensação da OPM. Outras demandas levantadas pelo usuário nessa avaliação deverão ser acolhidas pela equipe do CER.

É fundamental que não tenham solicitações paralelas em outro serviço para que não ocorra duplicidade de compras e/ou solicitações. Compete ao serviço solicitante realizar a busca no Sistema SIGA Saúde para confirmar que a OPM Física não foi solicitada por outro serviço.

Determinados dispositivos, tais como, cadeira de rodas adaptadas, órteses de membros inferiores, coletes, dentre outros, são fornecidos em CER específicos, denominados pólos de referência, em função da necessidade da presença de empresa contratada, que estrutura uma mini oficina no serviço e participa da avaliação, prova e entrega do equipamento. Identificada a necessidade destas OPM pelo CER de origem, desta forma, o usuário é encaminhado para avaliação no pólo. As equipes dos pólos são constituídas por profissionais de diferentes CER do território, os quais são responsáveis por realizar nova avaliação física, medição e prescrição destes equipamentos. Ao efetuar o agendamento para início do processo, é imprescindível que seja enviada anamnese/prescrição contendo informações relevantes ao caso, as quais podem interferir na prescrição realizada pelo profissional do polo.

Em agosto de 2020 foi publicado pela Área Técnica da Pessoa com Deficiência da SMS o documento “Diretrizes para indicação e reposição de cadeira de rodas, cadeira de banho, adequação postural e almofada no Município de São Paulo” (Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/pessoa\\_com\\_deficiencia/index.php?p=16314](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314))

Órteses de membros superiores deverão ser confeccionadas no próprio serviço por terapeuta ocupacional capacitado, de acordo com a demanda do usuário.

Referente às próteses de membros inferiores, todas as pessoas que foram submetidas a amputação devem ser avaliadas pelo CER para iniciar o processo terapêutico. Caso possua liberação médica, condições clínicas, motoras e cognitivas para protetização, o serviço deverá solicitar a prótese ou encaminhar para avaliação específica (anexo VI consta o protocolo AACD). A equipe deverá acompanhar todo o processo, incluindo as fases pré e pós protética, realizando os treinos pertinentes a cada etapa.

Referente aos calçados e palmilhas, no anexo XIII constam as diretrizes complementares para avaliação, prescrição e concessão destes equipamentos no CER.

### OPM Auditiva:

O processo se inicia por meio da Avaliação Multiprofissional em Reabilitação Auditiva no CER, onde é realizado o diagnóstico da audição mediante consulta com o médico otorrinolaringologista e avaliação audiológica pelo fonoaudiólogo. Confirmada a perda auditiva que requer o uso de aparelho auditivo ou sistema de frequência modular, é realizado o pré molde e o usuário agendado para sua seleção. Consulta com psicólogo, assistente social e/ou avaliação de linguagem com fonoaudiólogo também integram este processo.

As diretrizes para esta seleção e dispensação, bem como os critérios de indicação e contra-indicação, exames a serem realizados para o diagnóstico nas diversas faixas etárias e reposição de AASI constam no documento do Ministério da Saúde, informações estas que precisam ser conhecidas pelos profissionais envolvidos nesta modalidade de reabilitação. (Apêndice A página 101, disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_reabilitacao\\_auditiva\\_fisica\\_intelectual\\_visual.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf))

Pela tabela SUS, os aparelhos são classificados por tipo de tecnologia. A definição da tecnologia está relacionada às necessidades específicas de cada pessoa. Como parâmetro para planejamento financeiro, o Ministério da Saúde estimou, em 2004, um percentual por tipo de tecnologia. O Município de São Paulo, acompanhando a produção dos serviços e com base de discussão entre os envolvidos, procedeu, em dezembro de 2008, ajuste no parâmetro inicialmente definido pelo Ministério da Saúde, conforme abaixo, que deverá continuar sendo seguido pelos CER:

Parâmetro	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Ministério da Saúde	50%	35%	15%
AJUSTE SMS/SP	35%	50%	15%

Vale ressaltar que todo o processo de avaliação, prescrição, aquisição, entrega e adaptação das OPM físicas e auditivas deve ser acompanhado pela equipe técnica e administrativa, as quais são responsáveis por gerar a Ordem de Fornecimento e monitorar o processo até sua finalização. Nos casos em que o usuário é encaminhado para agendamento em outro serviço de referência, a unidade solicitante deverá acompanhar periodicamente, evitando assim perda primária das vagas. Caso o serviço não consiga contato com o usuário para informá-lo sobre a data do agendamento, é preciso que se faça busca ativa através da UBS de origem. Após 03 (três) tentativas sem sucesso, o **agendamento** deverá ser cancelado com justificativa no SIGA. Caso o usuário não

compareça em 02 (dois) agendamentos sem justificativa, o mesmo também deverá ser inativado da fila de espera, e se houver APAC, a mesma deverá ser cancelada.

No caso de transferência de usuários entre serviços, é importante um Termo de Transferência (anexo III), com relatório das ações realizadas.

Após a entrega do equipamento, compete à equipe solicitante observar os pontos que precisarão ser trabalhados para otimizar e/ou favorecer o uso do equipamento, orientar usuário e/ou família quanto aos cuidados para conservação/manutenção do equipamento, manuseio, e, se necessário, agendar retornos para treinos específicos, orientações ou terapias.

Ressaltamos, aqui, que a dispensação da OPM é parte do processo de reabilitação, sendo essencial a garantia do processo terapêutico conforme a necessidade da pessoa.

Em casos de não comparecimento do usuário para a **retirada** do equipamento após 2 contatos telefônicos e busca ativa, seja por mudança de estado/município ou motivo de óbito, a APAC deverá ser cancelada, e identificado outro usuário que se beneficie do equipamento. Neste caso, o CER deverá digitar nova solicitação de APAC no sistema e inserir uma folha de informação no SEI com o novo número da APAC e a justificativa da transferência. Sempre que possível, também deverá ser preenchido o Termo de Transferência pelo paciente/família, contendo informações de registro e concordância com a dispensação do item a outro usuário. As informações devem constar nos prontuários dos usuários.

Em crianças pequenas é o processo terapêutico que garantirá o uso efetivo da OPM, melhor funcionalidade e desenvolvimento. A família precisa estar integrada e responsabilizada ao processo, ter suas dúvidas esclarecidas quanto ao uso do equipamento e ser orientada sobre formas e estratégias para otimizar o desenvolvimento da criança, contribuindo para maior autonomia e participação social.

Independente da faixa etária, os usuários precisam ser orientados ao comparecimento no Plantão de OPM para revisão e esclarecimentos sobre o equipamento, evitando seu abandono. Todos os atendimentos realizados no plantão deverão ser registrados com procedimentos de manutenção de OPM de acordo com o equipamento:

- 07.01.01.019-3 - MANUTENÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO;
- 07.01.02.058-0 - MANUTENÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA;
- 07.01.03.030-5 - MANUTENÇÃO/ ADAPTAÇÃO DE OPM AUDITIVA.

A descrição de cada procedimento acima consta no anexo IX. Ressaltamos que os ajustes realizados pelas empresas em equipamentos já entregues também deverão ser registrados neste procedimento.

Compete ainda aos CER monitorar sua fila de espera constantemente através de requalificação, com objetivo de evitar que usuários aguardem pelo dispositivo por um período prolongado ou que sejam efetuadas compras e agendamentos desnecessários.

## **ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DO CER:**

### **Gerência:**

- Atuar sob orientação da CRS/STS e conforme as diretrizes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e da Secretaria Municipal de Saúde;
- Assegurar o funcionamento da unidade, visando atendimento humanizado e com qualidade ao usuário do serviço;
- Identificar necessidades e implementar ações com vistas à garantia da acessibilidade física, atitudinal e de comunicação na unidade e em seu entorno, articular com parceiros, STS e CRS para que estas sejam viabilizadas;
- Assegurar a elaboração e cumprimento das agendas dos profissionais;
- Zelar pela organização do SAME e monitorar o registro dos atendimentos realizados em prontuário;
- Garantir a produção e a alimentação regular dos Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo, de acordo com os diversos procedimentos da tabela SIASUS/SIGTAP e os criados pelo município (anexo IX);
- Planejar e monitorar o registro da produção realizada pela equipe técnica;
- Acompanhar indicadores quantitativos e qualitativos;
- Implantar e promover reuniões do Conselho Gestor, com a participação de usuários e profissionais, assim como implantar comissão de prontuário e o NPV na unidade;
- Realizar a gestão humanizada e democrática da equipe de trabalho;
- Promover o estabelecimento e manutenção de parcerias, visando ampliar a rede de serviços para atendimento à pessoa com deficiência;
- Identificar junto à equipe necessidade de ações de educação permanente e liberar os profissionais para realização de cursos e capacitações ofertadas pela SMS SP;
- Desencadear ações com vistas à regularidade do abastecimento de materiais de consumo e manutenção dos equipamentos permanentes;
- Monitorar, junto à equipe, a otimização do uso dos espaços físicos;
- Gerenciar o uso do veículo fornecido ao CER pelo MS;

- Promover e coordenar reuniões semanais com a equipe para dividir tarefas e avaliar o funcionamento do serviço;
- Garantir e monitorar ações de matriciamento com a UBS e outros serviços da rede intra e intersetorial, especialmente para os casos de maior complexidade;
- Participar das reuniões da Supervisão, Coordenadoria e AT de Saúde da Pessoa com Deficiência/SMS;
- Garantir junto à equipe o cumprimento dos fluxos e processos administrativos internos e externos, relativos à OPM:
  - APAC (laudo, autorização, execução e faturamento dos procedimentos);
  - Abertura e acompanhamento dos processos de compra de OPM no SEI, assim como sua finalização;
  - Controle de prazos das ordens de fornecimento, recebimento das OPM solicitadas, conferência das OPM e notas fiscais, atestes para envio a SMS;
  - Guarda de OPM disponibilizada para teste e as que serão dispensadas aos usuários;
  - Controle dos pedidos de molde, aparelhos intraaurais...;
  - Atualização da planilha de controle financeiro.
- Acompanhar as ações de reabilitação realizadas, dando suporte ao RT para que a intervenção seja multiprofissional, na intensividade e especificidade requerida para cada usuário, evitando filas internas e otimizando o processo de reabilitação;
- Acompanhar as ações de diagnóstico e intervenção precoce nos casos de falhas da TANU e RN de alto risco, controlar este processo e monitorar a realização de busca ativa quando necessário;
- Monitoramento das filas de espera no SIGA;
- Levantar e acompanhar a satisfação do usuário, por amostragem, mediante aplicação de questionário (anexo X);
- Acolher e tratar as demandas relativas ao ouvidor SUS;
- Acompanhar os processos no SEI referente a sua unidade, se atentando aos prazos estabelecidos e qualidade técnica dos relatórios elaborados pela equipe;
- Orientar e acompanhar o cadastramento das PcD no SIGA Saúde;
- Manter o CNES da unidade atualizado;
- APD: Acompanhar o processo de trabalho da estratégia conforme documento norteador.

**Responsabilidade Técnica:**

- Atuar de forma articulada ao Gerente na promoção de uma linha de cuidados que integre as diferentes intervenções, mas também considere as especificidades de cada tipo de deficiência, já que cada CER terá 1 responsável técnico por modalidade de reabilitação;
  - O RT escolhido deverá ter conhecimento técnico específico para as ações sob sua responsabilidade.
- Propiciar reuniões técnicas de equipe com vistas à discussão de casos, elaboração, monitoramento e revisão de PTS;
- Zelar pela qualidade técnica de todos os procedimentos: exames, atendimentos e laudos;
- Avaliar e acompanhar os programas terapêuticos realizados, indicando à Gerência possíveis ajustes ou implementação de ações com vistas à qualidade técnica da atenção prestada, respeitando as necessidades dos usuários;
- Acompanhar as ações de diagnóstico e intervenção precoce nos casos de falhas da TANU e RN de alto risco, controlar este processo e monitorar a realização de busca ativa quando necessário;
- Zelar pelas ações de indicação, prescrição e fornecimento de OPM;
- Organizar, junto à gerência do serviço, os fluxos internos de dispensação de OPM;
- Identificar necessidade de educação permanente no CER;
- Garantir, em conjunto com o gerente, os processos administrativos internos e externos, relativos à OPM:
  - APAC (laudo, autorização, execução e faturamento dos procedimentos);
  - Abertura e acompanhamento dos processos de compra de OPM no SEI, assim como sua finalização;
  - Controle de prazos das ordens de fornecimento, recebimento das OPM solicitadas, conferência das OPM e notas fiscais, atestes para envio à SMS;
  - Guarda de OPM disponibilizadas para teste e as que serão dispensadas aos usuários;
  - Controle dos pedidos de molde, aparelhos intraaurais, demandas de ajustes, reparos e outras situações;
  - Manter atualizada a planilha de controle financeiro.
- Acompanhar e propor ações, em conjunto com a Gerência, para aprimoramento da organização e da qualidade do serviço.

**Profissionais de nível superior:**

- Trabalhar de acordo com as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Promover acessibilidade física, atitudinal e de comunicação;
- Trabalhar em equipe e em rede no território;
- Realizar acolhimento e escuta qualificada às necessidades das pessoas e suas famílias;
- Avaliar as pessoas a serem atendidas, considerando suas necessidades, potencialidades, barreiras e facilitadores, fatores ambientais e pessoais, atividades que realizam, participação social e expectativas;
- Elaborar Projeto Terapêutico Singular- PTS em conjunto com as pessoas, famílias e serviços, reavaliando-o periodicamente;
- Realizar ações de intervenção oportuna;
- Efetuar atendimentos terapêuticos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas, conforme as necessidades de cada usuário e seus familiares/cuidadores;
- Promover intervenções compartilhadas com outros profissionais;
- Realizar atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, concessão, adaptação, acompanhamento e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção;
- Realizar diagnóstico e intervenção precoce nos casos de falhas da TANU e RN de alto risco, controlar este processo e realizar busca ativa quando necessário;
- Garantir acesso imediato a revisão e acompanhamento de recursos de OPM;
- Estruturar agenda de plantão de OPM para suporte aos usuários do serviço;
- Informar os procedimentos realizados respeitando a tabela SUS (Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>.) e os procedimentos municipais criados (anexo IX);
- Evoluir os prontuários dos pacientes, a cada atendimento;
- Fornecer suporte às famílias e cuidadores da pessoa com deficiência e aos diversos espaços da comunidade, de forma a favorecer a inclusão da pessoa com deficiência;
- Participar de reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos e dinâmicas dos processos de trabalho;
- Dar suporte para os serviços de saúde e demais equipamentos do território, incluindo apoio para a construção e formação de redes de suporte social e integralidade do cuidado;
- Promover a articulação com serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, trabalho, entre outros, com vistas no cuidado compartilhado, inclusão, melhoria da qualidade de vida;

- Elaborar relatórios técnicos sempre que necessário, se atentando ao modelo apresentado no ANEXO XII, o qual deverá ser seguido sempre que houver solicitação de PTS.

Sendo a equipe técnica constituída por diferentes profissionais, é também atribuição realizar ações específicas pertinentes a sua formação profissional.

As atribuições específicas da equipe técnica e dos acompanhantes da estratégia APD constam no anexo IV, assim como os principais objetivos da estratégia. O documento norteador completo encontra-se disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/pessoa\\_com\\_deficiencia/index.php?p=16314](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314)

#### **Administrativo:**

- Fornecer suporte administrativo à equipe e coordenação do serviço
- Atuar na/o:
  - Recepção
  - Atualização do cadastro da pessoa com deficiência no SIGA
  - Agendamento presencial; contato telefônico para novas consultas, retorno e relativas à dispensação de OPM
  - Controle de faltas dos pacientes e organização de prontuários
  - Registro da produtividade no sistema (digitação e envio, atualização CNES);
  - Administração de recursos humanos
  - Regulação
  - Controle das OPM:
    - APAC (laudo, autorização, execução e faturamento dos procedimentos);
    - Abertura e acompanhamento dos processos de compra de OPM no SEI, assim como sua finalização;
    - Controle de prazos das ordens de fornecimento, recebimento das OPM solicitadas, conferência das OPM e notas fiscais, atestes para envio a SMS
  - Recebimento e conferência dos diversos materiais e equipamentos recebidos na unidade, com respectivo trâmite de documentação (notas fiscais, à contento);
  - Acompanhar, quando necessário, o paciente e sua família à sala de atendimento.

**Motorista:**

- Zelar pela guarda, uso, manutenção, limpeza e abastecimento do veículo;
- Registrar o itinerário e quilometragem de cada viagem;
- Transportar as pessoas com deficiência segundo as diretrizes da atenção humanizada;
- Dar suporte as ações envolvidas no transporte, tanto para embarque, deslocamento e desembarque.

**REGISTRO DO ATENDIMENTO:****Prontuário:**

O prontuário é documento único, que tem por objetivo o registro de todos os acontecimentos e situações referentes ao atendimento prestado, de forma a possibilitar a continuidade da assistência e a troca de informações entre os profissionais de saúde. Deve seguir as diretrizes de SMS e normativos dos respectivos conselhos federais.

Entre as diretrizes de registro em prontuário, cabe salientar:

- As informações contidas no prontuário pertencem ao usuário ou ao responsável legal respeitando os preceitos éticos, e ficam sob a guarda da unidade de saúde, podendo ser fornecida uma cópia mediante solicitação do usuário, seu responsável ou por ordem judicial.
- Todos os usuários deverão ter prontuário único, devidamente preenchido.
- O registro de todos os atendimentos, informações fornecidas, procedimentos (solicitações e resultados de exames, visitas domiciliares, grupos), faltas, alta e contra referência deve constar do prontuário ou anexados ao mesmo quando as anotações forem feitas em outros impressos, devendo igualmente ser: datados, assinados, carimbados com a especificação do nº do Conselho de Classe.
- Anexar ao prontuário os termos de recebimento de OPMs (anexo III), assinado pelo profissional que realizou a entrega e assinado pelo responsável ou paciente que recebeu o equipamento.

Os prontuários devem ser evoluídos após cada atendimento, ainda que em grupo, sendo registradas informações sobre o estado geral da pessoa, queixas apresentadas, informações importantes referidas pelo usuário e condutas adotadas pelo profissional, mesmo que sejam mantidas as intervenções realizadas em terapias anteriores. Exames e informações complementares devem ser anexadas ao prontuário.

Para a integração de informações, é importante que todos saibam por quais profissionais o paciente está sendo acompanhado. O registro do prontuário, portanto, deve ser sequencial, de forma a conferir cronologia aos atendimentos realizados na unidade, independentemente da especialidade consultada.

As informações devem ser legíveis, sem rasura e à caneta. Cada atendimento deve ser datado, assinado e carimbado (ou referido o nº do Conselho Regional) pelo profissional responsável pelo atendimento.

No caso de prontuário eletrônico devem ser seguidas as mesmas orientações.

Cabe ressaltar, por fim, que a SMS vem trabalhando para a estruturação de um sistema de informações visando conhecer e monitorar o perfil epidemiológico da população atendida e as ações do serviço. Enquanto este se concretiza, sugerimos registrar informações relativas a casos novos, origem da demanda, tempo de permanência dos usuários no serviço, CID e tipos de deficiência atendidos, dispensa de OPM, incluindo órteses de membro superior, profissionais envolvidos no atendimento. A ficha de entrevista inicial (anexo I) contém informações para monitoramento destas informações.

#### **Registro dos procedimentos:**

O Ministério da Saúde dispõe de uma série de procedimentos constantes na tabela do SUS (anexo IX) para o registro da produção realizada. Estes permitem o apontamento e qualificação do tipo de intervenção realizada durante os atendimentos, sendo extremamente importante para monitorar as ações desenvolvidas pelos profissionais e a população atendida.

O registro de alguns procedimentos requer o cadastro da unidade como serviço especializado, o que poderá ser realizado pela própria unidade no sistema de informação.

Alguns procedimentos, contudo, requerem habilitação/autorização do Ministério da Saúde para serem executados.

Tendo em vista que a tabela do SUS permite apontar o tipo de intervenção realizada, orientamos que **o procedimento 03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) seja utilizado apenas nos casos de:**

- Consulta inicial/anamnese
- Reavaliações periódicas

- Consultas de orientações a pais, familiares e cuidadores, quando não realizadas durante a terapia

As orientações dispensadas à família no início, durante ou no final da terapia fazem parte do atendimento/procedimento realizado.

No caso dos procedimentos clínicos/terapêuticos constantes no grupo 03 da tabela SUS (SIGTAP), como terapia individual, atendimento a alteração motora, estimulação precoce para o desenvolvimento neuropsicomotor, entre outros, deverá ser registrada apenas a intervenção terapêutica mais prevalente no atendimento.

Desta forma, para estes procedimentos terapêuticos não deverá ser apontado consulta + procedimento de reabilitação

Caso a agenda local programada na unidade preveja a consulta, é necessário excluir a consulta e inserir o procedimento realizado.

Quanto aos atendimentos em grupo terapêutico, estes são extremamente importantes no processo de reabilitação.

“À medida que as interações acontecem, os vínculos se constroem e o grupo se constitui como espaço terapêutico, sendo possível perceber seus movimentos de resistência, dificuldades de comunicação, conflitos entre os participantes, assim como os momentos de elaboração, de aprendizagem, de transformação dos sujeitos e de seus contextos”. O espaço grupal provoca e potencializa transformações (SAMEA, 2008).

A tabela do SUS dispõe de 3 procedimentos para este registro, com algumas diferenças, a serem observadas pelas equipes para os atendimentos:

- **03.01.04.003-6 - TERAPIA EM GRUPO** mínimo de 05, máximo de 15 pessoas
- **03.01.07.008-3 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA I EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA I)**  
mínimo de 02, máximo de 04 pessoas.
- **03.01.07.009-1 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA II EM GRUPO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (POR OFICINA TERAPÊUTICA II)** mínimo de 05, máximo de 15 pessoas

Apesar de serem registrados como BPA Consolidado, estes registros serão acompanhados pela área técnica de forma a monitorar o processo de trabalho e, se necessário, subsidiar ajustes nas metas.

Em 12/2021 foram criados pelo Ministério da Saúde alguns procedimentos para aprimorar o acompanhamento das ações realizadas pelos CER. Entre os quais, ressaltamos:

- **03.01.07.027-0 – MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE PARA ATENÇÃO A SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**DESCRIÇÃO** - Apoio sistemático às equipes dos outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde, para atenção à saúde das pessoas com deficiência, por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, que contribua no processo de cogestão e corresponsabilização na condução do projeto terapêutico singular, podendo ser realizado à distância por meio de tecnologia da informação e comunicação (TIC) utilizando métodos síncronos.

**REGISTRO:**

- **BPA Consolidado**, nas situações de matriciamento do CER as UBS, CAPS, hospitais e demais serviços de saúde, assim como equipamentos de outros setores para discussão de fluxos, processos de trabalho ou discussão de 2 ou mais casos.
- **BPA Individualizado**, nas situações de discussão específica de caso de usuário atendido nos CER para elaboração e revisão de PTS compartilhados. Ressaltamos que nestes casos o matriciamento deverá ser registrado no prontuário dos respectivos usuários.

- **03.01.07.023-7 - TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO FÍSICA**

**DESCRIÇÃO** - Consiste no acompanhamento, atendimento, monitoramento e orientações realizadas à distância por meio de tecnologia da informação e comunicação (TIC) utilizando métodos síncronos destinados a pacientes que apresentem alterações funcionais inseridos em programa de reabilitação física que tenham sido submetidos previamente à avaliação de forma presencial. Por diretriz de SMS (LGPD) só poderá ocorrer via plataforma e-saúde.

**REGISTRO: BPA Individualizado.** Ressaltamos que as ações realizadas durante o teleatendimento deverão ser registradas no prontuário dos respectivos usuários

- **03.01.07.024-5 - TELETENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO VISUAL**

**DESCRIÇÃO** - Consiste no acompanhamento, atendimento, monitoramento e orientações realizadas à distância por meio de tecnologia da informação e comunicação (TIC) utilizando métodos síncronos destinados a pacientes que apresentem alterações funcionais inseridos em programa de reabilitação visual que tenham sido submetidos previamente à avaliação de forma presencial. Por diretriz de SMS (LGPD) só poderá ocorrer via plataforma e-saúde.

**REGISTRO: BPA Individualizado.** Ressaltamos que as ações realizadas durante o teleatendimento deverão ser registradas no prontuário dos respectivos usuários

- **03.01.07.025-3 - TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO AUDITIVA**

**DESCRIÇÃO** - Consiste no acompanhamento, atendimento, monitoramento e orientações realizadas à distância por meio de tecnologia da informação e comunicação (TIC) utilizando métodos síncronos destinados a pacientes que apresentem alterações funcionais inseridos em programa de reabilitação auditiva que tenham sido submetidos previamente à avaliação de forma presencial. Por diretriz de SMS (LGPD) só poderá ocorrer via plataforma e-saúde.

**REGISTRO: BPA Individualizado.** Ressaltamos que as ações realizadas durante o teleatendimento deverão ser registradas no prontuário dos respectivos usuários.

- **03.01.07.026-1 - TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL**

**DESCRIÇÃO** - Consiste no acompanhamento, atendimento, monitoramento e orientações realizadas à distância por meio de tecnologia da informação e comunicação (TIC) utilizando métodos síncronos destinados a pacientes que apresentem alterações funcionais inseridos em programa de reabilitação intelectual que tenham sido submetidos previamente à avaliação de forma presencial. Por diretriz de SMS (LGPD) só poderá ocorrer via plataforma e-saúde.

**REGISTRO: BPA Individualizado.** Ressaltamos que as ações realizadas durante o teleatendimento deverão ser registradas no prontuário dos respectivos usuários.

- **03.01.07.028-8 - ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

**DESCRIÇÃO:** consiste na alta qualificada após avaliação global pela equipe de reabilitação na atenção especializada quanto ao alcance dos objetivos estabelecidos no projeto terapêutico singular.

**REGISTRO: BPA Individualizado.** Ressaltamos que nestes casos a ficha de alta constante no anexo I deverá ser preenchida e anexada em prontuário.

Ressaltamos que as ações de teleatendimento só devem ser registradas se puderem se caracterizar como consultas, e que processos de avaliação e alta precisam ocorrer de forma presencial.

- **03.01.07.029-6 ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

**DESCRIÇÃO:** Destina-se ao registro de ação de estimulação precoce relacionada ao neurodesenvolvimento da criança realizada pelas equipes multiprofissionais da atenção especializada.

**REGISTRO: BPA Individualizado.**

- **03.01.07.030-0 - ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

**DESCRIÇÃO:** Ações individuais ou coletivas voltadas para o acolhimento, compartilhamento de experiências e informações entre os familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência e a equipe multiprofissional de reabilitação, visando a melhoria da qualidade de vida, estímulo à comunicação, socialização, e atendimento das suas demandas, sejam elas decorrentes ou não do cuidado com a pessoa com deficiência.

**REGISTRO: BPA Individualizado.**

Além dos procedimentos da tabela SIASUS, SMS criou procedimentos municipais para acompanhamento de ações. São eles:

- **0301049068 - TERAPIA COM RECURSOS DE REALIDADE VIRTUAL**

**DESCRIÇÃO:** Consiste no atendimento em reabilitação de pessoas com deficiência utilizando recursos de realidade virtual (NIRVANA).

**REGISTRO:** Este procedimento municipal não tem equivalente federal (não é exportado). Desta forma, ao utilizar este recurso, é necessário registrar também um procedimento relacionado no anexo IX. Para o terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo orientamos o registro do procedimento 03.01.04.004-4 - TERAPIA INDIVIDUAL. Para o fisioterapeuta orientamos o registro relacionado ao atendimento realizado.

- **0301049076 - TERAPIA COM RECURSOS DE ESTIMULAÇÃO SENSORIAL**

**DESCRIÇÃO:** Consiste no atendimento em reabilitação de pessoas com deficiência utilizando a sala de recursos de estimulação sensorial.

**REGISTRO:** Este procedimento municipal não tem equivalente federal (não é exportado). Desta forma, ao utilizar este recurso, é necessário registrar também um procedimento relacionado no anexo IX. Para o terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo orientamos o registro do procedimento 03.01.04.004-4 - TERAPIA INDIVIDUAL. Para o fisioterapeuta orientamos o registro relacionado ao atendimento realizado.

- **0301049017- ATENDIMENTO COMPARTILHADO**

**DESCRIÇÃO:** Consiste no atendimento realizado por mais de um profissional.

**REGISTRO:** Atualmente os atendimentos individuais e em grupo compartilhados são registrados por apenas 1 profissional. De forma a podermos verificar a produção de todos os integrantes da ação, solicitamos que os demais profissionais que participarem do atendimento compartilhado, seja na avaliação multiprofissional ou

nos atendimentos terapêuticos, registrem o procedimento municipal criado SEM DE- PARA. Desta forma, a produção de todos os profissionais poderá ser identificada no SIGA Saúde, mas não teremos sobreposição de procedimentos para o MS.

- **301019070 – SESSÕES HIDROTERAPIA**

**DESCRIÇÃO:** Consiste nos atendimentos de fisioterapia aquática.

**REGISTRO:** Este procedimento é convertido no procedimento SUS CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

- **0301049084 – INTERVENÇÕES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA APD**

**DESCRIÇÃO:** Intervenções da equipe multiprofissional APD com usuários, famílias e articulação com os recursos do território visando o fortalecimento e suporte aos usuários e familiares, a participação social e novas possibilidades para projetos de vida.

**REGISTRO:** Este procedimento não será convertido em nenhum procedimento SUS. Desta forma, além deste registro, a unidade deverá registrar os procedimentos como já faz: visita domiciliar, consulta, terapia, matriciamento. O registro deverá ser realizado por pessoa efetivamente atendida ou articulação realizada.

- **0301049092 - AÇÕES DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD:**

**DESCRIÇÃO:** Ações de suporte aos usuários e familiares realizadas pelos acompanhantes da estratégia APD nos diversos contextos reais de vida, como casa, trabalho, família, atividades comunitárias.

**REGISTRO:** Atualmente as ações dos acompanhantes não são registradas. A partir de agora poderemos saber quantos acompanhamentos foram realizados pela equipe no mês. Registrar por pessoa efetivamente atendida.

- **030104910-6 - ÓRTESE DE MEMBRO SUPERIOR**

**DESCRIÇÃO:** Confecção de órtese para posicionamento adequado de membros superiores (dedo, mão, punho ou cotovelo) que são utilizados no processo de reabilitação.

**REGISTRO:** Este procedimento municipal não tem equivalente federal (não é exportado). Desta forma, ao utilizar este recurso, é necessário registrar também um procedimento relacionado no anexo IX. Para o terapeuta ocupacional orientamos o registro do procedimento 03.01.04.004-4- TERAPIA INDIVIDUAL. Para o fisioterapeuta orientamos o registro relacionado ao atendimento realizado. BPA Individualizado

- **030104911-4 - TERAPIA COM RECURSOS DE TERAPIA ROBÓTICA**

**DESCRIÇÃO:** Consiste no atendimento em reabilitação para trabalhar membros superiores utilizando recursos de terapia robótica.

**REGISTRO:** Este procedimento municipal não tem equivalente federal (não é exportado). Desta forma, ao utilizar este recurso, é necessário registrar também um procedimento relacionado no anexo IX. Para o terapeuta ocupacional orientamos o registro do procedimento 03.01.04.004-4- TERAPIA INDIVIDUAL. Para o fisioterapeuta orientamos o registro relacionado ao atendimento realizado. BPA Individualizado

### **PROFISSIONAIS DOS CER: CARGA HORÁRIA E CONHECIMENTOS DESEJÁVEIS**

O instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual do Ministério da Saúde de 2020 prevê uma carga horária mínima semanal por tipo de CER, com previsão de horas obrigatórias para cada categoria profissional conforme a modalidade de reabilitação existente e horas a serem definidas pelos municípios.

Considerando a avaliação de SMS quanto às necessidades e especificidades do município, foi definida carga horária para os CER, de acordo com cada modalidade e quadro de profissionais. Ressaltamos que nesta carga horária foi contemplada a carga horária da equipe técnica da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência/APD, que compõe a equipe dos CER com modalidade intelectual.

Desta forma, a carga horária semanal definida para os CER do município de São Paulo consta no quadro a seguir:

CH/SEMANA										
MODALIDADE	FISIOTERAPIA	TERAPIA OCUPACIONAL	FONOAUDIÓLOGO	PSICÓLOGO	PEDAGOGO / PSICOPEDAGOGO	ASSISTENTE SOCIAL	ENFERMEIRO	MÉDICO	GERENTE	CH SEMANAL CER
Auditiva e Visual	60	60	200	80	40	40	30	50	40	600
Física e Visual	150	150	80	80	40	40	40	50	40	670
Intelectual e Visual	60	150	120	120	40	40	40	50	40	660
Auditiva e Intelectual	60	120	200	120	0	40	40	50	40	670
Auditiva e Física	120	120	200	80	0	40	40	50	40	690
Física e Intelectual	150	150	160	120	0	40	60	50	40	770
Auditiva, Intelectual e Visual	90	150	200	160	40	80	40	70	40	870
Auditiva Física e Visual	180	150	200	120	40	80	40	70	40	920
Física, Intelectual e Visual	180	180	160	160	40	80	60	70	40	970
Auditiva, Física e Intelectual	180	150	240	160	0	80	60	70	40	980
Auditiva, Física, Intelectual e Visual	270	270	280	240	40	120	60	100	40	1.420

**Carga horária de profissionais da APD (já contemplada no quadro acima):**

<b>CATEGORIA</b>	<b>EQUIPE MÍNIMA</b>	<b>CARGA HORÁRIA SEMANAL</b>
Coordenador da equipe (Enfermeiro. Outro profissional de saúde também poderá exercer esta função, desde que tenha perfil). O Coordenador comporá a equipe multiprofissional, realizando também atendimentos.	1	40
Terapeuta Ocupacional	1	30
Psicólogo	1	40
Fonoaudiólogo	1	40
Acompanhante	6 a 10	40
Assistente Administrativo	1	40

Fonte: Documento Norteador da Estratégia APD

Para uma intervenção com qualidade, é importante o conhecimento de todos os profissionais das políticas públicas do SUS e específicas do segmento das pessoas com deficiência, a disponibilidade para trabalhar com este segmento da população, proatividade e habilidade para trabalhar em equipe. Além destes, conhecimentos em escalas de avaliação e métodos de intervenção também são importantes para a qualificação do trabalho realizado pelas equipes.

Considerando que vários serviços estão sob contrato de gestão, recomenda-se, sempre que possível:

**Nos serviços de reabilitação visual:**

- Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais com aprimoramento ou experiência na área de deficiência visual e orientação e mobilidade;
- Médico oftalmologista com especialização em baixa visão.

**Nos serviços com reabilitação auditiva:**

- Fonoaudiólogos com aprimoramento ou experiência na área de audiologia (diagnóstico, seleção de aparelho de amplificação sonora individual e terapia fonoaudiológica para pessoas com deficiência auditiva);
- É desejável que alguns profissionais tenham conhecimentos básicos de Libras.

**Nos serviços de reabilitação intelectual:**

- Profissionais que tenham aprimoramento ou experiência no atendimento a pessoas com deficiência intelectual e TEA;

- Psicólogo com formação em neuropsicologia ou psicopedagogia;
- Fonoaudiólogos com especialização em psicopedagogia e com formação ou experiência em linguagem e comunicação alternativa;
- Terapeutas Ocupacionais com formação em Integração Sensorial e formação ou experiência em comunicação alternativa.

**Nos serviços com reabilitação física:**

- Fisioterapeutas com experiência ou aprimoramento nas áreas de neurologia, ortopedia, respiratória, assim como na área de prescrição de cadeira de rodas e próteses;
- Fonoaudiólogos com especialização ou experiência na área de disfagia e linguagem;
- Terapeutas Ocupacionais com aprimoramento ou experiência em adequação postural em cadeira de rodas e confecção de órteses de membros superiores;
- É desejável que os enfermeiros tenham conhecimento, experiência ou estejam mobilizados para o trabalho com pessoas com deficiência. Eles têm um papel importante na articulação com outros setores, intervenção precoce, acompanhamento do tratamento de lesões por pressão, ostomias e manutenção das necessidades fisiológicas, orientando, executando, supervisionando e reavaliando as condições de autocuidado e de saúde destas pessoas.

**AMBIÊNCIA:**

A estrutura física, de equipamentos, materiais e de profissionais difere de um serviço para outro, dependendo da modalidade de reabilitação, sendo que a ambiência necessária aos serviços habilitados está apontada no Instrutivo Ministerial. Desta forma, os gestores, gerentes e profissionais dos CER devem se apropriar dos instrutivos nacionais, além das diretrizes municipais.

De maneira geral e de acordo com as modalidades de reabilitação presentes, considerando a área disponível ocupada, os CER devem se estruturar com os seguintes ambientes:

- Consultórios multiprofissionais para consultas, avaliações e atendimentos;
- Sala de intervenção oportuna/estimulação precoce;
- Área para conforto de neonatos;
- Sala(s) de terapia infantil individual e de grupo;
- Sala(s) de terapia adulto individual e em grupo;
- Sala para oficinas terapêuticas e reunião de equipe;

- Sala para desenvolvimento de habilidades para execução de Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD);
- Sala de enfermagem;
- Salas para prescrição e acompanhamento do uso de recursos e dispositivos de tecnologia assistiva (prescrição de cadeira de rodas, confecção de órteses de membros superiores, seleção de aparelho e prescrição de recursos ópticos, conforme habilitação);
- Estrutura administrativa: gerência, sala para suporte administrativo, regulação, para guarda de prontuário, almoxarifado (com dimensionamento que permita guarda de cadeiras de rodas e outras OPM que são dispensadas aos pacientes);
- Estrutura geral: recepção, espera, banheiros adaptados, trocador.
  
- Na modalidade Física:
  - Salão de cinesioterapia;
  - Boxes para eletrotermofototerapia;
- Na modalidade visual:
  - Consultório oftalmológico;
  - Sala de Orientação e Mobilidade.
  
- Na modalidade auditiva:
  - Consultório ORL;
  - Sala para avaliação audiológica;
  - Sala para exames auditivos complementares;
  - Sala para seleção de AASI.

De forma a facilitar a estruturação do trabalho, encontra-se, no ANEXO VII, relação de equipamentos e materiais por ambiência do serviço.

Cabe destacar que alguns CER dispõem de **veículo adaptado** para transporte de pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. Quando disponível, este deverá atuar de forma complementar aos demais serviços de transporte Bilhete Único Especial – BUE OU ATENDE (Disponível em: <https://bilheteunico.sptrans.com.br/especial/pessoa-com-deficiencia/> e <https://www.sptrans.com.br/atende/>) para:

- Transporte, do domicílio ao CER, de usuários cadastrados no ATENDE, enquanto a programação e início do atendimento estão sendo operacionalizados pela SMT;
- Transporte de usuários do CER para atendimento em outro serviço, quando este for complementar à reabilitação.

**PARÂMETROS E INDICADORES:**

Com vistas ao acompanhamento, avaliação e aprimoramento das ações realizadas no serviço, foram definidos parâmetros e indicadores, os quais precisam ser acompanhados pelas equipes, Supervisões e Coordenadorias, devendo ser revistos e aprimorados continuamente.

**Parâmetros recomendados para o atendimento nos CER:**

- 25% da carga horária para reuniões de equipe, educação permanente, apoio matricial e visitas domiciliares/institucionais
  - Reunião -10% da carga horária dos profissionais:
  - Visitas/atendimentos domiciliares e institucionais- 5% da carga horária dos profissionais
  - Apoio Matricial a equipamentos de saúde (da atenção básica, especializada e hospitalar) e de outros setores (educação, assistência social, entre outros) - 10% da carga horária dos profissionais
- 75% da carga horária para exames e atendimentos terapêuticos

<b>Tempo de duração dos procedimentos/serviço</b>	<b>CER</b>
Avaliação Multiprofissional em Reabilitação	60'
Consulta médica	30'
Consulta em Fisioterapia (ortopédica)	30'
Casos neurológicos/deficiência	45'
Avaliação Audiológica (criança 60' e adulto 30')	45'
Triagem auditiva neonatal	20 a 30'
Triagem auditiva escolar	10 a 15'
Terapia individual	30 a 45'
Terapia em grupo	60'
Oficina terapêutica (10 a 15 pacientes)	90'
Visita/Atendimento Domiciliar/ Institucional em Reabilitação	90 a 120'
Confecção de Órteses / Seleção de OPM/AASI	60'
EOA diagnóstico	20'a 30'
PEATE diagnóstico	60' a 90''
Plantão OPM por pessoa	10 a 20'

## Indicadores

De forma a identificar informações que permitem acompanhar o acesso e atendimentos realizados, foram criados indicadores e relatórios para seu monitoramento pelas CRS, STS e Área Técnica, com vistas ao aprimoramento das ações dos CER.

NÚMERO DE CASOS NOVOS	
<b>CONCEITO</b>	Corresponde ao número de casos novos inseridos no serviço no mês por modalidades de reabilitação que o serviço atende
<b>PARÂMETRO</b>	<p>Conforme modalidade de reabilitação dos CER:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 40 pessoas na modalidade física,</li> <li>✓ 30 pessoas na intelectual,</li> <li>✓ 40 pessoas na auditiva e</li> <li>✓ 30 pessoas no visual.</li> </ul> <p><b>Para os CER que ainda não tem classificação de modalidade,</b> considerar a modalidade de reabilitação de maior prevalência no serviço até que seja revitalizado com estrutura física e de profissionais</p>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<p><b>Física:</b> Número de pessoas que passaram por avaliação multiprofissional em reabilitação na especialidade "especialista em reabilitação física" no mês dividido pelo número previsto (40) x 100</p> <p><b>Auditiva:</b> Número de pessoas que passaram por avaliação multiprofissional em reabilitação na especialidade "especialista em reabilitação auditiva" no mês dividido pelo número previsto (40) x 100</p> <p><b>Intelectual:</b> Número de pessoas que passaram por avaliação multiprofissional em reabilitação na especialidade "especialista em reabilitação intelectual" no mês dividido pelo número previsto (30) x 100</p> <p><b>Visual:</b> Número de pessoas que passaram por avaliação multiprofissional em reabilitação na especialidade "especialista em reabilitação visual" no mês dividido pelo número previsto (30) x 100.</p> <p><b>Sem classificação de modalidade:</b> Número de pessoas que passaram por avaliação multiprofissional em reabilitação no mês dividido pelo número previsto para a modalidade de maior prevalência (30 ou 40) x 100</p> <p><b>Observação:</b> Como a modalidade de reabilitação visual vem sendo implementada pelas unidades, poderá ser aceito o número excedente de casos novos das demais modalidades para cálculo desta meta</p>
<b>PERIODICIDADE</b>	Mensal
<b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
<b>METODOLOGIA DA APURAÇÃO</b>	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o <b>Relatório AT 02</b> com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
<b>FONTE DE DADOS</b>	SIGA/ Business Intelligence (BI) - <b>BI_SIGA AT-02</b>

<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Permite analisar o acesso de usuários aos Centros Especializados de Reabilitação - CER
----------------------	--

<b>NÚMERO DE PACIENTES ACOMPANHADOS</b>	
<b>CONCEITO</b>	Corresponde ao número de pacientes acompanhados no CER no mês por modalidades de reabilitação que o serviço atende
<b>PARÂMETRO</b>	<p>Conforme modalidade de reabilitação dos CER:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 400 pessoas na modalidade física,</li> <li>✓ 300 pessoas na intelectual,</li> <li>✓ 300 pessoas na auditiva e</li> <li>✓ 150 pessoas na visual.</li> </ul> <p>Este número foi definido considerando o acompanhamento dos atendimentos realizados no município e o parâmetro, ambiência e profissionais previstos pelo MS e constantes neste documento.</p>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	<p>Número de pessoas atendidas no CER dividido pela somatória prevista para cada modalidade de reabilitação que o CER atende x 100</p> <p><b>Observação:</b> Para os CER que ainda não tem classificação de modalidade, dividir o número de pessoas atendidas pelo parâmetro da modalidade de reabilitação de maior prevalência no serviço até que seja feita a revitalização da unidade</p>
<b>PERIODICIDADE</b>	Mensal
<b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
<b>METODOLOGIA DA APURAÇÃO</b>	STS realiza a apuração de dados do Relatório SIGA/BI e envia o <b>Relatório AT-11</b> com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
<b>FONTE DE DADOS</b>	SIGA/ Business Intelligence (BI) - <b>BI_SIGA AT-11</b> ou outro relatório municipal que vier substituí-lo.
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Permite analisar se as pessoas com os diferentes tipos de deficiência estão sendo atendidas nos CER

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR USUÁRIO	
<b>CONCEITO</b>	Corresponde à média de procedimentos por usuário realizados no mês.
<b>PARÂMETRO</b>	5
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	Número total de procedimentos realizados no CER no mês dividido pelo número de CNS atendidos no CER no mês em relação ao previsto
<b>PERIODICIDADE</b>	Mensal
<b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
<b>METODOLOGIA DA APURAÇÃO</b>	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório <b>AT 11</b> com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
<b>FONTE DE DADOS</b>	SIGA/ Business Intelligence (BI) - <b>BI_SIGA AT-11</b>
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Permite analisar o número médio de intervenções por pessoa tendo em vista o processo de reabilitação.
NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL	
<b>CONCEITO</b>	Corresponde ao número de procedimentos realizados por profissional no mês
<b>PARÂMETRO</b>	Profissional de 20 horas – 60 procedimentos por profissional Profissional de 30 horas – 135 procedimentos por profissional Profissional de 40 horas- 180 procedimentos por profissional A carga horária total por categoria profissional e modalidade consta na pág. 47 deste documento. OBS: Para este cálculo foi considerado: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 atendimento a cada 45 minutos para a equipe multiprofissional sem o médico com desconto de 25% para outras atividades</li> <li>✓ 1 atendimento a cada 30 minutos para o médico com desconto de 25% para outras atividades</li> </ul>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	Número de procedimentos realizados por CBO no mês dividido pelo previsto x 100
<b>PERIODICIDADE</b>	Mensal
<b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.

<b>METODOLOGIA DA APURAÇÃO</b>	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório <b>AT-40</b> com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
<b>FONTE DE DADOS</b>	SIGA/ Business Intelligence (BI) - BI_SIGA (ver com CEINFO relatório) <b>AT-40</b>
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Permite analisar a produção por categoria profissional de acordo com o número de profissionais por modalidade de reabilitação definidos pelo Ministério da Saúde e/ou diretrizes municipais que vierem complementá-lo.
<b>NÚMERO DE USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA APD</b>	
<b>CONCEITO</b>	Corresponde ao número de usuários acompanhados pela Estratégia APD
<b>PARÂMETRO</b>	Equipe de 6 acompanhantes - 80 pessoas Equipe de 8 acompanhantes – 100 pessoas Equipe de 10 acompanhantes 120 pessoas Seguindo as diretrizes do DOCUMENTO NORTEADOR DA ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – APD disponível em: <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314</a>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	Número de usuários com procedimento APD* dividido pelo previsto x 100 * 0301049084 – INTERVENÇÕES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA APD * 0301049092 - AÇÕES DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD
<b>PERIODICIDADE</b>	Mensal
<b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
<b>METODOLOGIA DA APURAÇÃO</b>	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório <b>AT-39</b> com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
<b>FONTE DE DADOS</b>	SIGA/ Business Intelligence (BI) - BI_SIGA (ver com CEINFO relatório) <b>AT-39</b>
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Permite analisar se as pessoas com deficiência que estão sendo acompanhadas pelas equipes APD (equipe multiprofissional e acompanhantes).

<b>NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA APD</b>	
<b>CONCEITO</b>	Corresponde ao número de procedimentos realizados pela equipe multiprofissional da Estratégia APD
<b>PARÂMETRO</b>	205 procedimentos/mês, seguindo as diretrizes do DOCUMENTO NORTEADOR DA ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – APD disponível em: <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314</a>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	Número de procedimentos " intervenções das equipes multiprofissionais da Estratégia APD" dividido pelo previsto (205) x 100
<b>PERIODICIDADE</b>	Mensal
<b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
<b>METODOLOGIA DA APURAÇÃO</b>	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório AT 02 com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
<b>FONTE DE DADOS</b>	SIGA/ Business Intelligence (BI) - <b>BI_SIGA AT-02</b> Procedimento: 0301049084 - INTERVENÇÕES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA APD
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Permite analisar a produção da equipe multiprofissional

<b>NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD</b>	
<b>CONCEITO</b>	Corresponde ao número de procedimentos realizados pelos acompanhantes da Estratégia APD
<b>PARÂMETRO</b>	54 procedimentos/mês <u>por acompanhante</u> (equipe de 6 A 10 acompanhantes), seguindo as diretrizes do DOCUMENTO NORTEADOR DA ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – APD disponível em: <a href="https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314">https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314</a>
<b>MÉTODO DE CÁLCULO</b>	Número de procedimentos "ações dos acompanhantes da Estratégia APD" dividido por (54 x nº de acompanhantes) x 100
<b>PERIODICIDADE</b>	Mensal
<b>PERÍODO DA MEDIÇÃO</b>	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
<b>METODOLOGIA DA APURAÇÃO</b>	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório <b>AT 02</b> com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
<b>FONTE DE DADOS</b>	SIGA/ Business Intelligence (BI) - <b>BI_SIGA AT-02</b> Procedimento: 0301049092 - AÇÕES DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD
<b>INTERPRETAÇÃO</b>	Permite analisar a produção dos acompanhantes

## RESPONSABILIDADES

### Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde:

- Monitorar o espaço físico/ambiência existente, propor e executar os ajustes necessários;
- Desencadear ações intersecretariais a fim de garantir a acessibilidade no entorno do CER;
- Monitorar e prover os CER com equipamentos, materiais permanentes e de consumo;
- Monitorar a presença de gerente, responsável técnico por modalidade de reabilitação, equipe técnica completa, administrativo compatível às atividades do serviço, implementar os contratos de gestão para a garantia deste RH, quando for o caso;
- Monitorar a presença de Conselho Gestor no CER;
- Organizar fóruns da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no mínimo a cada 3 meses;
- Promover reuniões da Área Técnica na CRS e STS;
- Planejar, garantir a execução e monitorar ações de Educação Permanente;
- Garantir e monitorar as ações de matriciamento com as UBS e outros serviços da rede intrasetorial e intersetorial, especialmente, para os casos de maior complexidade;
- Analisar a satisfação dos usuários, de forma amostral, conforme documento anexo X;
- Monitorar o preenchimento das informações constantes nas fichas de acolhimento, PTS e altas;
- Monitorar a produção dos CER;
- Monitorar a existência de filas internas e desencadear ações de forma a evitá-las;
- Acompanhar taxas de absenteísmo;
- Acompanhar e responder às demandas dos processos SEI relativos à PcD em seu território, se atentando aos prazos estabelecidos e qualidade técnica dos relatórios emitidos;
- Articular e desenvolver ações intrasetoriais e intersetoriais;
- Apoiar as equipes nas múltiplas necessidades de cada território;
- Apoiar a organização de fluxos entre os serviços seguindo as Diretrizes da SMS;
- Articular a Rede da PcD em cada território, nos diversos níveis: Atenção Básica, Especializada e Hospitalar;
- Estimular a produção científica de toda a rede de atenção sobre o cuidado da PcD.

**Parceiros:**

- Organizar e acompanhar as diversas ações dos serviços, seguindo as diretrizes deste documento norteador;
- Dispor de profissional de referência com conhecimento de rede e de PcD para ser o articulador do serviço;
- Estruturar o espaço físico/ambiências do serviço em conformidade com as diretrizes do MS e deste documento norteador;
- Estabelecer contratos para manutenção preventivas/ corretivas dos equipamentos, levantar necessidades de novas aquisições e adquirir novos equipamentos conforme pactuado com as STS/CRS;
- Prover os materiais de consumo necessários para os atendimentos, conforme pactuado com as STS/CRS;
- Dispor em cada CER, de gerente, responsável técnico por modalidade de reabilitação e administrativo compatível às atividades do serviço;
- Garantir a composição completa da equipe de acordo com o contrato de gestão;
- Monitorar o preenchimento das informações constantes nas fichas de acolhimento, PTS e altas;
- Acompanhar indicadores e propor à STS e CRS medidas para otimizar o trabalho
- APD: Garantir a equipe e processo de trabalho conforme documento norteador do programa;
- Monitorar a existência de filas internas e desencadear ações de forma a evita-las.

**Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência:**

- Estabelecer, em conjunto com as CRS, diretrizes para esta rede de cuidados;
- Estabelecer, em conjunto com as CRS, metas e indicadores para os serviços;
- Estabelecer reuniões sistemáticas com as CRS, envolvendo STS, unidades e parceiros, quando necessário, para acompanhamento conjunto da Rede;
- Subsidiar a Coordenação e o Gabinete nas questões inerentes às Pessoas com Deficiência;
- Levantar necessidades e propor ações com vistas à melhoria da Rede e qualificação do cuidado;
- Dar suporte às CRS, STS e unidades, para implantação de serviços, qualificação das unidades e desenvolvimento dos trabalhos;
- Propor e executar ações de educação permanente, a partir das demandas trazidas pelos territórios e as identificadas pela Área Técnica;
- Atuar de forma conjunta com outras Áreas Técnicas, na implementação de Políticas Públicas Integradas; assim como com outras Secretarias;

- Atuar de forma conjunta com outros Setores para a implantação desta Política Pública
- Participar de reuniões no MP e DP para discutir temas relativos às PcD;
- Estabelecer e convocar reuniões do Grupo Condutor Municipal da Rede de Cuidados;
- Realizar visitas às unidades;
- Desencadear processos de contratação, Atas de Registro de Preço de forma a garantir a dispensação de OPM;
- Acionar e responder as demandas do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência no que diz respeito a PcD;
- Articular junto à SMPED estratégias para a qualificação do cuidado;
- Buscar parcerias para a qualificação contínua da Rede;
- Propor e acompanhar as metas estabelecidas no Plano Municipal de Saúde, instrumentalizando o gabinete para os Relatórios Anuais de Gestão, Relatórios trimestrais;
- Implantar novas ações a partir das necessidades identificadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. Capacitismo: o que é, onde vive, como se reproduz? **As gordas**. 2015. Disponível em: <https://asgordas.wordpress.com/2015/12/03/capacitismo-o-que-e-onde-vivecomo-se-reproduz/>. Acesso em 02 set 2022.

ATLAS DA VIOLÊNCIA 2021. Disponível em: [Ipea - Atlas da Violencia v.2.7 - Atlas da Violência 2021](#).

BRASIL, Lei nº **13.146**, de 06 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm). Acesso em 13 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793. **Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do sistema único de saúde**, em 24 de Abril de 2012. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor**. Brasília, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_estimulacao\\_crianças\\_0a3anos\\_neuropsicomotor.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf). Acesso em 30 ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/37518.html>. Acesso em 12 set 2022.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil / Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 6949 de 25 de agosto de 2009. **Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência**, Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm).

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidade. **Novembro Negro: um panorama sobre a população negra com deficiência no Brasil**, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/novembro-negro-um-panorama-sobre-a-populacao-negra-com-deficiencia-no-brasil>. Acesso em: 23 de jan 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendação: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Espasticidade**. Brasília, nº 721, 2022. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220323\\_rr\\_pcdt\\_espasticidade\\_final.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220323_rr_pcdt_espasticidade_final.pdf), Acesso em: 05 set 2022.

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. Disponível em:

[https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf). Acesso em 15 set 2022.

CONTI, T. V. Armas, Guerras e Instituições: os Estados Unidos, 1840-1940. Campinas: IE/UNICAMP, 2019 (Tese de Doutorado).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/censo2010/download/questionarios/questionario\\_amostra\\_cd2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/censo2010/download/questionarios/questionario_amostra_cd2010.pdf); IBGE: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=2170&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170&id_pagina=1); <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>. Acesso em 05 set 2022.

INSTITUTO JÔ CLEMENTE. **Violência contra Pessoa com Deficiência: Você sabe como evitar, identificar e denunciar?**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Cartilha-violencia-2020-Online.pdf>. Acesso em 08 set 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. São Paulo, 2008. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840\\_por.pdf?sequence=111](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf?sequence=111). Acesso em 08 set 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre Deficiência 2011**. Tradução Lexius Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcP, 2012. 334p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Genebra, 2013. Disponível em: <https://fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>. Acesso em 31 ago 2022.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Diretrizes Técnicas para Gestores e Profissionais na Área da Saúde da Pessoa com Deficiência no Município de São Paulo**. São Paulo. 2011. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/pessoa\\_com\\_deficiencia/index.php?p=16314](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314). Acesso em 01 set 2022.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Documento Norteador do Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência**. São Paulo. SP, 2012. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/pessoa\\_com\\_deficiencia/index.php?p=16314](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314). Acesso em 30 ago 2022.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Lei Municipal 14.671**. São Paulo, SP, 2008. Disponível em: [ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/gestaopublica/premio/2008/social/sistema\\_integrado.doc](http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/gestaopublica/premio/2008/social/sistema_integrado.doc). Acesso em: 08 set 2022

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Plano de ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. São Paulo, SP, 2013. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PlanodeacaoRedePessoacomDeficiencia.pdf>. Acesso em 01 set 2022.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS. **Institui os Núcleos de Prevenção da Violência (NPV) nos estabelecimentos de Saúde do Município de São Paulo**. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. São Paulo, SP, p 20, jul. 2015. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-1300-de-15-de-julho-de-2015>. Acesso em 01 set 2022.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Violências e Acidentes**. São Paulo, 2022. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/doencas\\_e\\_agr\\_avos/index.php?p=266739](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agr_avos/index.php?p=266739). Acesso em 02 set 2022.

SAMEA, M. O dispositivo grupal como intervenção. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 85-90, maio/ago. 2008

VENDURSUCULO, L. E. B. **A DESCOBERTA DA DEFICIÊNCIA DO FILHO: O LUTO E A ELABORAÇÃO DOS PAIS**. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia, Ijuí, p 33, 2014. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/2665/tcc%20larissa%20vendrusculo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 08 set 2022.

# ANEXOS

# ANEXO I - FICHAS

## ENTREVISTA INICIAL – CER

CER: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO:

<b>Nome:</b> _____	<b>Nome Social:</b> _____	<b>CPF:</b> _____
<b>Idade:</b> _____	<b>Data nasc.:</b> ____/____/____	<b>Sexo:</b> ( ) M ( ) F ( ) Não informado
<b>Cartão SUS:</b> _____	<b>Nome/responsável:</b> _____	<b>Telefone:</b> _____
<b>Endereço completo:</b> _____	<b>CEP:</b> _____ - _____	
<b>UBS Origem/Referência:</b> _____	<b>HD:</b> _____	<b>CID:</b> _____

<b>Procedência do Encaminhamento</b>	( ) UBS: _____	( ) Central Mãe Paulistana ( ) Hospital: _____
	( ) EMAD: _____	( ) Judicial/MP/Defensoria ( ) Outro CER: _____
	( ) AMA _____	( ) Outra: _____

## INFORMAÇÕES GERAIS:

<b>Frequente Escola</b> ( ) não ( ) sim ( ) não se aplica	<b>Qual:</b> _____	<b>Série:</b> _____	<b>Período:</b> _____
<b>Telefone:</b> _____	<b>Pessoa/ referência:</b> _____		
<b>Frequente Atendimento Educacional Especializado</b> ( ) sim ( ) não	<b>Frequente Sala de recurso</b> ( ) sim ( ) não		
<b>OBS:</b> _____			
<b>Trabalha?</b> ( ) não ( ) sim	<b>Onde:</b> _____	<b>Função:</b> _____	( ) não se aplica
<b>OBS:</b> _____			
<b>Benefícios</b> ( ) não ( ) sim ( ) BPC ( ) Isenção Tarifária ( ) outros _____			
<b>Lazer/Cultura/Esporte</b> ( ) não ( ) sim	<b>Atividade realizada:</b> _____		
<b>Local:</b> _____	<b>Frequência:</b> _____		
<b>OBS:</b> _____			

## COMPOSIÇÃO FAMILIAR/ CUIDADORES:

<b>Reside:</b>
( ) só ( ) c/família ou cuidador: _____
( ) outros: ( ) Residência Inclusiva ( ) SAICA ( ) Residência Terapêutica ( ) Outros: _____
<b>Suporte para o cuidado?</b> ( ) não necessita ( ) necessita, mas não tem ( ) tem ( ) mãe ( ) outro: _____
<b>Obs:</b> _____

## DEMANDA DO USUÁRIO E FAMÍLIA:

( ) Diagnóstico ( ) Reabilitação ( ) OPM ( ) APD ( ) Monitoramento
( ) Suporte ao cuidador ( ) para o cuidado à PcD ( ) para o auto-cuidado
( ) Outra: _____

## INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA / RISCO

<b>Condição:</b> ( ) Permanente ( ) Temporária ( ) Não sabe
<b>Causa/Fator de risco:</b>
<b>Pré Natal</b>
( ) Não
( ) Sim
( ) Não sabe
( ) <b>Malformações:</b> ( ) MMSS ( ) MMII ( ) anomalia crânio facial _____ ( ) Outra _____
( ) <b>Síndromes:</b> ( ) Down ( ) X-Frágil ( ) Willians ( ) West ( ) Rett ( ) Usher ( ) Alcoolica Fetal ( ) Outra _____
( ) <b>Infecções congênitas</b> ( ) toxoplasmose ( ) sífilis ( ) citomegalovírus ( ) rubéola ( ) herpes ( ) HIV
( ) <b>Suspeita de diagnóstico de Doença Rara?</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) DI ( ) Erros Inatos do Metabolismo ( ) anomalia congênita ou manifestação tardia ( ) Não sabe
( ) Outro _____
<b>Observação:</b> _____
<b>Peri Natal</b>
( ) Não
( ) Sim
( ) Não sabe
<b>Risco :</b> ( ) UTI + 5 dias ( ) Peso < 1500 grs ( ) Apgar 0 a 4 no 1º minuto ou 0 a 6 no 5º minuto ( ) Ventilação mecânica ( ) exasanguíneo transfusão ( ) hemorragia ventricular ( ) Infecção ( ) hiperbilirrubinemia ( ) Asfixia neonatal grave ( ) medicação ototóxica ( ) outro _____
<b>Falha na Triagem neonatal</b> ( ) Não ( ) Sim [( ) Auditiva ( ) Teste olhinho] ( ) Não sabe
<b>Observação:</b> _____

<b>Pós Natal</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) Não sabe	( ) <b>Doença:</b> ( ) Infecciosas (Caxumba/Sarampo/Meningite/Rubéola) ( ) AVE ( ) Tumor ( ) Degenerativas (Demência/Parkinson, Esclerose, Distrofias) ( ) outra _____
	( ) <b>Acidente/trauma</b> ( ) A. trânsito ( ) A trabalho ( ) A Doméstico ( ) Ferimento por arma de fogo ( ) Outro _____
	( ) Outros _____
	Observação: _____
<b>Outros Riscos</b>	( ) Situação de vulnerabilidade: _____
	( ) Familiar com deficiência- Grau de parentesco _____ Tipo de deficiência _____
	( ) Familiar em uso de álcool/droga: _____
	( ) Familiar com diagnóstico/hipótese de transtorno mental: _____
	Já sofreu ou sofre alguma situação de violência ( ) Não ( ) Sim _____
	( ) Outro _____
Observação: _____	
<b>Tipo de Deficiência:</b>	
<b>Deficiência Física</b>	( ) Paralisia Cerebral ( ) Sequela AVE ( ) Sequela TCE ( ) Lesão medular ( ) ELA ( ) Distrofias ( ) Mielomeningocele ( ) Amputação ( ) Ortopédicas ( ) Pós Covid ( ) Ostomia ( ) _____
	<b>Utilização de OPM</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) andador/muleta/bengala ( ) cadeira rodas/banho ( ) almofada ( ) calçado/palmilha ( ) órtese MMSS ( ) órtese MMII ( ) colete ( ) prótese
	<b>Necessidade de OPM</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) andador/muleta/bengala ( ) cadeira rodas/banho ( ) almofada ( ) calçado/palmilha ( ) órtese MMSS ( ) órtese MMII ( ) colete ( ) prótese
<b>Deficiência Intelectual/ desenvolvimento</b>	( ) ADNPM ( ) TEA ( ) Atraso/Distúrbio de linguagem ( ) Afasia ( ) Déficit intelectual : ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severa ( ) Dificuldade de memória/atenção/cognição ( ) Dificuldade de Aprendizagem ( ) _____
<b>Deficiência Auditiva</b>	Perda de audição ( ) Unilateral ( ) Bilateral ( ) Leve ( ) moderada ( ) severa/profunda Dificuldade de comunicação ( ) Não ( ) Sim ( ) pequena ( ) média ( ) grande Dificuldade compreensão ( ) em ambientes ruidosos ( ) em ambientes silenciosos ( ) necessidade de olhar para a pessoa ( ) necessidade de aumentar som da televisão ( ) evita falar ao telefone ( ) se isola ( ) se incomoda com barulhos que não costumam incomodar outras pessoas História de ( ) Otitis de repetição ( ) exposição a ruído ( ) perda súbita ( ) Zumbido ( ) Vertigem ( ) _____
	<b>Utilização de OPM</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) Aparelho auditivo ( ) implante coclear ( ) Prótese ancorada no osso ( ) FM/Microfone remoto Tempo de uso diário : ( ) Menos de 8 horas ( ) mais de 8 horas/dia
	<b>Necessidade de OPM</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) Manutenção ( ) Aparelho auditivo ( ) implante coclear ( ) Prótese ancorada no osso ( ) FM/Microfone remoto
<b>Deficiência Visual</b>	A dificuldade visual é: ( ) semelhante em ambos os olhos ( ) maior em : ( ) OD ( ) OE. Diagnóstico Fechado? ( ) Não ( ) Sim ( ) Cegueira ( ) Baixa visão ( ) Visão Monocular Percebe: ( ) desvio ocular (= estrabismo), ( ) olhos tremendo (= nistagmo), ( ) dorme com olhos semi abertos (=lagofalmo), ( ) lacrimejamento ou secreção ocular ( ) sensibilidade/dificuldade com a claridade (ofuscamento/fotofobia/glare), ( ) dificuldade em ver cores, ( ) dificuldade em se deslocar sozinho em locais desconhecidos devido a visão (buracos, escadas), ( ) dificuldade para perto (ler, usar o celular) ( ) dificuldade na escola para enxergar a lousa/ livros/cadernos
	<b>Utilização de</b> ( ) óculos de grau ( ) óculos de sol ( ) colírios ( ) oclusão (tampão) ( ) auxílios ópticos ( lupa, telescópio) ( ) auxílios de ampliação eletrônica ( lupa eletrônica, Apps no celular) ( ) auxílios para substituição da visão (bengala longa, outras tecnologias assistivas) ( ) modo de acessibilidade ( ) Smartphone ( ) Computador ( ) Não está conseguindo usar pela dificuldade visual. ( ) Braille OBS _____
	<b>Necessidade de OPM</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) Bengala ( ) Lupa ( ) óculos ( ) telescópio ( ) prótese ocular
<b>Tempo da deficiência</b>	( ) menos que 6 meses ( ) 6 a 12 meses ( ) mais que 1 ano Data do evento: ___/___/___
<b>Possui laudo que comprove a deficiência?</b> ( ) Não ( ) Sim ( ) Atesta situação atual ( ) Laudo Permanente	

<b>Exames apresentados</b>	
<b>Principais barreiras/ dificuldades encontradas:</b> _____	
_____	
_____	

**INFORMAÇÕES EM SAÚDE**

<b>Acompanhamento em Saúde</b>	( ) UBS ( ) Equipe multiprofissional:( ) Fisioterapia ( ) Fonoaudiologia ( ) Terapia Ocupacional ( ) Psicologia ( ) outros: _____ ( ) CAPS ( ) CECCO ( ) URSI/PAI ( ) EMAD ( ) Ambulatório _____ ( ) CER _____ ( ) Outros: _____ OBS: _____
<b>Reabilitação prévia</b>	( ) Não ( ) Sim : Onde: _____ Quanto Tempo: _____ Descrever: _____
<b>Comorbidades</b>	( ) HAS ( ) Diabetes ( ) Cardiopatia ( ) Convulsão ( ) Transtorno Mental ( ) Depressão ( ) Obesidade ( ) Pneumonia de repetição
<b>Outras Informações</b>	( ) Sonda [( ) nasogástrica ( ) parenteral ] ( ) Lesão por pressão ( ) _____ ( ) Traqueostomia ( ) Suporte de O <sup>2</sup> ( ) Gastrostomia ( ) Fralda ou outro insumo para incontinência urinária ( ) Uso de medicamentos: Quais _____ ( ) Disfagia ( ) uso de espessante OBS: _____

**FUNCIONALIDADE**

<b>Cuidado Pessoal</b>	Precisa de suporte? ( ) Não ( ) Sim, para: ( ) Higiene pessoal ( ) Vestir-se ( ) Alimentação OBS: _____
<b>Vida doméstica</b>	Precisa de suporte? ( ) Não ( ) Sim, para: ( ) Cuidar objetos próprios ( ) Arrumação/limpeza ( ) Preparo refeições ( ) Realizar Compras OBS: _____
<b>Mobilidade</b>	Precisa de suporte? ( ) Não ( ) Sim, para: ( ) Sair de casa ( ) Utilizar Transporte OBS: _____
<b>Comunicação</b>	<b>Principal forma de expressão-</b> ( ) fala ( ) palavras isoladas/poucas frases ( ) escrita ( ) libras ( ) C alternativa ( ) gestos ( ) vocal ( ) olhar ( ) sorriso em resposta ao outro ( ) Possui distúrbio de fala e linguagem . Descreva: _____ <b>Compreensão:</b> ( ) Preservada ( ) Alterada Observação: _____
<b>Relacionamento interpessoal</b>	Como avalia o <b>relacionamento familiar</b> (1 ausente, 5 muito bom) ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 Como avalia o <b>relacionamento social</b> (1 ausente, 5 muito bom) ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 Tem alguém da família ou amigo que poderia dar suporte? ( ) Não ( ) Sim: _____ Observação: _____ _____

**OBSERVAÇÃO:** \_\_\_\_\_**INFORMAÇÕES RESPONDIDAS POR:** ( ) Usuário ( ) Familiar/Acompanhante**EQUIPE ENVOLVIDA NA AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:**

( ) médico : \_\_\_\_\_ ( ) fisioterapeuta ( ) terapeuta ocupacional ( ) fonoaudiólogo ( ) assistente social ( ) psicólogo ( ) enfermeiro ( ) nutricionista ( ) equipe APD Outros: \_\_\_\_\_  
Responsável pelo preenchimento: \_\_\_\_\_

**PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS CER**

**DEFICIÊNCIA/RISCO:**

( ) Física ( ) Visual ( ) auditiva ( ) Intelectual /Desenvolvimento

( ) INICIAL

**DATA:**

( ) REAVALIAÇÃO

\_\_/\_\_/\_\_

**Expectativa da Pessoa/ Família: (descreva)**

---

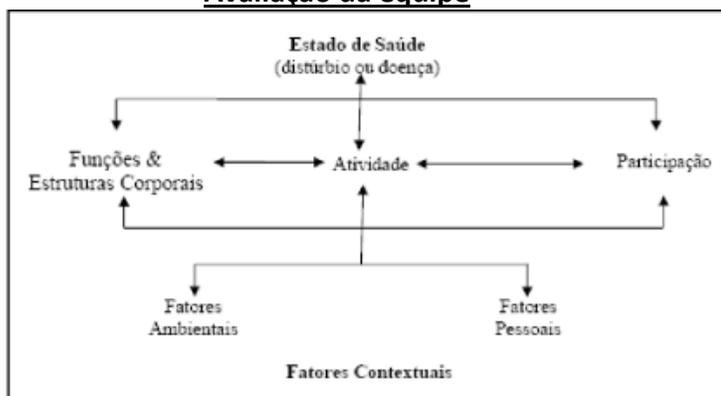


---



---

**Avaliação da equipe**



Fonte: OMS, CIF, 200311 / Source: WHO, ICF, 2003

**Estado de Saúde: CID Principal:** \_\_\_\_\_

**CID da Sequela:** \_\_\_\_\_

<b>FUNÇÃO</b>	<b>AValiaÇÃO</b> 1: sem alteração identificada 2: com alteração 3: não avaliado	<b>OBSERVAÇÃO:</b> Apontar os aspectos mais significativos observados para o PTS
Função mental (orientação, atenção, memória, pensamento, linguagem ,...)	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	
Função sensorial e dor (audição, visão, dor, ...)	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	
Função de voz e fala (voz, articulação, ritmo, fluência)	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	
Função neuromuscular (força, tônus, resistência muscular, controle de movimentos, marcha, motor fino e grosso)	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	
Função respiratória, cardiovascular, hematológica e imunológica	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	
Função sistema digestivo, metabólico, endócrino (mastigação, deglutição,...)	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	
Função geniturinária e reprodutiva	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	
Função de pele e estruturas relacionadas (lesão por pressão...)	( ) 1 ( ) 2 ( ) 3	

DOMÍNIOS DE ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Considerar a faixa etária e o desempenho da pessoa, com recursos e suportes existentes no momento	0 Não se aplica 1 Sem dificuldade 2 Com alguma dificuldade 3 Com grande dificuldade 4 Não consegue	<b>APONTAR ASPECTOS POSITIVOS (+) E DESAFIOS (.) PARA AMPLIAR A ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO</b>  <b>Considerar:</b> <b>Produtos e tecnologia:</b> OPM, comunicação alternativa,... <b>Ambiente:</b> acessibilidade, território,... <b>Apoio e relacionamento:</b> família, vizinhos e amigos <b>Atitudes:</b> apoio, preconceitos,... <b>Serviços, sistemas e políticas:</b> Suporte rede saúde e de outros setores)
<b>Aprendizagem e aplicação do conhecimento</b> (imitar, brincar, fazer cálculos, executar tarefas simples e complexas, resolver problemas)	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	
<b>Comunicação</b> - Produção da fala, mensagens não verbais, escrita, conversa com as pessoas - Compreensão da fala, mensagens não verbais, escrita, conversa com as pessoas	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	
<b>Mobilidade</b> (mudar/manter a posição do corpo, alcançar, transportar e mover objetos, deslocar dentro/fora de casa)	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	
<b>Cuidados pessoais</b> (comer, beber, tomar banho, vestir-se, escovar os dentes, controlar esfíncter...)	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	
<b>Vida Doméstica</b> (realizar tarefas domésticas, preparar refeições, cozinhar, cuidar dos outros, fazer compras, planejar e executar rotina)	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	
<b>Áreas principais da vida</b> (acesso e participação na educação, qualificação profissional e no trabalho)	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	
<b>Relações e interações interpessoais:</b> <b>Família</b> (interação com as pessoas, forma de lidar com emoções, sua participação em atividades familiares, ....)	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	
<b>Vida comunitária, social, cívica e política</b> (interação com as pessoas, forma de lidar com emoções, sua participação em atividades culturais, de lazer, da vida política e social)	( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4	

**Aspectos relevantes para o PTS:**


---



---



---



---



---



---



---

**Intervenção no CER**

<b>Funções a serem trabalhadas</b> <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Sensorial e dor <input type="checkbox"/> Voz e fala <input type="checkbox"/> Neuromuscular <input type="checkbox"/> Respiratória, cardiovascular, hematológica e imunológica <input type="checkbox"/> Sistema digestivo, metabólico, endócrino <input type="checkbox"/> Função geniturinária e reprodutiva <input type="checkbox"/> Função de pele e estruturas relacionadas	<b>Domínios a serem trabalhados</b> <input type="checkbox"/> Aprendizagem e aplicação do conhecimento <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Mobilidade <input type="checkbox"/> Cuidados pessoais <input type="checkbox"/> Vida Doméstica <input type="checkbox"/> Áreas principais da vida <input type="checkbox"/> Relações e interações interpessoais, vida comunitária, social, cívica e política
<input type="checkbox"/> <b>Não realizará as intervenções no CER</b> Justificativa: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>Conduta:</b> <input type="checkbox"/> referenciar para <input type="checkbox"/> AACD <input type="checkbox"/> Lucy Montoro <input type="checkbox"/> Equipe multi AB <input type="checkbox"/> Outro: <hr/>	

**Intervenções propostas no CER**

Ação	Especialidade	STATUS
<input type="checkbox"/> Consultas/ avaliação complementar/diagnóstico	<input type="checkbox"/> médico	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> A Social	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Fono	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Fisio	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Psico	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Nutricionista	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Avaliação audiológica	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> outros: _____	<input type="checkbox"/> agendado <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Atendimento/Terapia Individual	<input type="checkbox"/> Fisio	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Fono	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
	<input type="checkbox"/> Psico	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Terapia em grupo- qual:	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado	
<input type="checkbox"/> Terapia robótica	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado	
<input type="checkbox"/> Terapia recurso realidade virtual	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado	

<input type="checkbox"/> Terapia sala recursos sensoriais	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Grupo de intervenção oportuna	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Orientação e mobilidade	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Cinesioterapia	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Avaliação APD	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Avaliação OPM Visual	<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Treino AVD	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Oficina terapêutica	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Hidroterapia	<input type="checkbox"/> início imediato <input type="checkbox"/> aguarda agendamento <input type="checkbox"/> finalizado
<input type="checkbox"/> Intervenção família/ cuidadores grupo	<input type="checkbox"/> individual <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Monitoramento	<input type="checkbox"/> mensal <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> semestral <input type="checkbox"/> anual
<input type="checkbox"/> Outra : descreva	
Frequência no serviço <input type="checkbox"/> 1 x semana <input type="checkbox"/> 2 a ou mais x por semana <input type="checkbox"/> quinzenal <input type="checkbox"/> mensal ou mais	
Articulação com a Rede:	

Profissional de referência do caso: \_\_\_\_\_ Data reavaliação do PTS \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### TERMO DE COMPROMISSO REABILITAÇÃO

Eu, (nome completo do usuário ou responsável) \_\_\_\_\_ concordo com os termos de funcionamento dos atendimentos no CER.

Para a reabilitação de \_\_\_\_\_ (nome do usuário), CNS \_\_\_\_\_ foi elaborado um Projeto Terapêutico específico, que contou com o levantamento de queixas e expectativas da pessoa e sua família/cuidador e a avaliação da equipe do CER. A partir destes e da discussão da equipe, foram definidos os seguintes atendimentos:

Atendimento	Data	Horário

- Os horários acima poderão ser alterados conforme necessidade do usuário ou demanda do serviço.
- O usuário será reavaliado periodicamente, podendo ocorrer continuidade do atendimento, alta ou outro encaminhamento, conforme avaliação da equipe e discussão com familiar/cuidador.
- O envolvimento do usuário assim como da família/cuidador no tratamento é muito importante, sendo necessário seu apoio para realização sistemática das orientações e tarefas solicitadas, assim como a participação em reunião/grupo de família/cuidador sempre que necessário.
- O paciente que usar OPM deverá trazê-la sempre à terapia, mesmo que esteja com dificuldade na sua utilização. No caso de aparelho auditivo, implante coclear ou sistema FM, os mesmos deverão ser levados mesmo que estejam com defeito ou sem pilha.
- Os relatórios devem ser solicitados com antecedência de pelo menos uma semana.
- A assiduidade e a pontualidade são fundamentais para o resultado do tratamento e caso haja algum problema ou dificuldade pontual em comparecer, solicitamos que avisem com antecedência. Faltas recorrentes sem justificativa levarão ao desligamento do serviço.

Desta forma, me comprometo a seguir as orientações acima.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Entregue cópia ao paciente/ responsável.

## FICHA DE MATRICIAMENTO EM REDE

( ) Online ( ) Presencial – Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1. Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

**2. Serviços e Profissionais envolvidos**( ) CER  
\_\_\_\_\_( ) APD  
\_\_\_\_\_( ) UBS /  
eMulti \_\_\_\_\_( ) CAPS  
\_\_\_\_\_( )  
EMAD \_\_\_\_\_( ) HOSPITAL  
\_\_\_\_\_( ) OUTROS  
\_\_\_\_\_**3. Motivo do****Matriciamento:** \_\_\_\_\_**4. Descreva os serviços nos quais o usuário encontra-se inserido no momento:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**5. Descreva informações relevantes ao caso:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**6. Descreva as condutas e atribuições definidas durante a reunião para cada serviço envolvido:**\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**7. Necessidade de nova reunião:**

( ) Não ( ) Sim

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Formato: ( ) Online ( ) Presencial \_\_\_\_\_

.....  
Profissional Responsável  
Assinatura e Carimbo.....  
Profissional Responsável  
Assinatura e Carimbo

**FICHA DE ALTA**

Data da alta: \_\_/\_\_/\_\_

Data do acolhimento Pcd: \_\_/\_\_/\_\_ (Puxar data) Data do último PTS : \_\_/\_\_/\_\_ (Puxar data)

**MOTIVO DA ALTA:** **Objetivo atingido** Sem adesão satisfatória –

Descreva \_\_\_\_\_

 Abandono/desistência Mudança de território Referenciado para outro recurso/serviço: Descreva: Óbito Outro –

Descreva \_\_\_\_\_

–

**INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO REALIZADO NO CER** Reabilitação . Tempo: \_\_\_\_\_ OPM: \_\_\_\_\_ APD: Tempo \_\_\_\_\_ Outro: \_\_\_\_\_

Informações relevantes sobre o atendimento no CER:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**RETORNO AO CER PARA:** Acompanhamento anual Plantão OPM física/auditiva Outro:

Descreva \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÕES PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO:****Referenciado para:** **UBS :**

Qual \_\_\_\_\_

Considerações relevantes para a continuidade do cuidado relativas a manutenção funcional, acompanhamento uso OPM, PICS, consultas, grupos educativos e /ou terapêuticos, atividades de lazer/cultura/ esporte/ escola/social/trabalho com vistas a inclusão; suporte às famílias,...

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **CER:**

Qual \_\_\_\_\_

Considerações relevantes quanto ao motivo e expectativas para a continuidade do cuidado no novo

CER. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) **Outro serviço:**

Qual \_\_\_\_\_

Considerações relevantes para a continuidade do cuidado no serviço

referenciado \_\_\_\_\_

---

**ANEXO II -  
AVALIAÇÕES  
COMPLEMENTARES E  
PRESCRIÇÕES**

**AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL**  
(Complementar a ficha de entrevista inicial)

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

**Alergia ao látex:** ( ) sim ( ) não

**Quadro motor:**

( ) hemiplegia/ paresia ( ) Direita ( ) Esquerda

( ) diplegia / paraplegia/paresia

( ) triplegia/paresia

( ) tetraplegia/paresia

**Tônus:**

( ) Normotonia

( ) Hipertonia

( ) Hipotonia/paralisia flácida

( ) Flutuante

**Controle cervical:** ( ) presente ( ) instável ( ) ausente

**Controle de tronco:** ( ) presente ( ) instável ( ) ausente

**Coluna:**

( ) escoliose ( ) fixa ( ) flexível

( ) hiperlordose ( ) fixa ( ) flexível

( ) cifose ( ) fixa ( ) flexível

**Pelve:**

( ) anteroversão ( ) fixa ( ) flexível

( ) retroversão ( ) fixa ( ) flexível

( ) obliquidade ( ) fixa ( ) flexível ( ) direita ( ) esquerda

Descreva informações relevantes identificadas nos itens acima:

---



---

**MMSS:** Função ( ) não ( ) sim dominância: ( ) D ( ) E deformidade ( ) não ( ) sim

Descreva informações relevantes identificadas na avaliação de MMSS (edemas, subluxações, encurtamentos, alcance, tipos de preensão, soltar ativo, reações associadas, coordenação motora grossa e fina...):

---

**MMII:** ( ) abdução ( ) adução ( ) neutro deformidade ( ) não ( ) sim

Descreva informações relevantes identificadas na avaliação de MMII e análise de marcha (edemas, sistema vascular, encurtamentos, equilíbrio...):

---



---

Utilizar a Escala de Ashworth e MRC para avaliar a espasticidade e força dos principais grupos musculares:

	MSD/MID	Espasticidade	Força	MSE/MIE	Espasticidade	Força
<b>Ombro</b>	Abdução			Abdução		
	Adução			Adução		
	Flexão			Flexão		
	Extensão			Extensão		
<b>Antebraço</b>	Abdução			Abdução		
	Adução			Adução		
	Flexão			Flexão		
	Extensão			Extensão		
<b>Punho</b>	Flexão			Flexão		
	Extensão			Extensão		
<b>Quadril</b>	Abdução			Abdução		
	Adução			Adução		
	Flexão			Flexão		
	Extensão			Extensão		
<b>Joelho</b>	Flexão			Flexão		
	Extensão			Extensão		
<b>Pé</b>	Dorsiflexão			Dorsiflexão		
	Flexãoplantar			Flexãoplantar		

#### Escala de Ashworth Modificada

<b>0</b>	Sem aumento do tônus muscular	2	Moderado aumento do tônus muscular na maior parte do arco do movimento, porém os segmentos comprometidos são facilmente movimentados
1	Leve aumento do tônus muscular manifestado por mínima resistência no final do arco do movimento	3	Considerável aumento do tônus muscular com movimentação passiva dificultada
1+	Leve aumento do tônus muscular manifestado por leve resistência em 50% do arco do movimento	4	Rigidez em flexão ou extensão

#### Escala de Avaliação de Força Muscular (MRC – Medical Research Council)

<b>0</b>	Não se percebe nenhuma contração	3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
1	Traço de contração, sem produção de movimento	4	Realiza movimento contra resistência externa moderada e gravidade
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação de gravidade	5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

**Sensibilidade: superficial (tátil- toque leve e profundo, térmica, dolorosa) profunda (sentido de posição e cinestesia):**

Informações

complementares: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

.....  
Profissional Responsável

.....  
Profissional Responsável

**AVALIAÇÃO ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
(Complementar a ficha de entrevista inicial)**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

História clínica pregressa e atual (antecedentes, cirurgias):

---



---



---



---

Presença de osteossíntese:

( ) não ( ) sim, local:

---

Exames complementares:

---



---

Quadro algico: ( ) Não ( ) Sim

Local:

---



---

Mensuração:

---



---



Fatores de melhora e piora da dor:

---



---

Avaliação cinético-funcional:

ADM's: ( ) livres ( ) limitadas – Quais (goniometria):

---



---



---

Testes especiais/ específicos, coordenação motora grossa e fina, fixações, subluxações, deformidades, edemas, e outros:

---

Trofismo e força muscular (Escala MRC 0 a 5). Descreva as áreas avaliadas:

---



---



---

Escala de Avaliação de Força Muscular (MRC – Medical Research Council)			
0	Não se percebe nenhuma contração	3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
1	Traço de contração, sem produção de movimento	4	Realiza movimento contra resistência externa moderada e gravidade
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação de gravidade	5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

Sensibilidade (superficial: tátil- toque leve e profundo, térmica, dolorosa) / profunda: sentido de posição e cinestesia):

---



---

Análise de marcha:

---



---



---

Informações complementares:

---



---



---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

.....  
 Profissional Responsável  
 Assinatura e Carimbo

.....  
 Profissional Responsável  
 Assinatura e Carimbo

## AVALIAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS E ADEQUAÇÃO POSTURAL

Nome: \_\_\_\_\_

Cor: ( )branca ( )preta ( )amarela ( )parda ( )indígena Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ kg altura: \_\_\_\_\_ informante: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ cid: \_\_\_\_\_

Medicações: ( ) não ( ) sim quais? \_\_\_\_\_

Estuda? ( ) não ( ) sim

Trabalha? ( ) não ( ) sim

Aposentado? ( ) não ( ) sim

### HISTÓRICO

Pneumonia recorrente: ( ) não ( ) sim

Disfagia: ( ) não ( ) sim

Colostomia: ( ) não ( ) sim

O2: ( ) não ( ) sim

Traqueostomia: ( ) não ( ) sim

GTT: ( ) não ( ) sim

Controle de esfíncter: ( ) não ( ) sim

Uso de Coletor de urina Papagaio: ( ) não ( ) sim

Convulsão: ( ) não ( ) sim Úlcera de pressão: ( ) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_

Cirurgias programadas: ( ) não ( ) sim - Qual: \_\_\_\_\_

Utiliza órtese? ( ) não ( ) sim - Qual: \_\_\_\_\_

Utiliza almofada? ( ) não ( ) sim - Qual: \_\_\_\_\_

Reabilitação: ( ) fisio ( ) fono ( ) TO onde: \_\_\_\_\_

Acompanhamento médico: ( ) neurologista ( ) ortopedista ( ) fisiatra onde: \_\_\_\_\_

### ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

Alimentação: ( ) independente ( ) semi – independente ( ) dependente

Vestuário: ( ) independente ( ) semi – independente ( ) dependente

Higiene: ( ) independente ( ) semi – independente ( ) dependente

Transferência: ( ) independente ( ) semi – independente ( ) dependente

### ACESSIBILIDADE

Uso interno da CR (casa): ( ) boa acessibilidade ( ) acessibilidade Ruim ( ) escadas

Banheiro com acessibilidade e espaço? ( ) não ( ) sim

Uso externo da CR (escola, trabalho, outros) / mobilidade urbana: ( ) boa acessibilidade ( ) acessibilidade ruim

( ) escadas ( ) rua com buracos ( ) terra ( ) paralelepípedo ( ) maresia

Tempo de uso diário: ( ) 0h- 2h ( ) 2h - 4h ( ) 4h – 6h ( ) mais de 6h

Transporte: ( ) Público ( ) Carro Particular ( ) ATENDE / Ambulância

### VISÃO/AUDIÇÃO

Tem algum problema visual? ( ) não ( ) sim

Tem algum problema auditivo? ( ) não ( ) sim

**COMUNICAÇÃO**

( ) Verbal ( ) Não verbal ( ) Olhar/sorriso/choro ( ) Gestos ( ) Com. Alternativa

**COGNITIVO**

Tem alguma deficiência mental/intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.?

( ) não ( ) sim

**EXAME FÍSICO**

**Tônus:** ( ) hipertonia ( ) hipotonia ( ) flutuante

**Controle cervical:** ( ) presente ( ) instável ( ) ausente

**Controle de tronco:** ( ) presente ( ) instável ( ) ausente

**Coluna:**

( ) escoliose ( ) fixa ( ) flexível

( ) hiperlordose ( ) fixa ( ) flexível

( ) cifose ( ) fixa ( ) flexível

**Pelve:**

( ) anteroversão ( ) fixa ( ) flexível

( ) retroversão ( ) fixa ( ) flexível

( ) obliquidade ( ) fixa ( ) flexível ( ) direita ( ) esquerda

**Testes:**

Galeazzi: \_\_\_\_\_ Thomas: \_\_\_\_\_

**MMSS:** Função ( ) não ( ) sim dominância: ( ) direita ( ) esquerda deformidade ( ) não ( ) sim

**MMII:** ( ) abdução ( ) adução ( ) neutro deformidade ( ) não ( ) sim

**SISTEMA ADEQUAÇÃO POSTURAL**

Cadeira de Rodas e/ou Sistema de Adequação Postural que possui: \_\_\_\_\_

Possui cadeira de banho? ( ) não ( ) sim \_\_\_\_\_

Propulsiona da Cadeira de Rodas ( ) não ( ) sim como: \_\_\_\_\_

Trouxe prescrição de outro serviço? ( ) não ( ) sim qual: \_\_\_\_\_

Aspectos positivos e negativos segundo usuário: \_\_\_\_\_

Expectativa/Objetivo em relação ao uso: \_\_\_\_\_

**VÁLIDO POR 6 MESES.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Profissional

## PRESCRIÇÃO DE CADEIRAS DE RODAS, BANHO E ADEQUAÇÃO POSTURAL

IDENTIFICAÇÃO	CER: _____ Data da avaliação: __/__/__ Período _____
	Nome do Paciente: _____
	CNS: _____ CPF: _____ DN: ____/____/____ Prontuário: _____
	Nome do responsável: _____
	Telefone: _____ Cor: ( )branca ( )preta ( )amarela ( )parda ( )indígena
	Realiza terapia ou acompanhamento em reabilitação? (1)Não (2)Sim Local: _____
Diagnóstico: _____ CID: _____ Peso: _____ Kg	

CADEIRA DE RODAS	<b>CÓDIGO DA CADEIRA</b>	<b>ESPECIFICAÇÕES</b>					
	( ) 1. Padrão Adulto/Infantil SUS: 07.01.01.002-9	Empresa ( ) 1. Metalplay ( ) 2. Inverter ( ) 3. Jaguaribe ( ) Dune ( ) Ottobock					
	( ) 2. Tetraplégico adulto/Infantil SUS: 07.01.01.004-5	Modelo: _____					
	( ) 3. Acima de 90kg SUS: 07.01.01.021-5	Cor estrutura: _____ Cor tecido: _____					
	( ) 4. Monobloco SUS: 07.01.01.020-7	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Largura</th> <th>Profundidade</th> <th>Altura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>cm</td> <td>cm</td> <td>cm</td> </tr> </tbody> </table>	Largura	Profundidade	Altura	cm	cm
Largura	Profundidade	Altura					
cm	cm	cm					
( ) 5. Motorizada Joystick ( ) Direita ( ) Esquerda ( ) _____ SUS: 07.01.01.022-3	Opcionais: _____						

CADEIRA DE BANHO	( ) 6. Cadeira banho c/assento sanitário SUS: 07.01.01.003-7	Empresa ( ) 1. Metalplay ( ) 2. Inverter ( ) 3. Jaguaribe ( ) Dune	
	( ) 7. Cadeira banho c/ encosto reclinável SUS: 07.01.01.024-0		Modelo: _____
	( ) 8. Cadeira banho c/ aro de propulsão SUS: 07.01.01.025-8		Cor: _____
	( ) 9. Cadeira banho em concha infantil SUS: 07.01.01.023-1		

## JUSTIFICATIVA/CONSIDERAÇÕES:

ALMOFADA: ( ) 1. Não

07.01.02.062-8 (de ar) ( ) 2. Sim/Modelo: \_\_\_\_\_ Tamanho: \_\_\_\_\_

ADEQUAÇÃO POSTURAL: ( ) 1. Não - Ir para conclusão

( ) 2. Convencional - Prescrever adequação

( ) 3. Digitalizada

	<b>MEDIDAS</b>	A – Assento à cabeça: _____ B – Largura do quadril: _____ C – Profundidade do assento: _____ (D) _____ (E) D – Pé ao joelho: _____ E – Tamanho do pé: _____ F – Assento ao ombro: _____ (D) _____ (E) G – Largura dos ombros: _____ H – Assento à axila: _____ (D) _____ (E) I – Largura do tronco: _____
--	----------------	---

<b>ADEQUAÇÃO POSTURAL</b>	<b>AVALIAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> dar tilt <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> abrir ângulo assento-encosto _____ <input type="checkbox"/> suporte de dieta	<b>PROVA</b> em ____/____/____ às _____ horas
	<input type="checkbox"/> 1.ASSENTO: <input type="checkbox"/> Anatômico <input type="checkbox"/> Digitalizado <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Assento flexível (somente com encosto em tiras de velcro) <input type="checkbox"/> Onda: Alt: ____ cm X Prof: ____ cm <input type="checkbox"/> Visco: ____ cm <input type="checkbox"/> Dente: ____ cm ( )D ( ) E <input type="checkbox"/> Compensar: ____ cm ( )D ( ) E <input type="checkbox"/> Faixa para MMII <input type="checkbox"/> Reforçado	<input type="checkbox"/> 1.ASSENTO (SUS 07.01.01.026-6)
	<input type="checkbox"/> 2.ENCOSTO: <input type="checkbox"/> Anatômico <input type="checkbox"/> Digitalizado <input type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Tiras de velcro <input type="checkbox"/> Encosto: ( ) Alto: ombro ( ) Baixo: escapula <input type="checkbox"/> Escavado: ____ cm <input type="checkbox"/> Visco: ____ cm	<input type="checkbox"/> 2.ENCOSTO (SUS 07.01.01.027-4)
	<input type="checkbox"/> 3.APOIO LAT. QUADRIL: <input type="checkbox"/> Reforçar adutores Cinto Pélvico: ( ) Baby ( ) Infantil ( ) Juvenil ( ) 4 pontos	<input type="checkbox"/> 3.APOIO LAT. QUADRIL (SUS 07.01.01.030-4) <input type="checkbox"/> 1X ( ) 2X
	<input type="checkbox"/> 4.APOIO LAT. TRONCO: <input type="checkbox"/> Apoio de tronco removível (regulagens) Cinto Camiseta: ( ) Baby ( ) Infantil ( ) Juvenil <input type="checkbox"/> Recorte p/ gastro <input type="checkbox"/> Faixa torácica	<input type="checkbox"/> 4.APOIO LAT. TRONCO (SUS 07.01.01.029-0) <input type="checkbox"/> 1X ( ) 2X
	<input type="checkbox"/> 5.APOIO DE CABEÇA: <input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Occipital <input type="checkbox"/> Especial sob medida	<input type="checkbox"/> 5.APOIO CABEÇA (SUS: 07.01.01.031-2)
	<input type="checkbox"/> 6.APOIO DE BRAÇO: <input type="checkbox"/> Estofado	<input type="checkbox"/> 6.APOIO BRAÇO (SUS 07.01.01.032-0)
	<input type="checkbox"/> 7.CAVALO: <input type="checkbox"/> Abdutor Fixo: (junto ao assento anatômico) <input type="checkbox"/> Abdutor Removível: Alt: ____ cm x Larg: ____ cm	<input type="checkbox"/> 7.CAVALO (SUS: 07.01.01.033-9)
	<input type="checkbox"/> 8.APOIO DE PÉ: <input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Caixa <input type="checkbox"/> EVA <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Plataforma <input type="checkbox"/> Proteger haste <input type="checkbox"/> Visco na panturrilha Faixa para: <input type="checkbox"/> Pés <input type="checkbox"/> Tornozelos <input type="checkbox"/> Panturrilha <input type="checkbox"/> Reforçado	<input type="checkbox"/> 8.APOIO PÉ (SUS: 07.01.01.028-2)
<input type="checkbox"/> 9.MESA DE ATIVIDADES: <input type="checkbox"/> EVA	<input type="checkbox"/> 9.MESA DE ATIVIDADE (SUS: 07.01.02.064-4)	
Nome/ASS/CREFITO _____ Nome/ASS/Empresa/AP _____	Nome/ASS/CREFITO _____ Nome/ASS/Empresa/AP _____	
Eu, _____ estou ciente e concordo com o que foi prescrito. Além disso, informo que o meu cadastro está atualizado e que serão realizados contatos telefônicos para prova e retirada do equipamento. Caso eu não compareça nas datas agendadas o equipamento poderá ser transferido para outro usuário SUS. Assinatura: _____ ( ) responsável / ( ) paciente		

## AVALIAÇÃO PARA PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES DE MMII, CALÇADOS E PALMILHAS

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Informante: \_\_\_\_\_ Cor: ( ) branca ( ) preta ( ) amarela ( ) parda ( ) indígena

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Medicações: ( ) não ( ) sim quais? \_\_\_\_\_

Estuda? ( ) não ( ) sim      Trabalha? ( ) não ( ) sim      Aposentado? ( ) não ( ) sim

Fuma? ( ) não ( ) sim      DM? ( ) não ( ) sim      Neuropatia? ( ) não ( ) sim

### HISTÓRICO

Amputação: ( ) não ( ) sim Local, quando? \_\_\_\_\_

Histórico de lesões por pressão: ( ) não ( ) sim – Onde? \_\_\_\_\_

Cirurgias programadas: ( ) não ( ) sim - Qual: \_\_\_\_\_

Utiliza órtese, calçado e/ou palmilha? ( ) não ( ) sim- Qual/qto tempo: \_\_\_\_\_

Reabilitação: ( ) fisio ( ) fono ( ) TO Onde: \_\_\_\_\_

Acompanhamento: ( ) neurologista ( ) ortopedista ( ) fisiatra ( ) médico da família Onde: \_\_\_\_\_

### ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

Vestuário: ( ) independente ( ) semi – independente ( ) dependente

Higiene: ( ) independente ( ) semi – independente ( ) dependente

Colocação de meias e calçado: ( ) independente ( ) semi – independente ( ) dependente

Tempo de uso diário da OPM de MMII: ( ) 0h- 2h ( ) 2h - 4h ( ) 4h – 6h ( ) mais de 6h

Ponto de Pressão: ( ) não ( ) sim- Onde: \_\_\_\_\_

Marcha: ( ) ausente ( ) terapêutica ( ) domiciliar ( ) comunitária

### EXAME FÍSICO

Bolhas, rachaduras ou lesão: ( ) não ( ) sim LOCAL? \_\_\_\_\_

Anda descalço? ( ) não ( ) sim Unha encravada? ( ) não ( ) sim

Micoses interdigitais? ( ) não ( ) sim Utiliza meias de algodão claras? ( ) não ( ) sim

Tônus: ( ) hipertonia ( ) hipotonia ( ) flutuante ( ) sem alteração

Pele MMII e pé: ( ) hidratada ( ) ressecada ( ) textura fina

UP atual: ( ) não ( ) sim Local: \_\_\_\_\_

Em tratamento? ( ) não ( ) sim Local: \_\_\_\_\_

Quadril: ( ) abdução ( ) adução ( ) neutro deformidade ( ) não ( ) sim

Joelhos: ( ) genu valgo ( ) genu varo

Tipo de pé: ( ) sem alteração ( ) cavo ( ) plano

Antepé: ( ) neutro ( ) varo ( ) valgo

Calcâneo com descarga: ( ) invertido ( ) vertical ( ) evertido

Dor: ( ) ao repouso ( ) período noturno ( ) durante o dia ( ) durante marcha

Deformidades estruturadas no pé: ( ) não ( ) sim Onde? \_\_\_\_\_

Sensibilidade (monofilamento Lilás):



Direito	( ) presente	( ) ausente	( ) diminuído
Esquerdo	( ) presente	( ) ausente	( ) diminuído

Goniometria em graus e Força Muscular (grau de 0 a 5)	Direito	Esquerdo
Dorsiflexão do tornozelo		
Flexão plantar do tornozelo		
Inversão do tornozelo		
Eversão do tornozelo		

**Órteses, palmilha e calçados**

Órtese, calçado e/ou palmilha que possui: \_\_\_\_\_

Utiliza outro recurso? (andador, bengala, muleta, órteses de MMSS): \_\_\_\_\_

Trouxe prescrição de outro serviço? ( ) não ( ) sim qual: \_\_\_\_\_

Aspectos positivos e negativos segundo usuário: \_\_\_\_\_

Expectativa/Objetivo em relação ao uso: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**VÁLIDO POR 6 MESES.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Profissional

PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES																																																																									
IDENTIFICAÇÃO	CER: _____ Data da avaliação: ____/____/____ Prontuário: _____																																																																								
	Nome: _____ DN: ____/____/____																																																																								
	CNS: _____ CPF: _____ TEL: _____																																																																								
	Realiza terapia ou acompanhamento em reabilitação? (1) Não (2) Sim Local: _____																																																																								
	Diagnóstico: _____ CID: _____ Região Moradia: _____ (vide tabela)																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: small;"> <tr> <td>1</td><td>Aricanduva</td><td>7</td><td>Cid Tiradentes</td><td>13</td><td>Itaquera</td><td>19</td><td>Parelheiros</td><td>25</td><td>Santo Amaro</td><td>31</td><td>V. Prudente</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>Butantã</td><td>8</td><td>Ermelino Matarazzo</td><td>14</td><td>Jabaquara</td><td>20</td><td>Penha</td><td>26</td><td>São Mateus</td><td>32</td><td>Sapopemba</td> </tr> <tr> <td>3</td><td>Campo Limpo</td><td>9</td><td>Freguesia/Brasilândia</td><td>15</td><td>Jaçanã/Tremembé</td><td>21</td><td>Perus</td><td>27</td><td>São Miguel</td><td>33</td><td>Outro Município</td> </tr> <tr> <td>4</td><td>Capela Socorro</td><td>10</td><td>Guaianases</td><td>16</td><td>Lapa</td><td>22</td><td>Pinheiros</td><td>28</td><td>Sé</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>5</td><td>Casa Verde/Cach</td><td>11</td><td>Ipiranga</td><td>17</td><td>M' Boi Mirim</td><td>23</td><td>Pirituba/Jaraguá</td><td>29</td><td>Vila Mariana</td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>6</td><td>Cid Ademar</td><td>12</td><td>Itaim Paulista</td><td>18</td><td>Móoca</td><td>24</td><td>Santana/Tucuruvi</td><td>30</td><td>V.Maria/V.Guilherme</td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	Aricanduva	7	Cid Tiradentes	13	Itaquera	19	Parelheiros	25	Santo Amaro	31	V. Prudente	2	Butantã	8	Ermelino Matarazzo	14	Jabaquara	20	Penha	26	São Mateus	32	Sapopemba	3	Campo Limpo	9	Freguesia/Brasilândia	15	Jaçanã/Tremembé	21	Perus	27	São Miguel	33	Outro Município	4	Capela Socorro	10	Guaianases	16	Lapa	22	Pinheiros	28	Sé			5	Casa Verde/Cach	11	Ipiranga	17	M' Boi Mirim	23	Pirituba/Jaraguá	29	Vila Mariana			6	Cid Ademar	12	Itaim Paulista	18	Móoca	24	Santana/Tucuruvi	30	V.Maria/V.Guilherme		
1	Aricanduva	7	Cid Tiradentes	13	Itaquera	19	Parelheiros	25	Santo Amaro	31	V. Prudente																																																														
2	Butantã	8	Ermelino Matarazzo	14	Jabaquara	20	Penha	26	São Mateus	32	Sapopemba																																																														
3	Campo Limpo	9	Freguesia/Brasilândia	15	Jaçanã/Tremembé	21	Perus	27	São Miguel	33	Outro Município																																																														
4	Capela Socorro	10	Guaianases	16	Lapa	22	Pinheiros	28	Sé																																																																
5	Casa Verde/Cach	11	Ipiranga	17	M' Boi Mirim	23	Pirituba/Jaraguá	29	Vila Mariana																																																																
6	Cid Ademar	12	Itaim Paulista	18	Móoca	24	Santana/Tucuruvi	30	V.Maria/V.Guilherme																																																																

PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES	
CÓDIGO	<b>ÓRTESES – CINTA, COLETE E SUSPENSÓRIO</b>
	1. ( ) <b>07.01.02.001-6</b> - ÓRTESE/CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXO) - Circunferência abdominal: _____
	2. ( ) <b>07.01.02.002-4</b> - ÓRTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO) - Circunferência abdominal: _____
	3. ( ) <b>07.01.02.003-2</b> - ÓRTESE / COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE – <b>SOB MEDIDA</b>
	4. ( ) <b>07.01.02.028-8</b> - ÓRTESE TLSO / COLETE TIPO BOSTON – <b>SOB MEDIDA</b>
	5. ( ) <b>07.01.02.030-0</b> - ÓRTESE TLSO CORRETIVA TORACO-LOMBAR EM POLIPROPILENO
	6. ( ) <b>07.01.02.031-8</b> - ORTESE TLSO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSER – <b>SOB MEDIDA</b>
	7. ( ) <b>07.01.02.029-6</b> - ÓRTESE TLSO / TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT –
	8. ( ) <b>07.01.02.004-0</b> - ORTESE / COLETE TIPO WILLIAMS – <b>SOB MEDIDA</b>
	9. ( ) <b>07.01.02.032-6</b> - ÓRTESE TORÁCICA COLETE DINÂMICA DE COMPRESSÃO TORÁCICA – <b>SOB MEDIDA</b>
10. ( ) <b>07.01.02.026-1</b> - ÓRTESE SUSPENSÓRIO DE PAVLIK –	
<b>ÓRTESES – CRUROMALEOLAR, PÉLVICO- CRURAL, CRUROPODÁLICA E PÉLVICO - PODÁLICA</b>	
1. ( ) <b>07.01.02.007-5</b> - ÓRTESE CRUROMALEOLAR PARA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ( ) Direita ( ) Esquerda <b>SOB MEDIDA</b>	
2. ( ) <b>07.01.02.008-3</b> - ÓRTESE CRUROPODÁLICA COM DISTRATOR PARA GENUVALGO/GENUVARO (INFANTIL E JUVENIL) ( ) Direita ( ) Esquerda <b>SOB MEDIDA</b>	
3. ( ) <b>07.01.02.006-7</b> - ÓRTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO PARA IMOBILIZAÇÃO DE JOELHO EM EXTENSÃO ARTICULADA	
4. ( ) <b>07.01.02.020-2</b> - ÓRTESE RÍGIDA PARA LUXAÇÃO CONGÊNITA DO QUADRIL	
5. ( ) <b>07.01.02.014-8</b> - ÓRTESE METÁLICA CRUROPODÁLICA ADULTO ( ) Direita ( ) Esquerda <b>SOB MEDIDA</b>	

	6. <input type="checkbox"/> 07.01.02.019-9 - ÓRTESE PELVICO-PODÁLICA METÁLICA PARA ADULTO COM OU SEM APOIO ISQUIÁTICO (19 a 130 anos) – <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda SOB MEDIDA
<b>ÓRTESES – SUROPODÁLICA E GENUPODÁLICO</b>	
	1. <input type="checkbox"/> 07.01.02.010-5 - ÓRTESE DINÂMICA SUROPODÁLICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda Tamanhos: <input type="checkbox"/> 35-37 <input type="checkbox"/> 37-39 <input type="checkbox"/> 39-41 <input type="checkbox"/> 41-43
	2. <input type="checkbox"/> 07.01.02.012-1 - ÓRTESE GENUPODÁLICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda
	3. <input type="checkbox"/> 07.01.02.023-7 - ÓRTESE SUROPODÁLICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (INFANTIL) (0 a 19 anos) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda Velcro Tornozelo: <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Anti-Valgo <input type="checkbox"/> Anti-Varo Velcro Antepé: <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Removível Orifícios para Ventilação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SOB MEDIDA Antiderrapante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	4. <input type="checkbox"/> 07.01.02.022-9 - ÓRTESE SUROPODÁLICA SEM ARTICULAÇÃO EM POLIPROPILENO (ADULTO)- (19 a 130 anos) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda Velcro Tornozelo: <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Anti-Valgo <input type="checkbox"/> Anti-Varo Velcro Antepé: <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Removível Orifícios para Ventilação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SOB MEDIDA Antiderrapante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	5. <input type="checkbox"/> 07.01.02.021-0 - ÓRTESE SUROPODÁLICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL - (0 a 19 anos) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda Velcro Tornozelo: <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Anti-Valgo <input type="checkbox"/> Anti-Varo Velcro Antepé: <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Removível Orifícios para Ventilação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SOB MEDIDA Antiderrapante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Com trava: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	6. <input type="checkbox"/> 07.01.02.025-3 - ÓRTESE SUROPODÁLICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO) (12 a 130 anos) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda Velcro Tornozelo: <input type="checkbox"/> Neutro <input type="checkbox"/> Anti-Valgo <input type="checkbox"/> Anti-Varo Velcro Antepé: <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Removível Orifícios para Ventilação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SOB MEDIDA Antiderrapante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	7. <input type="checkbox"/> 07.01.02.052-0- PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TIPO CHOPART (idade não se aplica) <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda Velcro Tornozelo: <input type="checkbox"/> Fixo <input type="checkbox"/> Removível Orifícios para Ventilação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não SOB MEDIDA Antiderrapante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>ÓRTESES – MEMBROS SUPERIORES</b>	
CÓDI	1. <input type="checkbox"/> 07.01.02.027-0 - ÓRTESE TIPO SARMIENTO PARA ÚMERO <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda
JUSTIFICATIVA/CONSIDERAÇÕES: _____	

ASS.: _____ Nome: _____ Nº CREFITO: _____	ASS.: _____ Nome: _____ Empresa/ AP: _____
Eu, _____ estou ciente e concordo com o que foi prescrito. Além disso, informo que o meu cadastro está atualizado e que serão realizados contatos telefônicos para prova e retirada do equipamento. Caso eu não compareça nas datas agendadas o equipamento poderá ser transferido para outro usuário SUS. Assinatura _____ <input type="checkbox"/> responsável <input type="checkbox"/> paciente	

## PRESCRIÇÃO DE CALÇADOS E PALMILHAS

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	CER: _____ Data da avaliação: ____/____/____											
	Prontuário: _____											
	Nome: _____ DN: ____/____/____ CNS: _											
	CPF: _____ TEL: _____											
	Realiza terapia ou Reab? (1) Não (2) Sim Local: _____ Região Moradia: ____ (vide tabela)											
	Diagnóstico: _____ CID: _____											
	1	Aricanduva	7	Cid Tiradentes	13	Itaquera	19	Parelheiros	25	Santo Amaro	31	V. Prudente
	2	Butantã	8	Ermelino Matarazzo	14	Jabaquara	20	Penha	26	São Mateus	32	Sapopemba
	3	Campo Limpo	9	Freguesia/Brasilândia	15	Jaçanã/Tremembé	21	Perus	27	São Miguel	33	Outro Município
	4	Capela Socorro	10	Guaianases	16	Lapa	22	Pinheiros	28	Sé		
	5	Casa Verde/Cach	11	Ipiranga	17	M' Boi Mirim	23	Pirituba/Jaraguá	29	Vila Mariana		
	6	Cid Ademar	12	Itaim Paulista	18	Mooca	24	Santana/Tucuruvi	30	V.Maria/V.Guilherme		

<b>CÓDIGO</b>	1. ( ) <b>07.01.01.005-3</b> - CALÇADOS ANATÔMICOS COM PALMILHAS PARA PÉS NEUROPÁTICOS (PAR) N° CALÇADO ATUAL: _____ ( ) 1 velcro – DSD05 ( ) 2 velcros – DSD01 ( ) 3 velcros – DSD03 ( ) Frente neoprene 2 velcros – 510 ( ) Neoprene, recorte para joanete – DSD02
	2. ( ) <b>07.01.01.008-8</b> - CALÇADOS <u>SOB MEDIDA</u> P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA DE MEMBROS INFERIORES A PARTIR DO NUMERO 34 N° CALÇADO ATUAL: _____
	3. ( ) <b>07.01.01.009-6</b> - CALÇADOS <u>SOB MEDIDA</u> PARA COMPENSAÇÃO DE ENCURTAMENTO ATÉ NÚMERO 33 (PAR) N° CALÇADO ATUAL: _____
	4. ( ) <b>07.01.01.014-2</b> - PALMILHAS CONFECCIONADAS <u>SOB MEDIDA</u> (PAR) N° CALÇADO ATUAL: _____
	5. ( ) <b>07.01.01.015-0</b> - PALMILHAS P/ PÉS NEUROPÁTICOS CONFECCIONADAS <u>SOB MEDIDA</u> PARA ADULTOS OU CRIANÇAS N° CALÇADO ATUAL: _____
	6. ( ) <b>07.01.01.016-9</b> - PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES ATÉ O NÚMERO 33 (PAR) N° CALÇADO ATUAL: _____ ( ) COURO ( ) EVA
	7. ( ) <b>07.01.01.017-7</b> - PALMILHAS PARA SUSTENTAÇÃO DOS ARCOS PLANTARES NÚMEROS ACIMA DE 34 (PAR) N° CALÇADO ATUAL: _____ ( ) COURO ( ) EVA
	8. ( ) <b>07.01.02.056-3</b> PROTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTAÇÃO EM NÍVEL DE ANTEPÉ ( ) Direita ( ) Esquerda
<b>JUSTIFICATIVA/CONSIDERAÇÕES:</b> _____ _____ _____	

ASS.: _____	ASS.: _____
Nome: _____ Nº CREFITO: _____	Nome: _____ Empresa: _____
Eu, _____ estou ciente e concordo com o que foi prescrito. Além disso, informo que o meu cadastro está atualizado e que serão realizados contatos telefônicos para prova e retirada do equipamento. Caso eu não compareça nas datas agendadas o equipamento poderá ser transferido para outro usuário SUS.	
Assinatura _____ ( ) responsável ( ) paciente	

## PRESCRIÇÃO DE ANDADORES, BENGALAS E MULETAS

IDENTIFICAÇÃO	CER: _____ Data da avaliação: ____/____/____ Prontuário: _____											
	Nome: _____											
	DN: ____/____/____ CNS: _____ CPF: _____ TEL: _____											
	Realiza terapia ou Reab? (1) Não (2) Sim Local: _____ Região Moradia: _____ (vide tabela)											
	Diagnóstico: _____ CID: _____											
	1	Aricanduva	7	Cid Tiradentes	13	Itaquera	19	Parelheiros	25	Santo Amaro	31	V. Prudente
	2	Butantã	8	Ermelino Matarazzo	14	Jabaquara	20	Penha	26	São Mateus	32	Sapopemba
3	Campo Limpo	9	Freguesia/Brasilândia	15	Jaçanã/Tremembé	21	Perus	27	São Miguel	33	Outro Município	
4	Capela Socorro	10	Guaianases	16	Lapa	22	Pinheiros	28	Sé			
5	Casa Verde/Cachoeira	11	Ipiranga	17	M' Boi Mirim	23	Pirituba/Jaraguá	29	Vila Mariana			
6	Cid Ademar	12	Itaim Paulista	18	Mooca	24	Santana/Tucuruví	30	V. Maria/V. Guilherme			

1. ( ) **07.01.01.001-0** - ANDADOR ARTICULADO EM ALUMÍNIO COM 4 PONTEIRAS

( ) Simples DB 003: ( ) Adulto ( ) Infantil Medidas: Adulto: alt. mín 80cm máx. 90cm  
 ( ) Com rodízio DB 004: ( ) Adulto ( ) Infantil Infantil: alt. mín 70cm máx. 80cm  
 ( ) Barra dupla (sem rodízio) DB 009

2. ( ) **07.01.01.013-4** - MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMÍNIO REGULÁVEL NA ALTURA (PAR)

( ) Infantil Medida - alt. mín. 76 cm máx. 84cm  
 ( ) Pequeno Medida: alt. mín. 106 cm máx. 114cm ( ) Modelo: DB300  
 ( ) Médio Medida: alt. mín. 121 cm máx. 129cm ( ) Modelo: DB302  
 ( ) Grande Medida: alt. mín. 133 cm máx. 141cm

3. ( ) **07.01.01.011-8** - BENGALA CANADENSE REGULÁVEL EM ALTURA (PAR)

( ) Modelo A – DB210 Medidas: Modelo A: Alt. mín. 95 cm máx. 115 cm  
 ( ) Modelo B – DB260 Modelo B: Alt. mín. 80 cm máx. 97 cm  
 ( ) Modelo C – DB212 e DB214 Modelo C: Alt. mín. 97 cm máx. 114 cm

4. ( ) **07.01.02.065-2** - BENGALA DE 4 PONTAS

( ) Pés centralizados, de ferro – DB221  
 ( ) Pés lateralizados – DB222 Medidas: Alt. mín. 80 cm máx. 97 cm  
 ( ) \_\_\_ pontas

5. ( ) **07.01.02.060-1** TÁBUA PRANCHA PARA TRANSFERÊNCIA

JUSTIFICATIVA/CONSIDERAÇÕES: \_\_\_\_\_

ASS.: _____ Nome: _____ Nº CREFITO: _____	ASS.: _____ Nome: _____ Empresa: _____
--	---

Eu, \_\_\_\_\_ estou ciente e concordo com o que foi prescrito. Além disso, informo que o meu cadastro está atualizado e que serão realizados contatos telefônicos para prova e retirada do equipamento. Caso eu não compareça nas datas agendadas o equipamento poderá ser transferido para outro usuário SUS.

Assinatura \_\_\_\_\_ ( ) responsável ( ) paciente

**AVALIAÇÃO E PRESCRIÇÃO PARA PROTETIZAÇÃO**  
**Complementar a ficha de entrevista inicial**

CER: \_\_\_\_\_

DATA DA AVALIAÇÃO INICIAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1ª Protetização ( ) Troca de prótese ( )****DADOS PESSOAIS:**

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ CER de referência: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE – FASE PRÉ-PROTÉTICA:**

Data da amputação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Segmento e Nível amputado: \_\_\_\_\_

Histórico /Queixa: \_\_\_\_\_

Comorbidades: \_\_\_\_\_

Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

Exames: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO:**

Condições do coto: \_\_\_\_\_

Enfaixamento adequado? ( ) Sim ( ) Não \_\_\_\_\_

Dor neuropática: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Sensação Fantasma ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Sensibilidade: \_\_\_\_\_

Alterações vasculares periféricas: \_\_\_\_\_

Força muscular e ADM: \_\_\_\_\_

Perimetria partindo de 5 cm do ápice do coto: \_\_\_\_\_

Condições do membro contralateral: \_\_\_\_\_

Já utiliza prótese? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Prótese adequada? ( ) Sim ( ) Não – Motivo: \_\_\_\_\_

Uso de órteses / calçados e palmilhas? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE:**

Independência no cuidado com o membro residual? ( ) Sim ( ) Não

Independência em mobilidade, transferências e atividades funcionais? ( ) Sim ( ) Não

Marcha com descarga de peso parcial com muletas? ( ) Sim ( ) Não

Deambula com andador? ( ) Sim ( ) Não

Realiza descarga de peso total? ( ) Sim ( ) Não

Expectativa do usuário com o procedimento: \_\_\_\_\_

Obs.: \_\_\_\_\_

**CONDUTA:**

Necessidade de avaliação médica complementar com especialista? ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_

Indicação para protetização? ( ) Sim ( ) Não – Motivo: \_\_\_\_\_

Informações complementares à avaliação e/ou prescrição: \_\_\_\_\_

**Prescrição:**

( ) **0701020369 - PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL EM ALUMÍNIO OU AÇO:** Prótese com encaixe quadrilátero ou de contenção isquiática, em resina acrílica e fibra de carbono, encaixe interno flexível, com ou sem cinto pélvico ou silesiano, joelho endoesquelético mono eixo ou policêntrico em aço, com ou sem impulsor, livre ou com trava, revestida com espuma e meia cosmética. Pé Sach ou articulado.

Obs: \_\_\_\_\_

( ) **0701020423 - PRÓTESE EXOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL TIPO PTBPTS-KBM:** prótese laminada em resina acrílica e fibra de carbono, cartucho / encaixe flexível; pé tipo Sach ou articulado.

Obs: \_\_\_\_\_

( ) **0701020350 - PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DE JOELHO EM ALUMÍNIO OU AÇO:** prótese em resina acrílica com ou sem soquete flexível interno, joelho endoesquelético de quatro barras em aço com impulsor, revestimento de espuma e meia cosmética, pé Sach, articulado ou de adaptação dinâmica.

Obs: \_\_\_\_\_

( ) **0701020334 - PRÓTESE CANADENSE ENDOESQUELÉTICA EM ALUMÍNIO OU AÇO (DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL):** prótese para coto muito curto transfemoral, desarticulado de quadril e hemipelvectomy parcial / total, com cesto pélvico em resina acrílica ou polipropileno, articulação de quadril monocêntrica e com ou sem bloqueio, com ou sem impulsor, joelho tipo mono eixo ou policêntrico mecânico, com ou sem impulsor, livre ou com trava ou com freio de atrito, revestida com espuma e meia cosmética. Pé Sach ou articulado uniaxial ou de adaptação dinâmica.

Obs: \_\_\_\_\_

( ) **0701020520 - PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TIPO CHOPART:** prótese laminada em resina acrílica reforçada em fibra de carbono, para amputação de Chopart, bivaldada ou não, com ou sem apoio no tendão patelar, com pé específico para coto Chopart.

Obs: \_\_\_\_\_

( ) **0701020415 - PRÓTESE EXOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL COM COXAL OU MANGUITO DE COXA:** prótese laminada em resina acrílica e fibra de carbono para amputação transtibial, cartucho / encaixe flexível, coxal (manguito de coxa) conectado ao encaixe de resina; pé Sach ou articulado.

Obs: \_\_\_\_\_

( ) **0701020377 - PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMÍNIO OU AÇO:** prótese com encaixe laminado em resina acrílica e fibra de carbono, cartucho / encaixe interno flexível, revestida com espuma e meia cosmética. Pé Sach, articulado ou de adaptação

Obs: \_\_\_\_\_

**SUBSTITUIÇÕES E TROCAS:**

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO
( ) 0701090073	SUBSTITUIÇÃO DE PÉ SACH/ARTICULADO	Substituição de pé Sach ou articulado sem adaptador e sem ferragens
( ) 0701090090	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO ENCAIXE PARA PRÓTESE TRANSFEMURAL ENDOESQUELÉTICA/EXOESQUELÉTICA	Substituição do encaixe (soquete) de próteses transfemorais exoesqueléticas ou endoesqueléticas, confeccionadas em resina acrílica e fibra de carbono
( ) 701090065	SUBSTITUIÇÃO DE PÉ DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA	Substituição de pé de adaptação dinâmica sem adaptador e sem ferragens
( ) 701090081	SUBSTITUIÇÃO DO ENCAIXE INTERNO FLEXÍVEL PARA PRÓTESE TRANSTIBIAL EXO/ENDOESQUELÉTICA	Substituição do encaixe (soquete) de próteses transtibiais exo ou endoesqueléticas, confeccionadas em resina acrílica e fibra de carbono, com encaixe interno flexível

( ) 701090022	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA COSMÉTICA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL	Substituição / troca da espuma e meia de revestimento cosmético
( ) 701090030	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA COSMÉTICA EM PRÓTESE TRANSTIBIAL ENDOESQUELÉTICA	Substituição da espuma e meia cosmética

\_\_\_\_\_  
Fisiatra Responsável

\_\_\_\_\_  
Fisioterapeuta Responsável

Eu, \_\_\_\_\_ estou ciente e concordo com o que foi prescrito. Além disso, informo que o meu cadastro está atualizado e que serão realizados contatos telefônicos para prova e retirada do equipamento. Caso eu não compareça nas datas agendas o equipamento poderá ser transferido para outro usuário SUS.

Assinatura \_\_\_\_\_ ( ) responsável ( ) paciente

**FASE PROTÉTICA – Empresa:** \_\_\_\_\_

**Data da moldagem inicial:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

**Data da prova:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

Necessidade de treino com a prótese? ( ) Não ( ) Sim – agendado início para \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profissional responsável pelo treino: \_\_\_\_\_

**Data da finalização:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

Profissional responsável: \_\_\_\_\_

**FASE PÓS PROTÉTICA - CONDUTA:**

Encaminhado para reabilitação ( ) Não ( ) Sim – CER \_\_\_\_\_

Descreva a adaptação do paciente com a prótese: \_\_\_\_\_

Descreva informações relevantes ao processo pós protetização: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fisiatra Responsável

\_\_\_\_\_  
Fisioterapeuta Responsável

**AVALIAÇÃO EM REABILITAÇÃO AUDITIVA**  
**(Complementar a ficha de entrevista inicial)**

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CARTÃO SUS \_\_\_\_\_ N do Prontuário \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

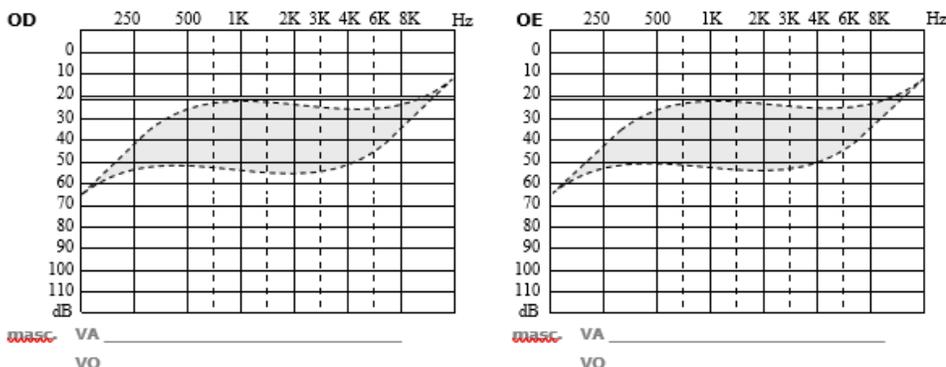
<b>I. História clínica e otológica:</b>		
Queixa:		
Dificuldade auditiva: ( ) OD ( ) OE ( ) Ambas Orelhas		Duração:
Modo de instalação: ( ) súbito ( ) gradativo		
Progressão ( ) estável ( ) progressiva ( ) flutuante		
Sintomas associados: ( ) Zumbido ( ) Tonturas ( ) Vertigens ( ) Plenitude ( ) Desconforto para sons intensos		
História de: ( ) Otalgia ( ) Otorréia ( ) Cirurgia ( ) Ototóxico ( ) Alteração de VAS: _____		
( ) Antecedentes Familiares: _____ Exposição a ruído: _____ ( ) outros: _____		
Doenças Associadas: ( ) diabetes ( ) nefropatias ( ) hipertensão ( ) pneumonia ( ) cardiopatias ( ) neuropatias ( ) DLP ( ) Outras		
Outros Comprometimentos (neuro- psico - motor - visual): _____		
Já utiliza AASI? ( ) não ( ) sim ( ) OD ( ) OE ( ) bilateral		
Exame Físico - ORL		
Otoscopia ( ) normal ( ) alterada		
Oroscopia ( ) normal ( ) alterada		
Rinoscopia ( ) normal ( ) alterada		
Avaliação com diapasão Rinne ( ) positivo ( ) negativo ( ) positivo encurtado		
Exames complementares apresentados:		
Exames laboratoriais ( ) normal ( ) alterado _____		
Exame vestibular ( ) normal ( ) alterado _____		
RM dos temporais ( ) normal ( ) alterada _____		
CT dos temporais ( ) normal ( ) alterada _____		
Exames realizados (anexos): ( ) audio ( ) imitancio ( ) EOA ( ) PEATE/BERA ( ) outros: _____		
	<b>OD</b>	<b>OE</b>
Tipo de perda	( ) NS ( ) Mista ( ) Condutiva ( ) Central	( ) NS ( ) Mista ( ) Condutiva ( ) Central
Grau (média 500, 1K, 2K e 4KLz)	( ) Normal (com perda em outras regiões) ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Mod/Severa ( ) Severa ( ) Profunda ( ) Anacusia	( ) Normal (com perda em outras regiões) ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Mod/Severa ( ) Severa ( ) Profunda ( ) Anacusia
Configuração	( ) Plana ( ) Descendente ( ) Rampa ( ) Ascendente ( ) "U" ( ) "U" invertido ( ) outras	( ) Plana ( ) Descendente ( ) Rampa ( ) Ascendente ( ) "U" ( ) "U" invertido ( ) outras
Diagnóstico etiológico provável CID _____		
( ) Desconhecido		
( ) meningite ( ) sarampo ( ) caxumba ( ) toxoplasmose ( ) rubéola congênita ( ) outras infecções		
( ) trabalho de parto prolongado ( ) Baixo peso ( ) Anóxia ( ) Prematuridade ( ) Hiperbilirrubina		
( ) outras causas perinatais		
( ) Genética ( ) Ototóxico _____ ( ) Malformação congênita _____		
( ) Surdez Súbita ( ) Otosclerose ( ) Pós-operatório ( ) TCE ( ) JOMC ( ) Fratura do temporal ( ) PAIR ( ) Presbiacusia ( ) Dç de Menière		
Conduta:		
Candidato ao uso de AASI ( ) sim ( ) não acompanhamento periódico? ( ) sim ( ) não		
Provável candidato ao Implante Coclear ( ) sim ( ) não		
Outra: _____		
OBS: _____		

Profissional Responsável/carimbo: \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data do exame \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CARTÃO SUS \_\_\_\_\_ N do Prontuário \_\_\_\_\_ Solicitação: \_\_\_\_\_  
 Audiômetro: \_\_\_\_\_ Calibrado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Imitanciómetro: \_\_\_\_\_ Calibrado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### AUDIOMETRIA TONAL



#### AUDIOMETRIA VOCAL

	OD	OE	CAMPO
LRf (SRT)	dB	dB	dB
Intens.	dB	dB	dB
Mono	%	%	%
Diss.	%	%	%
Tri	%	%	%
Masc.	dB	dB	dB
LDF (SDT)	dB	dB	dB
ID (UCL)	dB	dB	dB

Simbologia	OD	OE
VA	o	x
VA <del>o</del>	↓	z
VO	<	>
VO <del>o</del>		
LD	+	+

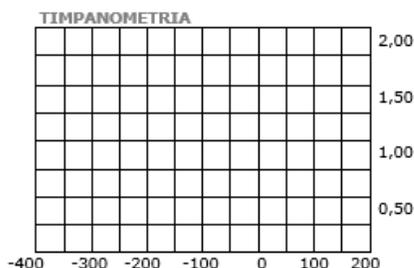
  

WEBER	500	1K	2K	4K	Hz
OD					OE

IMAE	OD	OE

#### MEDIDAS DE IMITÂNCIA ACÚSTICA



#### REFLEXO ACÚSTICO DO MÚSCULO ESTAPÉDIO

	Limiar tonal	Contra <del>daPa</del>	Dif.	<del>daPa</del> 5 Seg.	IPSI OD	Limiar tonal	Contra <del>daPa</del>	Dif.	<del>daPa</del> 5 Seg.	IPSI OE
500										
1000										
2000										
4000										

DIREITO (SONDA OE)                      ESQUERDO (SONDA OD)

#### COMPLIÂNCIA

	Pressão (daPa)	Posição neutra	+ 200 daPa	Compliância	Gradiente
OD					
OE					

#### CONCLUSÃO

#### OD

#### OE

Classificação do grau de perda auditiva	( ) OMS 2020 ( ) OMS 2014 ( ) Outra _____	( ) OMS 2020 ( ) OMS 2014 ( ) Outra _____
Grau (média 500Hz, 1, 2 e 4 kHz)	( ) Normal ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Moderadamente Severo ( ) Severo ( ) Profundo ( ) Perda Auditiva Completa/Surdo ( ) _____	( ) Normal ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Moderadamente Severo ( ) Severo ( ) Profundo ( ) Perda Auditiva Completa/Surdo ( ) _____
Tipo de perda	( ) Sensorioneural ( ) Mista ( ) Condutiva	( ) Sensorioneural ( ) Mista ( ) Condutiva
Configuração	( ) Horizontal ( ) Descendente ( ) Rampa ( ) Ascendente ( ) "U" ( ) "U" invertido ( ) outras: _____	( ) Horizontal ( ) Descendente ( ) Rampa ( ) Ascendente ( ) "U" ( ) "U" invertido ( ) outras: _____
Timpanograma	( ) A ( ) Ad ( ) Ar ( ) B ( ) C	( ) A ( ) Ad ( ) Ar ( ) B ( ) C
Reflexos Contra	( ) Normal ( ) Diminuído ( ) Aumentado ( ) Ausente	( ) Normal ( ) Diminuído ( ) Aumentado ( ) Ausente

(\*OMS, 2020; \*OMS, 2014; SILMAN & SILVERMAN, 1997; JERGER & JERGER, 1989; JERGER, 1970)

Obs: \_\_\_\_\_

Segundo o CFFa (2020) a escolha da classificação fica a critério do profissional. Entretanto, é imprescindível que o fonoaudiólogo indique qual foi a classificação adotada, desde que reconhecida e validada cientificamente. (Por exemplo: SILMAN & SILVERMAN, 1997; BIAP, 1996; JERGER & JERGER, 1989; JERGER, 1970, ...). Para outras informações e orientações, consultar: [https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/CFFa\\_Manual\\_Audiologia-1.pdf](https://www.fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2020/09/CFFa_Manual_Audiologia-1.pdf)

### AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA COMPLEMENTAR

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ N Prontuário: \_\_\_\_\_ DN: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

#### 1. Avaliação comportamental

##### a) Sons Instrumentais e Voz

	Guizo	Sino	Chocalho	Côco	Agogô	RCP	/a/	/i/	/u/	/s/	/j/
OD											
OE											

#### LEGENDA:

<b>RS</b> – Reação de sobressalto	<b>LLI</b> – Localização lateral indireta	<b>LLD</b> – Localização lateral direta
<b>A</b> – Atenção ao som	<b>LBI</b> – Localização para baixo indiretamente	<b>LBI</b> – Localização para baixo diretamente
<b>PF</b> – Procura a fonte	<b>LCI</b> – Localização para cima indiretamente	<b>LCI</b> – Localização para cima diretamente

Nível mínimo de resposta \_\_\_\_\_ Ausência de resposta em \_\_\_\_\_

##### b) VRA (em campo)

250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	Voz

dB

#### 2. Avaliação Fisiológica

##### a) Emissões Otoacústicas (*exame em anexo*)

Transientes

( ) OD presentes ( ) OD ausentes ( ) OE presentes ( ) OE ausentes

Produto de Distorção

( ) OD presentes ( ) OD ausentes ( ) OE presentes ( ) OE ausentes

##### b) Potencial evocado Auditivo (*exame em anexo*)

**OD:**

**OE:**

Profissional Responsável/carimbo: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO EM REABILITAÇÃO AUDITIVA: SELEÇÃO DE AASI**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Pront: \_\_\_\_\_

**Pré – seleção do AASI:**

Usuário de AASI ( ) não ( ) sim, apontar tempo de uso, modelo, tecnologia, estado atual e satisfação	
Cor da pele:	Facilidade de manuseio:
Obs.:	
Expectativas gerais - COSI (especificar 5 situações que o paciente almeja alcançar, para o sucesso da adaptação, por ordem de prioridade):	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Orelha a ser aparelhada ( ) OD ( ) OE ( ) Ambas Orelhas	
Tipo de AASI ( ) Retroauricular ( ) Intra-auricular ( ) Intracanal ( ) Microcanal ( CIC)	
Transmissão do Som ( ) Via Aérea ( ) Via Óssea	
Categoria de Tecnologia ( ) A ( ) B ( ) C Justificativa: _____	

**Molde/Cápsula** Empresa \_\_\_\_\_

Tipo	OD	OE
<b>Retro</b>	( ) rígido ( ) flexível ( ) silicone	( ) rígido ( ) flexível ( ) silicone
	( ) MICROMOLDE /CAPSULA ( ) OPEN ( ) RIC	( ) MICROMOLDE /CAPSULA ( ) OPEN ( ) RIC
	( ) simples ( ) duplo ( ) canal ( ) concha ( ) aberto	( ) simples ( ) duplo ( ) canal ( ) concha ( ) aberto
	( ) diâmetro padrão ( ) efeito corneta ( ) corneta invert.	( ) diâmetro padrão ( ) efeito corneta ( ) corneta invert.
	( ) s/ ventilação ( ) com ventilação _____ mm ( ) paralela ( ) diagonal ( ) externa	( ) s/ ventilação ( ) com ventilação _____ mm ( ) paralela ( ) diagonal ( ) externa
	( ) comprimento padrão ( ) longo ( ) curto	( ) comprimento padrão ( ) longo ( ) curto
	COR: ( ) transparente ( ) rosa ( ) outra:	COR: ( ) transparente ( ) rosa ( ) outra:
<b>Intra</b> <b>(cápsula)</b>	( ) rígida ( ) semi flexível ( ) flexível	( ) rígida ( ) semi flexível ( ) flexível
	( ) s/ ventilação ( ) com ventilação _____ mm	( ) s/ ventilação ( ) com ventilação _____ mm
	( ) comprimento padrão ( ) longa ( ) curta	( ) comprimento padrão ( ) longa ( ) curta
	Cor: ( ) transparente ( ) bege ( ) marrom ( ) vermelho/azul	Cor: ( ) transparente ( ) bege ( ) marrom ( ) vermelho/azul

**Aparelhos Pré-selecionados**

AASI 1	OD	OE
Marca		
Modelo		
Tipo		
Tecnologia		
<b>AASI 2</b>		
Marca		
Modelo		
Tipo		
Tecnologia		
<b>Molde/capsula</b>		
<b>OBS.:</b>		

**SELEÇÃO E VERIFICAÇÃO DO(S) AASI(S)**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Estratégia de Seleção:** ( ) comparativa ( ) combinado ( ) prescritiva  
 ( ) NAL-R ( ) NAL-RP ( ) NAL-NL1 ( ) DSLi/o ( ) outra \_\_\_\_\_  
 OBS.(problemas na seleção):

Comentários sobre ajustes e conforto (nível de aclimatização, especificidades, queixas, sugestões, etc.):

**Resposta do paciente sobre a amplificação:**

Própria voz:  
 Voz do examinador e de outros:  
 Voz do Acompanhante:  
 Impressão subjetiva do ambiente:  
 Impressão subjetiva da intelegibilidade:  
 Desconforto para fortes intensidades (voz)  
 Desconforto para fortes intensidades (outros sons):  
 OBS.:

Avaliação Comportamental com AASI(s) selecionado(s) nas regulagens escolhidas

**SONS do LING:** Detectou: ( ) /a/ ( ) /i/ ( ) /u/ ( ) /s/ ( ) /ch/ ( ) /m/

Intensidade: ( ) fraca ( ) média ( ) forte

OBS.:

**Testes de Fala:**

Reconhecimento de Fala no silêncio: ( ) palavras: ( ) mono ( ) diss. ( ) tri ( ) poli ( ) sentenças

AASI	Sem AASI	AASI AO	AASI OD	AASI OE	
a.	%	%	%	%	[ ] com LOF
b.	%	%	%	%	[ ] sem LOF

Teste de Percepção de Fala compatível com a idade - **exame em anexo**

( ) GASP ( ) TACAM ( ) lista foneticamente balanceada

Impressão subjetiva de inteligibilidade: \_\_\_\_\_

**Outros exames realizados para verificação**

Exames realizados para verificação no **NOAH**: [ ] GF [ ] GI (REUR, REUG, REIG, REAG e REAR)

Equipamento utilizado: [ ] AURICAL [ ] AFFINITY

	250Hz	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	4.000Hz	SII 65%	LDL	Procedimento
Sem AASI									[ ] GF
Com AASI/OD									[ ] GI/REAG
Com AASI/OE									(entrada 65dB)

**AASI: Ganho Funcional (GF) – Ganho de Inserção (GI) - Desconforto Tonal (LDL) – com modelo selecionado**

Comentários:

Experiência Domiciliar ( ) não ( ) sim tempo \_\_\_\_\_ dias

Resultados gerais do teste com o melhor AASI são os esperados? ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

Podem ser melhorados após aclimatização? ( ) sim ( ) não \_\_\_\_\_

Observações

**Aparelhos Selecionados – APAC**

AASI	OD	OE
Marca		
Modelo		
Tipo		
Tecnologia		
APAC/ mês		
Código Procedimento		

Profissional Responsável/carimbo: \_\_\_\_\_

**ADAPTAÇÃO / ENTREGA DE AASI**

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
Prontuário \_\_\_\_\_**Comentários Técnicos** sobre moldes, ajustes e conforto (nível de aclimatização, especificidades, queixas, etc.):**Resposta do paciente sobre a amplificação:**

Própria voz:

Voz do examinador e de outros:

Voz do Acompanhante:

Impressão subjetiva do ambiente:

Impressão subjetiva da inteligibilidade:

Desconforto para fortes intensidades (voz)

Desconforto para fortes intensidades (outros sons):

OBS.:

**Termo de Responsabilidade para retirada de Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI**Eu, \_\_\_\_\_, CNS \_\_\_\_\_, recebi pelo CER \_\_\_\_\_, ( )1/2  
aparelho(s) de amplificação sonora individual, conforme descrito à seguir.

MARCA	MODELO	N DE SÉRIE	N NOTA FISCAL	DATA DA NOTA FISCAL
-------	--------	------------	---------------	---------------------

Recebi, ainda, \_\_\_ (número) baterias, um desumidificador, cópia deste Termo, certificado de garantia, manual e acessórios.

Fui orientado quanto ao uso e manuseio e estou ciente que:

- Estes aparelhos se destinam ao meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações fornecidas pela equipe do CER, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros.
- É de minha inteira responsabilidade a guarda e conservação do(s) aparelho(s) a mim cedido(s) e que estes possuem durabilidade média de 4 anos ou mais.
- A garantia do aparelho é de 2 anos a partir da data da nota fiscal e não cobre mau uso. Após este período, o custo com reparos é de minha responsabilidade.
- Devo levar os aparelhos a cada 6 meses após a data da compra na empresa fabricante para revisão técnica
- A reposição está prevista em situações específicas, mediante avaliação da equipe do CER e em consonância com os critérios definidos pelo Ministério da Saúde
- Devo retornar ao serviço nas datas agendadas

Estou ciente, ainda, que devo retornar ao CER em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às: \_\_\_:\_\_\_hs (\_\_\_ª Feira) e que qualquer dificuldade antes deste prazo, devo me dirigir ao plantão de OPM, que ocorre as \_\_\_\_\_, às \_\_\_ horas.

São Paulo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do resp.Unidade

## ACOMPANHAMENTO DE USO DE AASI

Nome \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CARTÃO SUS \_\_\_\_\_ N do \_\_\_\_\_  
 Prontuário \_\_\_\_\_

**Acompanhamento do Uso – retornos ( ) 6 meses ( ) anual ( ) solicitação do paciente**
**Motivo da consulta:**
**Considerações - moldes, ajustes e conforto (nível de aclimatização, especificidades, queixas, etc.):**

Tempo de uso de AASI (em geral) \_\_\_\_\_ //Tempo de uso do(s) AASI(s) atual (is) \_\_\_\_\_

<b>Análise Auditiva dos AASI(s):</b>	OD	OE
AASI em bom estado de funcionamento, s/ distorção		
AASI funcionando com distorção excessiva		
AASI não funcionando		
Outros: _____		
<b>Análise dos moldes e/ou cápsulas:</b>	OD	OE
Moldes / cápsulas íntegros		
Moldes / cápsulas machucando a orelha		
Moldes / cápsulas ocluídos por cerume		
Moldes / cápsulas quebrados/ rasgados		
Moldes / cápsulas frouxos ou provocando microfonia		
Tubo rachado		
Outros _____		

CD: ( ) não necessita reposição ( ) reposição de tubo ( ) reposição de molde

<b>Regulagens:</b>	OD	OE
AASI (modelo)		
Volume		
Controle de tonalidade		
Controle de saída		
Outras:		

CD: ( ) não há necessidade de modificação ( ) modificação justificativa: \_\_\_\_\_

**EXAMES REALIZADOS**

1. Testes de Fala:

a) Reconhecimento de Fala no silêncio: ( ) palavras: \_\_\_\_\_ ( ) sentenças

INTENSIDADE	Sem AASI	AASI OD	AASI OE	AASI AO
dBNA	%	%	%	%

b) Teste de Percepção de Fala compatível com a idade ( <b>anexo</b> ): ( ) GASP ( ) TACAM ( ) lista foneticamente balanceada
c) Impressão subjetiva de inteligibilidade: _____
2. Exames realizados para verificação <b>em anexo</b> : <input type="checkbox"/> Audio <input type="checkbox"/> Imitancio <input type="checkbox"/> Ganho Funcional <input type="checkbox"/> Ganho de Inserção (entrada de 65 dBNPS c/ o AASI do pac.) <input type="checkbox"/> RECD <input type="checkbox"/> Outros _____
Comentários/Conduta:

Fonoaudiólogo Responsável: \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO VISUAL**  
(complementar a ficha de entrevista inicial)

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Condição visual:

- ( ) Cegueira  
 ( ) Baixa Visão  
 ( ) Visão Monocular: ( ) D ( ) E

Descreva informações relevantes (tipo de perda, etiologia, cirurgias e tratamentos realizados com laser, injeção de droga intra-ocular....): \_\_\_\_\_

Realiza ou realizou acompanhamento em algum serviço de reabilitação visual?

( ) não ( ) sim. Onde: \_\_\_\_\_

Classifique as funções de acordo com o quadro abaixo:

- ( R ) Realiza
- ( NR ) Não Realiza
- ( RI ) Resposta Inconsistente

FUNÇÕES VISUAIS BÁSICAS	
( ) Reage a luz e ao brilho	( ) Presta atenção a rostos – mãe
( ) Localiza luz	( ) Responde a sorriso bem próximo
( ) Reflexo cócleo palpebral	( ) Reage a cores
( ) Reage ao sol ( ) vento ( ) barulho	( ) Apresenta coordenação binocular
( ) Se adapta à luz ( ) meia luz ( ) escuro	( ) Identifica símbolos e gravuras (tamanho e distância):
( ) Sensibilidade a contrastes	( ) Identifica miniaturas (tamanho e distância):
( ) Mantém contato visual	

FUNÇÕES VISO MOTORAS	
( ) Focaliza objetos a distância variada	<b>Bebês</b>
( ) Segue luz e objetos em movimento	( ) observa o movimento das próprias mãos
( ) Mantem o olhar ao longo da linha mediana da visão	( ) coordenação mão-boca
( ) Manipula objetos, examinando visualmente	( ) coordenação olho-mão
( ) Aproxima os objetos para examina-los	( ) coordenação olho-objeto
( ) Focaliza objetos e realiza o alcance	( )
( ) Localiza ou faz busca visual de objetos no chão	
( ) Resgata objetos caídos	
( ) Encaixa, empilha, rosqueia objetos	
( ) Pinta, recorta e cola	

FUNÇÕES PERSEPTIVAS	
( ) Identifica expressões faciais	( ) Associa e nomeia cores
( ) Reconhece rostos familiares	( ) Discrimina, associa e nomeia formas geométricas
( ) Reconhece própria imagem no espelho	( ) Discrimina, associa e nomeia formas de animais
( ) Procura objetos escondidos	( ) Apresenta memória visual
( ) Imita gestos e expressões faciais	( ) Distingue figura fundo
( ) Combina objetos a gravuras	( ) Identifica sequência das ações
( ) Reconhece foto de pessoas familiares (tamanho e distância): Emparelha objetos e figuras por:	( ) Descreve e interpreta cenas
( ) forma ( ) cor ( ) tamanho ( ) comprimento	

<b>FUNÇÕES AUDITIVAS</b>
Apresenta dificuldade auditiva ( ) sim ( ) não
Se não:
( ) Localiza sons em ambientes internos
( ) Consegue se orientar por fonte sonora
( ) Utiliza ecolocalização
Realizado avaliação auditiva: ( ) sim Av. audiológica: _____ ( ) não ( ) encaminhado para avaliação auditiva

<b>FUNÇÕES TÁTEIS</b>
( ) Reconhece formas
( ) Discrimina texturas
( ) Reconhece objetos tocando com as mãos
( ) Reconhece diferença de peso
( ) Reconhece diferentes temperaturas
( ) Identifica correntes de ar

<b>FUNÇÕES OLFATIVAS</b>
( ) Percebe e discrimina odores em ambiente interno
( ) Utiliza para orientação
( ) Percebe e discrimina odores em ambiente externo
( ) Utiliza para orientação

<b>AUTO ESTIMULAÇÃO</b>
( ) Apresenta balanceio ( ) corpo ( ) cabeça ( ) braços ( ) mãos
( ) Agita mãos ou objetos diante soa olhos
( ) Esfrega/aperta/pressiona o globo ocular com as mãos e dedos
( ) Persevera com sons, palavras, músicas
( ) Bate, movimenta e joga objetos

<b>TECNOLOGIAS ASSISTIVAS (ASSINALE COM X)</b>
( ) Modo acessibilidade: ( ) Smartphone ( ) Computador
( ) WhatsApp ( ) mensagem escrita e falada ( ) só áudio-mensagens pela dificuldade visual
( ) Auxílios ópticos (lupa, telescópio)
( ) Auxílios de ampliação eletrônica ( lupa eletrônica, Apps no celular)
( ) Auxílios para substituição da visão (bengala longa, outras tecnologias assistivas)

**Informações complementares:**

---



---



---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Profissional Responsável  
 Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_  
 Profissional Responsável  
 Assinatura e Carimbo

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA DE TREINO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE EM AMBIENTE EXTERNO**

Eu \_\_\_\_\_

Portador do RG \_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_ estou ciente e concordo que irei participar do treino de orientação e mobilidade em ambiente externo, por livre e espontânea vontade e assumo livremente:

- Todos os riscos conhecidos ou não conhecidos, reconheço que se trata de um treino externo que envolve riscos de acidentes pessoais que podem gerar implicações para minha saúde física e mental;
- Possíveis riscos a minha segurança (roubo/furto), tendo em vista que o treinamento é feito em área externa, em meio a cidade de São Paulo;
- Que tomarei todas as medicações prescritas por orientações médicas;
- Estar ciente que por motivos de segurança os terapeutas podem modificar ou cancelar o treino caso haja algum risco, visando sempre o meu bem estar.
- Concordar que durante o treino de Orientação e Mobilidade em Ambiente externo, meu acompanhante me aguardará na unidade, exceto quando na atividade for solicitado acompanhamento;
- Autorizar a divulgação da minha imagem para fins de divulgação do trabalho realizado, sem nenhum tipo de ônus;
- Isento assim a Instituição Santa Marcelina e seus profissionais da responsabilidade pelos riscos que eu tenha sido exposto enquanto participante deste treino, tendo em vista que o treino realizado é para o bem estar do paciente e sua capacidade postulatória de sua saúde.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Acompanhante

\_\_\_\_\_  
Profissional

\_\_\_\_\_  
Profissional

**AVALIAÇÃO INTELECTUAL**  
(complementar a ficha de entrevista inicial)

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

**Histórico da queixa**

---



---



---



---

**Fatores gestacionais e de parto relevantes, aspectos familiares complementares:**

---



---



---

**Desenvolvimento neuropsicomotor:** (aspectos relevantes quanto aos marcos de desenvolvimento)

---



---



---



---

**Controle de esfínteres:**

---



---

**Atividades de vida diária:** (como realiza, suportes necessários, ...)

---



---



---



---

**Alimentação e motricidade orofacial:** (forma e consistência, independência, presença de seletividade alimentar, tônus, mobilidade, coordenação e funções...)

---



---



---



---

**Respiração:**

---

**Sono:** ( ) Calmo ( ) Agitado ( ) Uso de medicação

---

**Visão e audição:** (histórico otológico, visual, dificuldades encontradas atualmente)

---



---

**Brincar** – Do que brinca, com quem brinca, como brinca (forma de exploração, agrupamento de brinquedos), preferência, uso da linguagem, compreensão da atividade, jogo simbólico, ...

---



---



---

**Fala e Linguagem:** Forma de comunicação, fala (atrasos, atenção e intenção comunicativa, imitação vocal/verbal inteligibilidade, turnos, trocas fonêmicas), elaboração do discurso, compreensão de comandos, dificuldades encontradas...)

---

**Escolaridade:** (frequente, ano/série, considerações relevantes sobre a interação/relacionamento escolar, aprendizagem, comportamento e comunicação na escola ...)

---

---

**Leitura e escrita:** (interesse, alfabetização, dificuldade de aprendizagem, compreensão de textos, suportes necessários e existentes...)

---

**Coordenação motora:** (correr, pular, jogar bola, movimento de pinça, realização de encaixes, pintura, desenho, colagens)

---

---

**Comportamento:** (agitação/ apatia, como lida com limites, variação de humor...)

---

---

**Participação em espaços comunitários:**

---

---

**Inclusão/preparo para o mercado de trabalho:**

---

---

---

**Expectativa da pessoa e família:**

---

---

**Outras Informações:**

---

---

**Informações relevantes para a definição do PTS:**

---

---

---

---

Profissional Responsável  
Assinatura e Carimbo

---

Profissional Responsável  
Assinatura e Carimbo

**AVALIAÇÃO INFANTIL**  
(complementar a ficha de entrevista inicial)

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_

**Dados da Gestação:**

Idade da mãe na concepção \_\_\_\_\_ Concepção planejada? ( ) Sim ( ) Não Desejada? ( ) Sim ( ) Não

Realizou tentativa de aborto? ( ) Não ( ) Sim Como? \_\_\_\_\_

Pré-natal ( ) Não ( ) Sim - Onde? \_\_\_\_\_

A partir do \_\_\_mês de gestação Regularmente? ( ) Sim ( ) Não

Gravidez de risco ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Tratamentos realizados na gestação: \_\_\_\_\_

Uso de substância ( ) Não ( ) Sim Uso de álcool ( ) Não ( ) Sim Tabagista ( ) Não ( ) Sim

Especifique abaixo em qual fase da gestação foi o uso e como está atualmente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Dados do Nascimento/Internação:**

Local: \_\_\_\_\_ Parto: ( ) Normal ( ) Cesárea ( ) Fórceps ( ) Gemelar

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ Classificação: ( ) RNT ( ) RNPT ( ) AIG ( ) PIG ( ) GIG

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Apgar 1º \_\_\_\_\_ 5º \_\_\_\_\_ Asfixia Perinatal ( ) Não ( ) Sim PC: \_\_\_\_\_

Tempo de permanência na maternidade: \_\_\_\_\_ Data da alta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Peso na alta \_\_\_\_\_

Tocotrauma? ( ) Não ( ) Sim – Descreva: \_\_\_\_\_

Descreva informações relevantes ao histórico de parto: \_\_\_\_\_

Procedimentos na internação: fototerapia/transfusões/oxigenioterapia/ventilação mecânica:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicação \_\_\_\_\_ Ototóxica: ( ) Sim ( ) Não

Na suspeita de infecção congênita, descrever sorologias/exames realizados no RN na maternidade:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Triagem Metabólica: ( ) Não ( ) Sim : Resultado: \_\_\_\_\_

Triagem Auditiva Neonatal: ( ) Não ( ) Sim Método: \_\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

Reflexo do Olho Vermelho: ( ) Não ( ) Sim Resultado: \_\_\_\_\_

Avaliação neurológica: ( ) Não ( ) Sim Resultado: \_\_\_\_\_

Outros exames (no caso de sífilis, verificar RX de ossos longos e líquido):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alimentação materna na primeira hora de vida ( ) Não ( ) Sim Durante a internação ( ) Sim ( ) Não

Descrever: \_\_\_\_\_

**Rotina da criança:**

Cuidador Principal: \_\_\_\_\_

Aleitamento Materno ( ) Sim ( ) Não - Idade do desmame \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

Mamadeira ( ) Sim ( ) Não Frequência \_\_\_\_\_ Tipo de leite \_\_\_\_\_

Engasgos ( ) Sim ( ) Não Regurgitação ( ) Sim ( ) Não

Hábitos orais ( ) Chupeta ( ) Dedo ( ) Outros \_\_\_\_\_

Frequência \_\_\_\_\_

Alimentação atual: \_\_\_\_\_

Frequente Creche / Emei? ( ) Não ( ) Sim - Qual/Período? \_\_\_\_\_

Faz algum acompanhamento de saúde ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Medicação: \_\_\_\_\_

**Marcos do desenvolvimento:** (descrever observações relevantes quanto aos marcos, como sentar sem apoio, engatinhar, andar sem apoio, interação com o outro, coordenação visomotora, desenvolvimento da linguagem, fala, audição.....): \_\_\_\_\_

**Mapa de Risco:****Risco estabelecido**

( ) Síndrome de Down

( ) Outras síndromes genéticas

( ) Encefalopatia crônica não evolutiva

( ) Alteração auditiva/visual

( ) Epilepsia

( ) Malformação SNC/craniofacial

**Risco Biológico**

( ) Asfixia Perinatal

( ) Prematuridade

( ) Baixo peso

( ) Infecções Congênitas

( ) Drogas de abuso

( ) Meningites

( ) Hiperbilirrub. c/ exsanguíneo

( ) Ventilação mecânica 5 dias

( ) Anteced. familiar de def. auditiva

( ) Medicação ototóxica

( ) Exposição a antirretrovirais

**Risco Psicossocial/Familiares**

( ) Mãe adolescente

( ) Mãe com doença Mental

( ) Def. de núcleo familiar

( ) Outros \_\_\_\_\_

fatores da criança

( ) alterações emocionais

( ) outros \_\_\_\_\_

**Informações complementares:**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Profissional Responsável  
 Assinatura e Carimbo

\_\_\_\_\_  
 Profissional Responsável  
 Assinatura e Carimbo

**ANEXO III -  
TERMOS DE  
RECEBIMENTO E  
TRANSFERÊNCIA DE  
OPM**

**TERMO DE RECEBIMENTO DE OPM FÍSICA – CR e AP**

- ( ) Cadeira de rodas SEM adequação postural  
 ( ) Cadeira de rodas COM adequação postural  
 ( ) Cadeira de banho  
 ( ) Almofada

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_ portador(a) do CNS nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, prontuário nº \_\_\_\_\_ recebi do CER \_\_\_\_\_, o(s) produto(s) selecionado(s) acima.

Fornecedor	Tipo de equipamento	Nº de série

Recebi, ainda:

- ( ) Cópia deste termo de responsabilidade  
 ( ) Manual e certificado de garantia do produto

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação da cadeira a mim fornecida pelo SUS, e de que a cadeira destina-se ao meu uso pessoal.

Declaro ter sido informado:

- ✓ Sobre a importância de ler o **manual da cadeira e/ou almofada**;
  - ✓ sobre **os cuidados básicos com a cadeira de rodas**;
  - ✓ sobre os cuidados com a **almofada de ar**, assim como a sua **calibração**;
  - ✓ que a **garantia da cadeira é de 1 (um) ano para a estrutura e (um) ano para os demais componentes**, contado a partir da data da nota fiscal acima citada. No caso de cadeiras motorizadas, a garantia da bateria é de 6 meses;
  - ✓ que a **garantia não cobre o mau uso**;
  - ✓ sobre a importância de **comparecer às consultas de retorno** para uso, acompanhamento adequados;
  - ✓ sobre a importância de realizar a manutenção preventiva da cadeira após 6 meses e 12 meses, em local indicado pelo CER no momento da consulta de retorno, ação esta que aumenta a durabilidade do produto;
  - ✓ que o **CER possui horário mensal para dúvidas** e dificuldades com relação ao uso da cadeira de rodas, o qual poderei recorrer, a saber: \_\_\_\_\_.
- Comprometo-me a retornar ao serviço em todas as datas agendadas**, sendo o primeiro **retorno para avaliação da cadeira no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_, as \_\_\_\_ h** (máx 30 dias).
- ✓ **Não recebi nenhum equipamento descrito acima pelo Sistema único de Saúde (SUS), nos últimos \_\_\_\_ anos.**

E por ser a expressão da verdade, assino o presente, para que surta seus legais e jurídicos efeitos.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Usuário/representante legal

### TERMO DE RECEBIMENTO DE ÓRTESES E/OU CALÇADOS

- ( ) Órtese                      ( ) direita    ( ) esquerda  
 ( ) Tutor  
 ( ) Calçado  
 ( ) Palmilha

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_ portador(a) do CNS nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, prontuário nº \_\_\_\_\_ recebi do CER , o(s) produto(s) selecionado(s) acima.

Fornecedor	Tipo de equipamento

Recebi, ainda:

- ( ) Cópia deste termo de responsabilidade

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do equipamento a mim fornecida pelo SUS, e de que o equipamento destina-se ao meu uso pessoal.

Declaro ter sido informado:

- ✓ sobre a **colocação e os cuidados básicos** dos pés e da órtese e/ou calçado;
- ✓ Examinar os pés diariamente (com ajuda de um familiar ou usar espelho);
- ✓ Realizar limpeza regular dos pés e **SECAR** entre os dedos;
- ✓ Usar cremes hidratantes para os pés, não passar entre os dedos;
- ✓ Não andar descalço, mesmo em casa e **NUNCA** usar calçados fechados sem meia;
- ✓ **SEMPRE** usar **meias CLARAS de algodão**, com trocas diárias;
- ✓ Palpe diariamente a parte interna do calçado à procura de objetos que possam machucar os pés
- ✓ Corte a unha em linha reta e não retire calos;
- ✓ Para reavaliações **comparecer às consultas de retorno com a equipe da UBS/CER para** acompanhamento adequados 1 vez ao ano (ou mais vezes quando solicitado);
- ✓ Procure **imediatamente** sua unidade de saúde em caso de bolha, um corte, um arranhão ou uma ferida aparecer.
- ✓ Caso a órtese, tutor ou calçado causar ferida ou pressão, **suspender o uso** e retornar nos plantões de OPM's que ocorrem: \_\_\_\_\_.
- ✓ **Comprometo-me a retornar ao serviço em todas as datas agendadas**, sendo o primeiro **retorno para o dia** \_\_\_\_/\_\_\_\_, as \_\_\_\_ h (máx 30 dias).
- ✓ **Não recebi nenhum equipamento descrito acima pelo Sistema único de Saúde (SUS), nos últimos \_\_\_\_ anos.**

E por ser a expressão da verdade, assino o presente, para que surta seus legais e jurídicos efeitos.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Usuário/representante legal

## TERMO DE RECEBIMENTO OUTRAS OPM

Eu, \_\_\_\_\_ CNS \_\_\_\_\_,  
 CPF \_\_\_\_\_ prontuário nº \_\_\_\_\_ recebi do \_\_\_\_\_ (CER),  
 o produto selecionado abaixo:

Fornecedor	Modelo	Nº de série

Recebi, ainda:

( ) Cópia deste termo de responsabilidade

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação da OPM a mim fornecida pelo SUS, e de que o equipamento se destina ao meu uso pessoal.

Declaro ter sido informado:

- ✓ sobre **os cuidados básicos**;
- ✓ que a **garantia não cobre o mau uso**;
- ✓ sobre a importância de **comparecer às consultas de retorno** para uso, acompanhamento adequados;
- ✓ que o **CER possui horário mensal para dúvidas** e dificuldades com relação ao uso da OPM, o qual poderei recorrer, a saber: \_\_\_\_\_.
- ✓ **Não recebi nenhum equipamento descrito acima pelo Sistema único de Saúde (SUS), nos últimos \_\_\_\_ anos.**

E por ser a expressão da verdade, assino o presente, para que surta seus legais e jurídicos efeitos.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Usuário/representante legal

**TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE OPM FÍSICA**

Eu, \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ autorizo a  
 transferência de \_\_\_\_\_ (descrever o dispositivo), adquirido para  
 \_\_\_\_\_, prontuário nº \_\_\_\_\_; CNS \_\_\_\_\_. O  
 motivo da transferência é: \_\_\_\_\_  
 Equipamento transferido para \_\_\_\_\_, CNS \_\_\_\_\_,  
 prontuário \_\_\_\_\_.

Fornecedor	Equipamento	Nº de série

**OBS: Imprimir este termo em duas vias e anexar em ambos os prontuários.**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Usuário/representante legal

## TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE OPM AUDITIVA

<b>Remetente:</b> CER	<b>UBS Referência:</b>	<b>Data:</b>
<b>Destinatário:</b> CER <b>Endereço:</b> <b>Plantão OPM Auditiva:</b>	<b>Assunto:</b> Carta de Transferência para Acompanhamento de AASIs em outro Serviço	

Vimos por meio desta, encaminhar o usuário abaixo para acompanhamento do uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) no CER de referência do território de moradia.

NOME:		DN:
CNS:	PRONTUÁRIO:	
Empresa:	Modelo:	
Tipo: ( ) A ( ) B ( ) C	Posição: ( ) BTE ( ) Open ( ) RIC ( ) ITE ( ) ITC ( ) CIC	
NF:	Data da NF: (2 anos de garantia)	
Data da Entrega do AASI:		
Data da Última Consulta no CER:		
Obs:		

Informamos, assim, o desligamento do acompanhamento em nosso serviço de forma a evitar a duplicidade de atendimento. Sem mais, agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

**OBS.: Levar exames, kit/acessórios dos aparelhos auditivos e carta de desligamento no dia do Plantão de OPM auditiva.**

Assinatura PACIENTE/ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

Assinatura do Profissional \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Preencher esta carta em 2 vias, sendo uma delas anexada ao prontuário e uma entregue ao paciente.

**ANEXO IV -  
PROTOCOLOS E  
DIRETRIZES**

## PROTOCOLO DO ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL – 08/2015

### Organização:

Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. SMS/G

### Organização:

Mirna Reni Marchioni Tedesco; Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida; Claudia Regina Charles Taccolini Manzoni, Carlos Augusto Ferreira; Selma Anequini Costa, Elaine Cristina Lopes

### INTRODUÇÃO

O presente protocolo tem como objetivo a análise das aquisições esperadas para períodos específicos do desenvolvimento do bebê de 0 a 24 meses e posteriores evoluções nas idades de 36, 48 e 60 meses. Além da observação do desenvolvimento propriamente dito, o instrumento possibilita que, a partir da estimulação global recebida, analisem-se os avanços nos diferentes aspectos do desenvolvimento (social, motor adaptativo, motor grosso, função auditiva e linguagem), favorecendo a visão de quais deles necessitam de maior intervenção.

A construção do protocolo atual tomou como base algumas escalas do desenvolvimento infantil e adaptações (Denver II, Gesell, David Werner) e instrumentos anteriormente registrados no Caderno de Orientação Técnica, construídos pelos profissionais de reabilitação de nossa Rede ao longo dos anos.

### ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

**Cabeçalho** – Todos os campos devem ser preenchidos: nº do prontuário, nº do cartão SUS, nome, data de nascimento e nome do responsável. Para o preenchimento da CID-10 com correspondente descrição, deve-se identificar somente o diagnóstico etiológico, mesmo que ainda seja hipótese diagnóstica.

**Fichas de acompanhamento do desenvolvimento:** O protocolo consta de 11 fichas de acordo com os seguintes períodos do desenvolvimento:

- RN até 2º mês (sem escore)
- 3º ao 5º mês (com escore)
- 6º ao 8º mês (com escore)
- 9º ao 11º mês (com escore)
- 12 a 15º mês (com escore)
- 16º a 18º mês (com escore)
- 19º a 23º mês (com escore)
- 24º mês (com escore)
- 36º mês (sem escore)
- 48º mês (sem escore)
- 60º mês (sem escore)

Preconiza-se a aplicação do instrumento por equipe multiprofissional a partir do acolhimento do bebê no CER. O ideal é que o RN/ bebê de risco seja avaliado o mais precocemente possível, tentando-se garantir o registro de cada etapa deste desenvolvimento. Entretanto, as avaliações desta equipe multiprofissional devem ocorrer a partir da idade de chegada do bebê sendo que, eventuais períodos anteriores devem ser registrados a partir do questionamento/informações da mãe/familiar/cuidador.

Cada ficha, a partir do item do desenvolvimento avaliado, contém 3 campos: campo 1 com o item a ser avaliado (já preenchido), campo 2 para registro do mês da avaliação e campo 3 para observações.

O campo 2 só deverá ser preenchido se houve a aquisição do desenvolvimento do item, com a idade da realização da avaliação/observação da aquisição.

Ex: 3º ao 5º mês

Segue o objeto até a linha média	4º	
----------------------------------	----	--

A partir da avaliação do item, se o bebê não adquiriu a evolução o campo 2 deve ser deixado em branco e no campo 3 escrever eventuais observações.

Segue o objeto até a linha média		4º mês bebê chorando: 3 tentativas
----------------------------------	--	------------------------------------

Assim, os itens que ficam em branco no campo 2 devem ser reavaliados no próximo período e preenchidos quando de sua aquisição.

Segue o objeto até a linha média	7º	4º mês bebê chorando: 3 tentativas
----------------------------------	----	------------------------------------

Nas fichas subsequentes deve ser aplicada a avaliação correspondente à idade da criança e também os itens que permaneceram em branco de avaliações anteriores que serão preenchidos com a idade correspondente à aquisição.

#### Escores

Em cada ficha, do 3º ao 24º mês, abaixo da identificação dos aspectos do desenvolvimento, está registrado o número total de itens a serem avaliados dentro de cada aspecto (social, motor, etc). A cada período avaliado, esses itens vão se somando. A partir da avaliação da ficha correspondente, devemos registrar o número de itens adquiridos para aquele determinado aspecto. Depois calcular o índice de aspectos adequados para o período.

Ex: 3º ao 5º mês Tot 5 Adequados 3 Índice  $adq/tot = 3/5 = 60\%$

Social
Tot 5 Adq 3 Ind 60%

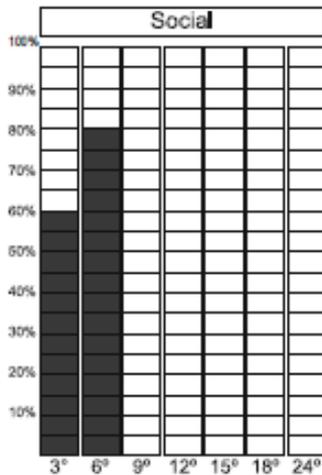
6º ao 8º mês: total de itens do período: 5 + 5 período 3º ao 5º mês = Tot 10

Resultado: Adquirido no 6º ao 8º mês + total do 3º ao 5º mês + reavaliação de 2 itens não adquiridos no período anterior (adquiriu os 2) =  $3+3+2 = 8$  Índice:  $8/10 = 80\%$

Social
Tot 10 Adq 8 Ind 80%

Para as fichas RN e acima dos 24 meses, não são registrados escores, assim como para o aspecto Sistema Estomatognático.

Gráficos de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil – Finalmente, após a aplicação de cada ficha, serão marcados nos gráficos de cada período do desenvolvimento os índices verificados para cada aspecto do desenvolvimento visando o acompanhamento longitudinal e análises estatísticas. Ex:



#### MATERIAIS PARA AVALIAÇÃO:

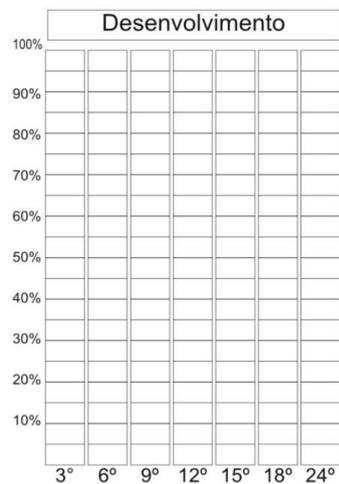
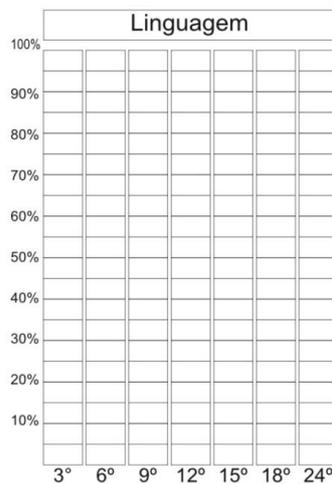
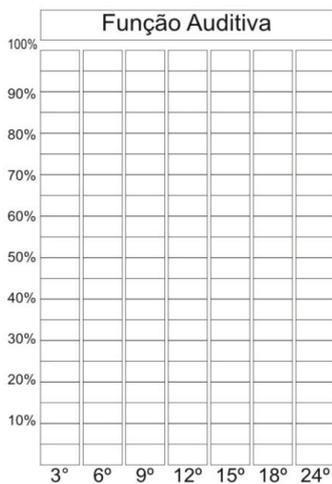
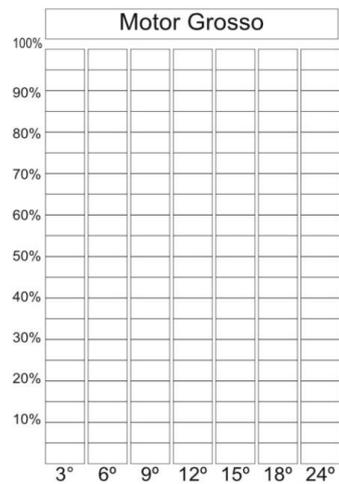
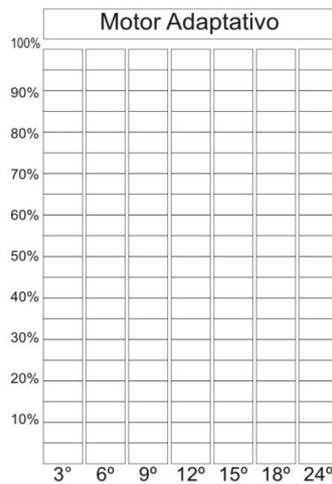
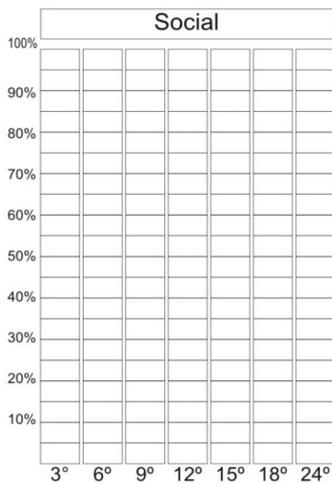
- Pompom vermelho
- Agogô
- Chocalho
- Bonecos/animais de borracha
- Cubos pequenos de madeira, coloridos
- Espelho
- Bola
- Caneca
- Boneca
- Colher de sobremesa
- Alimentos: bolacha
- Livros infantis
- Lápis de cor e papel

#### Avaliação dos Reflexos e expectativa de supressão:

1. **Reflexo de Procura:** Quando se estimula um canto da boca, a criança desloca a face em direção contrária ao estímulo. Está presente no recém nascido e dura até os 3 meses. 2. **Reflexo de Moro** simétrico presente (supino). O examinador segura a criança apoiando sua cabeça e tronco. A seguir retira o apoio da cabeça, deixando-a cair para trás, dentro de sua mão: extensão dos braços num amplo movimento de abraço, de mãos abertas e dedos em abdução. Membros inferiores também podem apresentar extensão. Presente desde o nascimento até **2 ou 3 meses**. 3. **Reflexo de Gallant** presente (prono) em fase de supressão – O examinador passa um dedo paralelamente à coluna, da última costela à crista ilíaca: flexão lateral na direção do estímulo. Presente desde o nascimento, podendo ser desencadeada durante as primeiras **6 a 8 semanas**. 4. **Reflexo Tônico Cervical Assimétrico** presente ambos os lados (supino) O examinador vira a cabeça do bebê para um lado, observando a extensão de braço e perna, no lado para o qual está voltada a face, enquanto os membros do lado correspondente à região occipital entram em flexão. Presente durante os **2 ou 3 meses** de vida. Pode ser **anormal quando persiste além dos 5 meses**. 5. **Eleva a cabeça a 45°** (prono) (Controle cervical presente). Quando deitada de bruços a criança ergue a cabeça até o ângulo de 45 graus mantendo-a levantada com firmeza. 6. **Puxado p/ sentar traz a cabeça junto à linha média do corpo**. Puxar a criança pelos antebraços para sentar. 7. **Reflexo de preensão palmar** presente (supino) (Preensão do objeto). Aplica-se ligeira pressão na face palmar da mão do bebê junto da zona distal dos metacarpos. Como resposta a criança flete os dedos (fecha a mão) **(voluntária a partir dos 6m)**. 8. **Reflexo de preensão plantar** presente (supino). Aplica-se pressão na face plantar do pé do bebê na região mais distal dos metatarsos. Como resposta a criança flete os dedos do pé. 9. **Reflexo cócleo-palpebral** presente-Desencadeado a partir de estímulos intensos (campânula grande do agogô). Em audição normal está sempre presente, nunca suprimido.

## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

Nº Prontuário:	Cartão SUS:
Nome:	Data de nasc: ____/____/____
Nome do responsável:	
CID10 ____ . ____ Descrição:	





## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 0 a 2 meses

Avaliação do recém nascido	RM01	Reflexo de preensão Palmar		
	RM02	Reflexo de procura		
	RM03	Reflexo de Moro		
	RM04	Reflexo de Gallant		
	RM05	Reflexo positivo de apoio		
	RM06	Reflexo da marcha automática		
	RM07	Atenção visual		
	RM08	Atenção ao som		
	RM09	Reflexo cócleo palpebral		
	RM10	Sucção nutritiva adequada		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 3º ao 5º Mês

Social Tot 5 Adq Ind	3SC01	Olha para os olhos do examinador ( deitado)		
	3SC02	Sorri em resposta ao sorriso do examinador / mãe		
	3SC03	Brinca com as mãos		
	3SC04	Leva a mão à linha média		
	3SC05	Acalma-se quando a mãe se aproxima / fala		
Motor Adaptativo Tot 2 Adq Ind	3MA01	Segue o objeto até a linha média		
	3MA02	Segue visualmente os objetos ultrapassando a linha média até 180°		
Motor Grosso Tot 13 Adq Ind	3MG01	Supressão do reflexo de procura		
	3MG02	Reflexo de Moro simétrico presente (supino)		
	3MG03	Supressão do reflexo de Gallant		
	3MG04	Reflexo Tônico Cervical Assimétrico presente ambos os lados (supino)		
	3MG05	Eleva a cabeça a 45° (prono) (Controle cervical presente)		
	3MG06	Puxado p/ sentar, traz a cabeça junto à linha média do corpo		
	3MG07	Reflexo de preensão palmar presente (supino) (Preensão do chocalho)		
	3MG08	Reflexo de preensão plantar presente (supino)		
	3MG09	Movimentos rastejantes simétricos (prono). Desaparece ao 6º mês		
	3MG10	Apoia-se sobre os antebraços(prono) (Apoio em antebraço sobre o tronco)		
	3MG11	Predominância de postura flexora (supino)		
	3MG12	Quando colocado em pé apoia-se por pouco tempo c/ flexão de quadril		
	3MG13	Supino para lateral (início do rolar)		
Função Auditiva Tot 3 Adq Ind	3FA01	Reflexo cócleo palpebral (agôgô)		
	3FA02	Acorda ou assusta-se c/ barulho ou ruído forte		
	3FA03	Aquieta-se ao ouvir a voz da mãe		
Linguagem Tot 3 Adq Ind	3LG01	Produz no mínimo 2 sons vocálicos		
	3LG02	Produz sons guturais		
	3LG03	Ri alto		
Sist. Estomatognático	3SE01	Respiração nasal		
	3SE02	Suga com força e de forma ritmada		
	3SE03	Deglute c/ facilidade		
Tot Desenvolvimento Tot 26 Adq Ind	3SE04	Amamentação natural		
	3SE05	Posição no ato da amamentação (cabeça apoiada e elevada)		
	3SE06	Ausência de hábitos orais: dedo, chupeta, outros		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 6º ao 8º Mês

Social Tot 10 Adq Ind	6 SC 01	Distingue estranhos		
	6 SC 02	Manifesta interesse ao ver alimentação		
	6 SC 03	Tenta alcançar um brinquedo		
	6 SC 04	Produz sons em resposta ao sorriso		
	6 SC 05	Sorri para sua imagem no espelho		
Motor Adaptativo Tot 8 Adq Ind	6 MA 01	Fixa e segue objetos		
	6 MA 02	Descobre e brinca c/ os pés e mãos		
	6 MA 03	Brinca c/ objetos próximos		
	6 MA 04	Solta e recupera objetos		
	6 MA 05	Leva objetos à boca		
	6 MA 06	Come sozinho (pão, biscoito)		
Motor Grosso Tot 28 Adq Ind	6 MG 01	Supressão dos reflexos de Moro, Gallant e RTCA		
	6 MG 02	Preensão palmar voluntária (segura o chocalho)		
	6 MG 03	Mantem as mãos abertas a maior parte do tempo		
	6 MG 04	Mantem a cabeça na linha média		
	6 MG 05	Levanta a cabeça (supino)		
	6 MG 06	Rola de supino para prono		
	6 MG 07	Transfere objetos de uma mão para outra		
	6 MG 08	Bate os objetos no plano		
	6 MG 09	Apresenta movimentos simétricos de MMSS e MMII (prono) (início do arrastar)		
	6 MG 10	Apoia o antebraço e transfere o peso de um braço a outro (prono)		
	6 MG 11	Levanta a cabeça a 90° e gira para os lados (prono)		
	6 MG 12	Antecipa a cabeça quando puxado para sentar		
	6 MG 13	Senta-se c/ algum auxílio		
	6 MG 14	Senta-se e apresenta reação de proteção à frente		
	6 MG 15	Colocado em pé mantém MMII estendidos e reflexo de preensão plantar		
Função Auditiva Tot 6 Adq Ind	6 FA 01	Localiza lateralmente o som, para ambos os lados		
	6 FA 02	Procura e localiza a voz da mãe		
	6 FA 03	RCP presente (agogô)		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 6º ao 8º Mês 2

Linguagem Tot 7 Adq Ind	6LG01	Produce sílabas isoladas		
	6LG02	Vocaliza quando se fala com ele		
	6LG03	Produce sons com variação de entonação		
	6LG04	Repete o som que produz		
Sist.Estomatognático	6SE01	Respiração nasal		
Tot Desenvolvimento Tot 60 Adq Ind	6SE02	Suga o alimento da colher		
	6SE03	Aceita alimento pastoso		
	6SE04	Deglute com padrão de amassamento		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 9º ao 11º Mês

Social Tot 15 Adq Ind	9SC01	Mostra curiosidade pelo ambiente		
	9SC02	Explora objetos de outra forma além da boca		
	9SC03	Interessa-se pela própria imagem no espelho		
	9SC04	Manifesta temor ou insegurança na presença de estranhos		
	9SC05	Brinca de esconder o rosto		
Motor Adaptativo Tot 16 Adq Ind	9MA01	Brinca com 2 objetos (segura os dois nas mãos)		
	9MA02	Usa o indicador para explorar		
	9MA03	Preensão palmar com oposição do polegar		
	9MA04	Segmento visual horizontal e vertical		
	9MA05	Inicia permanência do objeto (procura objeto)		
	9MA06	Bebê consolável ( com chupeta, colo, voz da mãe, movimentos ritmados)		
	9MA07	Transfere objetos de uma mão a outra		
Motor Grosso Tot 33 Adq Ind	9MG01	Em supino pega os pés e os leva a boca		
	9MG02	Permanece na posição de gato, transfere peso de MMII para MMSS (engatinha)		
	9MG03	Permanece sentado s/ apoio c/ reação de proteção anterior e lateral (senta s/ apoio)		
	9MG04	Sustentado pela mão coloca-se em pé, sustenta o corpo com reflexo plantar		
	9MG05	Mantém-se em pé com apoio		
Função Auditiva Tot 10 Adq Ind	9FA01	Reflexo cócleo palpebral (agogô)		
	9FA02	Localiza a voz do terapeuta e da mãe		
	9FA03	Localiza som indiretamente para baixo		
	9FA04	Localiza som indiretamente para cima		
Linguagem Tot 12 Adq Ind	9LG01	Olha os familiares quando citados: pai, mãe, irmãos		
	9LG02	Atende quando chamado pelo nome		
	9LG03	Balucia (ex: papapa - duplica sílabas)		
	9LG04	Responde ao não		
	9SE05	Compreende ordens simples (ex: dá tchau, joga beijo, bate palma)		
Sist. Estomatognático	9SE01	Respiração nasal		
	9SE02	Deglute c/ facilidade		
Tot Desenvolvimento Tot 87 Adq Ind	9SE03	Morde o alimento		
	9SE04	Mastiga com movimentos verticais		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 12º ao 14º Mês

Social Tot 22 Adq Ind	12SC01	Coopera no vestir		
	12SC02	Imita gestos (bate palmas, bater objetos, tchau)		
	12SC03	Reconhece familiares		
	12SC04	Brinca com o outro e não apenas sozinho		
	12SC05	Reconhece pessoas e o próprio reflexo no espelho		
	12SC06	Manifesta com clareza o que quer, sem chorar		
	12SC07	Gosta de ver figuras (fotos, revistas, livros)		
Motor Adaptativo Tot 23 Adq Ind	12MA01	Come com as mãos		
	12MA02	Segura mamadeira		
	12MA03	Realiza ações simbólicas (sequência no brincar)		
	12MA04	Tem permanência do objeto (procura objeto que desaparece)		
	12MA05	Coloca objetos dentro de recipiente		
	12MA06	Usa pinça para pegar objetos		
	12MA07	Bate dois cubos		
Motor Grosso Tot 41 Adq Ind	12MG01	Supressão do reflexo de preensão plantar		
	12MG02	Em supino passa p/ sentado		
	12MG03	Em prono passa p/ sentado		
	12MG04	Engatinha com dissociação de cinturas		
	12MG05	Controle de tronco com reação de proteção		
	12MG06	Levanta e abaixa com apoio		
	12MG07	Permanece em pé sem apoio por instantes		
	12MG08	Anda com apoio		
Função Auditiva Tot 12 Adq Ind	12FA01	Reflexo cócleo palpebral (agôô)		
	12FA02	Localiza o som diretamente para baixo e indireta para cima		
Linguagem Tot 16 Adq Ind	12LG01	Pede e/ou oferece objetos		
	12LG02	Emite alguns vocábulos funcionais (duas palavras novas além de papa e mama)		
	12LG03	Usa gestos indicativos		
	12SE04	Identifica seu nome		
Sist. Estomatognático	12SE01	Respiração nasal		
Tot Desenvolvimento Tot115 Adq Ind	12SE02	Deglute com facilidade		
	12SE03	Aceita alimentos sólidos		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 15º ao 17º Mês

Social Tot 27 Adq Ind	15SC01	Executa gestos a pedido		
	15SC02	Bebe na caneca		
	15SC03	Compreende para onde a bola rola quando fora do campo visual		
	15SC04	Expressa ciúme, alegria e tristeza		
	15SC05	Rabisca		
Motor Adaptativo Tot 25 Adq Ind	15MA01	Coloca cubos na caneca		
	15MA02	Puxa/empurra brinquedos		
Motor Grosso Tot 43 Adq Ind	15MG01	Anda sem apoio		
	15MG02	Levanta e abaixa sem apoio		
Função Auditiva Tot 14 Adq Ind	15FA01	Reflexo cócleo palpebral (agogô)		
	15FA02	Localização sonora direta para baixo e para cima		
Linguagem Tot 20 Adq Ind	15LG01	Produz 2 palavras com significado (geralmente onomatopéia) além de mamãe e papai		
	15LG02	Compreende ordens do nível II (Cadê mamãe, cadê a chupeta, cadê o sapato)		
	15LG03	Repete palavras emitidas pelo interlocutor		
	15LG04	Reconhece partes do corpo (pé, mão, cabeça)		
Sist. Estomatognático	15SE01	Respiração nasal		
	15SE02	Controla a deglutição da saliva, a não ser em situação de esforço		
Tot Desenvolvimento Tot 130 Adq Ind	15SE03	Morde alimentos sólidos com pressão labial		
	15SE04	Tenta limpar os lábios com pressão da língua		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil 18º ao 23º Mês

Social Tot 32 Adq Ind	18SC01	Demonstra afeto		
	18SC02	Testa limites (entende proibição)		
	18SC03	Reage ao sentimento de exclusão ao perceber relação dos pais		
	18SC04	Procura ser o centro das atenções		
	18SC05	Imita a mãe nas tarefas domésticas		
Motor Adaptativo Tot 32 Adq Ind	18MA01	Busca independência nas AVDs		
	18MA02	Usa colher, mas ainda derrama		
	18MA03	Bebe sozinho no copo		
	18MA04	Tira meia, sapato e calça		
	18MA05	Empilha mais de um objeto (dois cubos)		
	18MA06	Tem noção de dentro e fora		
	18MA07	Imita um traço		
Motor Grosso Tot 50 Adq Ind	18MG01	Permanece na posição ortostática sem apoio		
	18MG02	Início da marcha independente		
	18MG03	Corre com equilíbrio regular		
	18MG04	Sobe / desce escadas com apoio		
	18MG05	Fica de cócoras		
	18MG06	Anda para trás		
	18MG07	Chuta bola		
Função Auditiva Tot 16 Adq Ind	18FA01	Presença de RCP (agogô)		
	18FA02	Localização direta para cima e para baixo		
Linguagem Tot 26 Adq Ind	18LG01	Compreende ordens verbais simples (sem gestos: nível III aponta partes do corpo)		
	18LG02	Entende o não (birra em relação ao não)		
	18LG03	Tem intenção de se comunicar oralmente		
	18LG04	Emite pelo menos 6 vocábulos espontaneamente		
	18LG05	Emite duas palavras juntas		
	18LG06	Chama-se de nenê		
Sist. Estomatognático	18SE01	Respiração nasal		
Tot Desenvolvimento Tot 157 Adq Ind	18SE02	Controle total de deglutição da saliva		
	18SE03	Mastiga com rotação de mandíbula		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

### 24º Mês

Social Tot 35 Adq Ind	24 SC 01	Brinca com boneca repetindo fatos diários (alimenta boneca)		
	24 SC 02	Limpa marca de batom quando vê no espelho		
	24 SC 03	Observa visualmente o livro enquanto examinador conta história		
Motor Adaptativo Tot 37 Adq Ind	24 MA 01	Alimenta-se sozinho		
	24 MA 02	Tira a roupa		
	24 MA 03	Constrói torre com 4 cubos		
	24 MA 05	Copia traço horizontal e vertical		
	24 MA 06	Controla esfíncteres de dia		
Motor Grosso Tot 54 Adq Ind	24 MG 01	Marcha independente com bom equilíbrio e base estreita		
	24 MG 02	Corre bem		
	24 MG 03	Sobe e desce escadas sem apoio mas sem alternar os pés		
	24 MG 04	Arremessa bola de baixo para cima		
Função Auditiva Tot 18 Adq Ind	24 FA 01	Localização sonora em todas as direções		
	24 FA 02	Reflexo cócleo-palpebral presente		
Linguagem Tot 31 Adq Ind	24 LG 01	Fala de si chamando-se pelo nome		
	24 LG 02	Nomeia partes do corpo e objetos		
	24 LG 03	Segue ordens de 2 a 3 comandos (sem apoio de gestos: dá comida pro nenê/limpa a boca do nenê)		
	24 LG 04	Fala enquanto brinca		
	24 LG 05	Aponta figuras quando nomeadas		
Sist. Estomatognático	24 SE 01	Respiração nasal		
Tot Desenvolvimento Tot 176 Adq Ind	24 SE 02	Deglute com facilidade		
	24 SE 03	Aceita alimentos sólidos / mastiga adequadamente		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

### 36º Mês

Social	36SC01	Nomeia amigos		
	36SC02	Come sozinha com colher		
	36SC03	Chama os familiares pelo nome		
Motor Adaptativo	36MA01	Lava e seca as mãos		
	36MA02	Põe meias e tira os sapatos		
	36MA03	Empilha 8 cubos		
	36MA04	Copia linha vertical		
	36MA05	Desabotoa		
Motor Grosso	36MG01	Chuta a bola sem perder o equilíbrio		
	36MG02	Equilibra-se em um pé por 1 segundo		
	36MG03	Salto amplo com pés juntos		
Linguagem	36LG01	Fala de si na 3ª pessoa		
	36LG02	Pergunta cadê, o quê, onde		
	36LG03	Conta até 3		
	36LG04	Reconhece ordens que impliquem em 2 ações (ex: Pega a blusa e dá prá mamãe)		
	36LG05	Usa frases simples		
	36LG06	Nomeia figuras		
Sist. Estomatognático	36SE01	Respiração nasal		
	36SE02	Deglute com facilidade		
	36SE03	Mastiga adequadamente		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

### 48º Mês

Social	48SC01	Lava e enxuga mãos e rosto		
	48SC02	Brinca com outras crianças		
	48SC03	Separa brinquedos por tamanho e cor		
	48SC04	Testa limites		
Motor Adaptativo	48MA01	Copia desenhos simples		
	48MA02	Faz desenhos com 2 partes		
Motor Grosso	48MG01	Brinca com um pé só / equilibra-se em cada pé por 2 segundos		
	48MG02	Dá pulos largos		
Linguagem	48LG01	Define objetos pelo uso		
	48LG02	Compreende conceitos de igual e diferente		
	48LG03	Conta até 3		
	48LG04	Reconhece duas ações		
	48LG05	Usa frases simples		
	48LG06	Nomeia figuras		
	48LG07	Fala inteligível		
	48LG08	Lembra e conta histórias		
Sist. Estomatognático	36SE01	Respiração nasal		
	36SE02	Deglute com facilidade		
	36SE03	Mastiga adequadamente		



## Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

### 60º Mês

Social	60SC01	Veste-se sozinha		
	48SC02	Serve sua refeição		
	60SC03	Pergunta o significado das palavras		
	60SC04	Tem constância de gênero: menino não brinca com menina e vice-versa		
Motor Adaptativo	60MA01	Desenha figura humana com 3 partes		
	60MA02	Copia figura geométrica simples		
	60MA03	Consegue usar tesoura: corta papel		
Motor Grosso	60MG01	Brinca de amarelinha (pula num pé só)		
Linguagem	60LG01	Conta até 5		
	60LG02	Fala de coisas ausentes		
	60LG03	Usa palavras de ligação: então, porquê, mas		
	60LG04	Compreende histórias		
	60LG05	Inventa e conta as próprias histórias		
Sist. Estomatognático	60SE01	Respiração nasal		
	60SE02	Deglute com facilidade		
	60SE03	Mastiga adequadamente		

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Documento Norteador do CER – disponível em <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/regulacao/protocolos-arquivos/smsreabilitacao/SMS-Reabilitacao%20Caderno%20de%20Orientacoes%20Tecnicas.pdf>

Frankenburg WK, Dodds JB, editors. Denver II technical manual. Denver: Denver Developmental Materials Inc.; 1990.

Gesell, Amatruda CS. Diagnóstico do desenvolvimento: avaliação do desenvolvimento neuropsicológico em lactente e na criança pequena: o normal e o patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2000.

WERNER, David, e BOWER, Bill. Aprendendo e Ensinando a Cuidar da Saúde. Edições Paulinas, São Paulo, 3ª edição, 198

## PROTOCOLO SALA DE RECURSOS SENSORIAIS

A Terapia com o uso de recursos sensoriais possibilita que as diferentes partes do sistema nervoso trabalhem em conjunto, permitindo que o indivíduo possa interagir com o seu entorno de forma efetiva, estimulando os sentidos auditivos, visuais, táteis, além dos proprioceptivos e vestibular.

A reabilitação através dos sentidos possibilita estimular sistemas sensoriais para aumentar a entrada sensorial no sistema neurológico e gerar respostas adaptativas adequadas e funcionais. É pelas sensações que temos a percepção do ambiente em que estamos e como podemos lidar com ele, organizando as sensações do próprio corpo e do meio ambiente.

Tendo em vista que muitas vezes pessoas com deficiência podem apresentar dificuldades nas respostas adaptativas e funcionais, o uso da sala com recurso de estimulação sensorial por profissionais de reabilitação pode estimular atividades que envolvem sistemas sensoriais.

Desta forma, a sala deve ser utilizada pelos terapeutas do CER visando melhorar habilidades físicas, capacidade de raciocínio, criatividade, coordenação motora, desenvolvimento cognitivo, linguístico, emocional e social dentre outras habilidades.

### • Indicações para o uso:

- Transtorno do Espectro Autista (TEA);
- Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH);
- Síndrome de Down;
- Paralisia cerebral;
- Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação (TDC);
- Atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM);
- Síndrome do X Frágil.

Ressalta-se que mesmo crianças que não apresentam um dos diagnósticos listados acima podem apresentar alterações sensoriais e se beneficiar do uso da sala e de seus recursos.

Os recursos da sala poderão ser utilizados dentro do processo de reabilitação nos CER com foco lúdico no desenvolvimento global, para usuários que não possuem desordem sensoriais, mas se beneficiariam do uso para desenvolvimento global (motor e cognitivo).

Em casos de desordens de integração sensorial, solicitar um acompanhamento ou pelo menos um matriciamento de um terapeuta ocupacional para evitar uso de recursos que possam prejudicar pacientes com este quadro.

### • Atendimento

- ✓ O projeto terapêutico singular deve ser estabelecido e vinculado ao processo de reabilitação, áreas de desempenho ocupacional e prognóstico clínico.
- ✓ Cabe ao terapeuta escolher o recurso a ser utilizado conforme o objetivo terapêutico sempre utilizando os equipamentos de proteção e segurança ao paciente.
- ✓ Escolher com critério os pacientes que irão utilizar o a sala para não ocorrer frustração e/ou super estimulações.
- ✓ Na sala poderá ser realizado terapia individual ou em grupo, conforme objetivo terapêutico, fundamental orientações para equipe, família/cuidadores e escola.
- ✓ O tempo de tratamento inicial será de seis meses e deverá ser reavaliado conforme o projeto terapêutico singular para a continuidade. Após alta, o paciente pode ser acompanhado em grupo de orientação dentro do CER.

- ✓ Processo de tratamento e alta deverá ser compartilhado desde o início com cuidadores e equipe multiprofissional.

- **Fluxos de acesso e acolhimento**

- ✓ A sala de recursos sensoriais deverá beneficiar pacientes em **atendimento no CER** que detém os equipamentos e em outros CER da CRS, sendo avaliada a possibilidade de acesso dos usuários.
- ✓ O CER que encaminhar pacientes para este o uso deste espaço terapêutico deve garantir a continuidade da terapia convencional no serviço de origem.
- ✓ Após o ciclo deverá ser elaborado relatório apontando ao CER de origem os ganhos da intervenção.
- ✓ Os objetivos deverão integrar o PTS do usuário e ser discutidos com as equipes.

- **Atribuições:**

A sala se caracteriza como mais um local com recursos de reabilitação, constituindo-se por terapia complementar.

- ✓ **Caberá ao Gerente do CER:**

- ✓ Estruturar uma sala exclusiva para este atendimento.
- ✓ Disponibilizar vagas para outros CER de sua CRS e de CRS vizinhas, de forma a possibilitar o acesso ao maior número possível de munícipes a este recurso terapêutico;
- ✓ Zelar pelo equipamento para maior conservação, manutenção e segurança.

Segurança e Manutenção: utilizar equipamentos de segurança como colchonetes, tatames de EVA, espumas de proteção e forrações necessárias para evitar o risco de quedas. Revisar diariamente e anualmente revendo a necessidade de manutenção dos equipamentos. O gerente do CER deve acionar a necessidade de manutenção e revisão dos equipamentos por e-mail para a CRS e retirar/identificar o equipamento para não utilização em terapia.

- ✓ Participar de reuniões para o acompanhamento dos pacientes e uso da sala de recursos sensoriais quando necessário.
- ✓ Realizar o registro da produção – 0301049076 – TERAPIA COM RECURSOS DE ESTIMULACAO SENSORIAL

- ✓ **Caberá aos profissionais executantes:**

- ✓ Deverão se comprometer a atuar dentro deste protocolo;
- ✓ Zelar pelo equipamento para maior conservação e segurança do paciente;
- ✓ O terapeuta é responsável por avaliar a cada sessão se os equipamentos estão adequados para uso do recurso.
- ✓ Utilizar os equipamentos de segurança como colchonetes, tatames de EVA, espumas de proteção e forrações necessárias para evitar o risco de acidentes.
- ✓ Participar de reuniões para o acompanhamento do uso da sala de recursos sensoriais quando necessário.

- ✓ **Caberá à CRS/STS e OS:**

- ✓ Acompanhar o uso da sala em conjunto com a AT;
- ✓ Sempre que necessário, as CRS e CER solicitantes ou executantes deverão pensar em estratégias que facilitem o acesso dos munícipes de diferentes regiões;
- ✓ Desencadear processo de manutenção/segurança, finda a garantia, sempre que o gerente do CER sinalizar.

✓ **Caberá a AT de Saúde da Pessoa com Deficiência:**

- ✓ Acompanhar e monitorar o uso e impacto deste recurso no processo de reabilitação, acompanhamento este realizado junto com os profissionais executantes, STS, CRS e SMPED;
  - ✓ Fazer ajustes no protocolo.

• **Produção:**

• **0301049076 – TERAPIA COM RECURSOS DE ESTIMULACAO SENSORIAL**

Consiste no atendimento em reabilitação de pessoas com deficiência utilizando a sala de recursos de estimulação sensorial.

O registro deste procedimento será convertido em “terapia individual”.

## PROTOCOLO REABILITAÇÃO VIRTUAL - NIRVANA

NIRVANA é um dispositivo de reabilitação baseado em realidade virtual, desenvolvido especificamente para auxiliar a reabilitação motora e cognitiva em pacientes com desordens neuromotoras. Esse equipamento visa auxiliar o processo de reabilitação através de estimulação neurosensorial.

O equipamento funciona com um retroprojetor onde projeta diferentes cenários/imagens em paredes ou no chão. O equipamento conta com um dispositivo de análise de movimentos e o paciente interage com a imagem motivando a interação do paciente em terapia.

De acordo com o objetivo terapêutico, o equipamento detecta comportamento do paciente e ajusta o ambiente projetado facilitando a interação do paciente aos estímulos fornecidos pelo cenário;

Além disso, esta abordagem permite ao paciente testar seu desempenho e aumentar o nível de sua autonomia na presença constante do terapeuta, fornecendo também um feedback audiovisual.

O equipamento NIRVANA se adapta ao nível de dificuldade, podendo ser utilizado para diferentes idades, e condições físicas/cognitivas e também pode ser utilizada pela equipe multiprofissional da reabilitação como uma forma de complementar as terapias.

### • Indicações para o uso:

O uso do NIRVANA é indicado a pacientes que necessitam trabalhar planejamento motor, alcance, balance e cognição, como:

- ✓ Trabalhar destreza manual/coordenação motora
- ✓ Ataxias
- ✓ Heminégligência
- ✓ Esquema corporal
- ✓ Ganho amplitude de movimento
- ✓ Pós-operatório ortopédicos recentes de membros superiores
- ✓ Descarga peso em MMII
- ✓ Controle de tronco
- ✓ Pacientes que necessitem de trabalhar equilíbrio
- ✓ Estimulação cognitiva
- ✓ Organização espacial

### • Contraindicações:

- ✓ Pacientes com déficit cognitivo grave.
- ✓ Avaliar objetivos terapêuticos para pacientes crônicos.

### • Atendimento

- ✓ Escolher com critério os pacientes que irão utilizar o NIRVANA para não ocorrer frustração.
- ✓ Duração da terapia de cada paciente será de no mínimo 2 meses e no máximo 6 meses, sendo que:
  - O profissional deverá avaliar a presença de fadiga e/ou cansaço do paciente durante o uso do equipamento.

- ✓ Cabe ao terapeuta escolher o jogo a ser utilizado no equipamento conforme a necessidade individual funcional, muscular e cognitiva.
- ✓ Para pacientes com TEA, o NIVANA poderá trabalhar a coordenação motora, planejamento motor e habilidades de integração viso motora.

• **Fluxos de acesso e acolhimento**

- ✓ A terapia de realidade virtual deverá beneficiar pacientes em **atendimento no CER** que detém o equipamento e em outros CER da CRS ou de CRS vizinha, sendo avaliada a possibilidade de acesso dos usuários.
- ✓ O CER que encaminhar pacientes para este recurso terapêutico deve garantir a continuidade da terapia convencional no serviço.
- ✓ Após o ciclo deverá ser elaborado relatório apontando ao CER de origem os ganhos da intervenção.
- ✓ Os objetivos deverão integrar o PTS do usuário e ser discutidos com as equipes.

• **Atribuições:**

O NIRVANA se caracteriza como mais um recurso de reabilitação, constituindo-se por terapia complementar. Desta forma, não substitui a terapia convencional e a realização das demais terapias nos CER.

✓ **Caberá ao Gerente do CER:**

- ⊖ Estruturar uma sala exclusiva para este atendimento.
- Disponibilizar vagas para outros CER de sua CRS e de CRS vizinhas, de forma a possibilitar o acesso ao maior número possível de munícipes a este recurso terapêutico;
- Zelar pelo equipamento para maior conservação e segurança
- Participar de reuniões para o acompanhamento do uso do Nirvana quando necessário;
- Verificar se o registro da produção.

✓ **Caberá aos profissionais executantes:**

- Deverão se comprometer a atuar dentro deste protocolo;
- Serão treinados pela empresa fornecedora, de forma a conhecer todos os recursos que o equipamento oferece;
- Zelar pelo equipamento para maior conservação e segurança;
- Participar de reuniões para o acompanhamento do uso do Nirvana quando necessário.

✓ **Caberá à CRS/STS e OS:**

- Acompanhar o uso do equipamento em conjunto com a AT;
- Sempre que necessário, as CRS e CER solicitantes ou executantes deverão pensar em estratégias que facilitem o acesso dos munícipes de diferentes regiões;
- Desencadear processo de manutenção finda a garantia.

✓ **Caberá a AT de Saúde da Pessoa com Deficiência:**

- Acompanhar e monitorar o uso e impacto deste recurso no processo de reabilitação, acompanhamento este realizado junto com os profissionais executantes, STS, CRS e SMPED;
- Fazer ajustes no protocolo e acompanhar os procedimentos.

- **Produção:**

Todos os pacientes atendidos devem ser registrados no código:

**0301049068 – TERAPIA COM RECURSOS DE REALIDADE VIRTUAL**

Esse código consiste no atendimento em reabilitação de pessoas com deficiência utilizando recursos de realidade virtual.

## PROTOCOLO TERAPIA ROBÓTICA - ROBÔ ARM

O robô ARM é um equipamento para reabilitação de pessoas com deficiências permanentes ou transitórias, maximizando a função residual de pacientes pós-operatório de membros superiores ou com sequelas neurológicas.

O uso do robô no processo de reabilitação auxilia de forma gradual o paciente na reabilitação dos membros superiores favorecendo o fortalecimento muscular, a estimulação sensorial, a melhora da velocidade de movimento e da coordenação motora, aumento de amplitude de movimento, entre outros ganhos.

Esse tipo de terapia pode ser adaptado a diferentes pacientes e possibilita ainda gravar informações como posição, trajetória, força, velocidade e explorar o desempenho motor durante os movimentos melhorando os parâmetros de aquisição necessários ao longo da reabilitação e consequentemente otimizando o processo terapêutico.

### 1. Profissionais envolvidos

O profissional envolvido deve ser um Terapeuta Ocupacional preferencialmente especialista em mão e/ou com experiência em reabilitação de membros superiores;

Deverá realizar o treinamento pela empresa para conhecer todos os recursos que o equipamento oferece;

O profissional deverá atender pacientes de outras unidades com a ficha de encaminhamento, com as justificativas e os objetivos terapêuticos. Deve também garantir a continuidade da terapia convencional no CER de referência.

Sendo uma nova tecnologia de reabilitação na Rede Municipal de Saúde há necessidade de acompanhamento do uso e avaliação do impacto no processo de reabilitação. Os profissionais deverão seguir os protocolos para atendimentos, discutindo sempre que necessário com a área técnica.

### 2. Público Alvo:

- Pré-operatório de membros superiores
- Pós-operatório de membros superiores – até 1 ano após cirurgia
- Lesões de nervo e do plexo braquial – máximo 2 anos de lesão
- Lesados medulares tetraplégicos – completos nível abaixo de C5 (escala ASIA) – avaliar objetivos terapêuticos para pacientes crônicos
- Lesados medulares incompletos– síndromes medulares (escala ASIA) – avaliar objetivos terapêuticos para pacientes crônicos
- Lesões encefálicas adquiridas (AVE, TCE) com presença de movimentação parcial de ombro e cotovelo – máximo 2 anos de lesão

Avaliar indicações pacientes ortopédicos com lesão de manguito

A indicação dos pacientes deve ocorrer por profissionais da reabilitação e avaliados pelo Terapeuta Ocupacional que irá utilizar o robô como recurso terapêutico. Vale salientar que é uma terapia complementar e não substitui a terapia convencional.

Contraindicação:

- Membros superiores plégicos, sem nenhuma função e com subluxação importante
- Pacientes espásticos, igual ou acima do grau 3 pela escala de Ashworth modificada

- Para pacientes com muita dificuldade visual devido à falta de contraste dos jogos
- Pacientes muito idosos com dificuldades cognitivas e tecnológicas importantes

### 3. Tempo de terapia

Indicamos a terapia de no mínimo 2 vezes semanais, com durabilidade de 45 minutos cada sessão durante os 4 meses que o equipamento permanecer na unidade.

A avaliação do terapeuta é importante para que a terapia seja gradual, podendo durar menos tempo conforme critérios de fadiga e/ou cansaço do paciente, objetivando ganho de alcance, amplitude de movimento, resistência e força.

O paciente ser reavaliado após 15 sessões para verificar evolução terapêutica e se tem indicação de continuidade do atendimento.

Cabe ao terapeuta regular o equipamento conforme a necessidade individual funcional, muscular e cognitiva.

### 4. Agendas

As agendas devem ser organizadas conforme demanda e indicação do uso do robô, devendo ter atendimento de no mínimo 20 pacientes mês.

### 5. Fluxos

A indicação dos pacientes deve ocorrer por profissionais da reabilitação e avaliados pelo Terapeuta Ocupacional que irá utilizar o robô como recurso terapêutico. Vale salientar que é uma terapia complementar e não substitui a terapia convencional.

É necessário que o CER atenda os pacientes da região de referência **para sua CRS e para outra região** para esse atendimento específico ou caso necessário a área técnica poderá indicar a transferência do equipamento para outra região para atender a demanda existente.

As CRS e os serviços podem auxiliar na articulação e pensar em estratégias que facilitem o acesso dos municípios de diferentes regiões

### 6. Assinar um termo de recebimento e de compromisso do gerente:

O termo de compromisso deve apontar:

- Os profissionais que irão operar o equipamento;
- ter sala apropriada para o uso do atendimento com o equipamento; disponibilizando TV, com entrada HDMI, mesa e cadeira com encosto para o uso do robô;
- Garantir o número de atendimentos;
- Respeitar o protocolo fornecido pela área técnica
- Zelar pelo equipamento para maior conservação e segurança
- Enviar mensalmente a planilha com informações dos atendidos
- Atender outros CER e CRS.

**Produção:**

Todos os pacientes atendidos devem ser registrados no **código: 030104911-4 - TERAPIA COM RECURSOS DE TERAPIA ROBÓTICA**

- Procedimento da Tabela SUS para o qual será transferido: não possui
- Forma de registro: BPA Individualizado

## PROTOCOLO FISIOTERAPIA AQUÁTICA

A fisioterapia aquática é considerada uma modalidade de reabilitação que utiliza os princípios físicos da água como um facilitador nas diferentes combinações de exercícios, promovendo melhora do quadro geral e específico nas alterações ortopédicas, neurológicas, reumatológicas e respiratórias.

A utilização da água como recurso terapêutico para o processo de reabilitação caracteriza-se, desta forma, como estratégia diversificada e complementar de cuidado, cujo objetivo é potencializar os ganhos obtidos nas demais terapias. Com a imersão em água aquecida, em uma piscina que atenda a todos os requisitos de segurança e adequação ao paciente e profissional, muitos efeitos positivos poderão ser obtidos, dentre os quais, destacam-se:

- ✓ Melhora da força muscular e amplitude de movimento;
- ✓ Melhora da coordenação motora e do equilíbrio estático/dinâmico;
- ✓ Estimulação sensorio motora;
- ✓ Em alguns casos, estimulação e facilitação da marcha;
- ✓ Contribui para o fortalecimento da musculatura respiratória e melhora da circulação sanguínea;
- ✓ Promove relaxamento muscular, ganho de flexibilidade, redução dos quadros álgicos e alívio do espasmo muscular.

Para que os atendimentos sejam realizados de forma efetiva e segura, é fundamental que a piscina possua acessibilidade adequada, que tenha manutenção constante (incluindo o monitoramento da temperatura e tratamento da água) e que seja devidamente equipada para o desenvolvimento da reabilitação. Para tanto é preciso:

- ✓ para piscinas com rampa de acesso, é imprescindível o piso antiderrapante;
- ✓ corrimão de segurança na rampa, bem como, no entorno da borda interna da piscina;
- ✓ plataforma elevatória ou guincho transfer;
- ✓ escada removível;
- ✓ banheiros e vestiários acessíveis;
- ✓ condições de iluminação adequada;
- ✓ equipe capacitada para atuação em Fisioterapia Aquática.

Referente aos equipamentos e materiais específicos são necessários: plataforma de fundo de piscina, halteres, flutuadores ou caneleiras, estações de exercícios submersas, brinquedos e equipamentos recreativos. São utilizados para favorecer a flutuação, gerar resistência ao exercício ou auxiliar no posicionamento do paciente dentro da água.

### **Critérios de elegibilidade:**

Considerando que a Fisioterapia Aquática visa potencializar os ganhos obtidos em terapias no solo, é preciso observar alguns critérios de elegibilidade no momento do encaminhamento ao serviço de referência, tais como, estabilidade hemodinâmica, possuir liberação médica para reabilitação aquática e **estar em acompanhamento no CER de referência.**

### **Indicações:**

- ✓ Adultos com sequelas neurológicas adquiridas até 1 ano;
- ✓ Crianças com sequelas neurológicas;
- ✓ Doenças Neuromusculares e progressivas;
- ✓ Síndromes e malformações congênitas;
- ✓ Pós Covid;
- ✓ Pós operatórios / fraturas recentes (até 6 meses de lesão);
- ✓ Amputações.

**Contraindicações:**

- ✓ feridas infectadas;
- ✓ infecções de pele, gastrointestinais e genitais;
- ✓ sintomas agudos de trombose venosa profunda;
- ✓ doença sistêmica e tratamento radioterápico em andamento;
- ✓ processos micóticos e fúngicos graves;
- ✓ processos infecciosos e inflamatórios agudos da região da face e pescoço, como inflamações dentárias, amigdalites, faringites, otites, sinusites e rinites;
- ✓ Alergia a produtos químicos utilizados no tratamento da água;
- ✓ Cardiopatias graves não controladas;
- ✓ Febre;
- ✓ Tímpano perfurado;
- ✓ Atividade convulsiva não controlada;
- ✓ Doença infecciosa;
- ✓ Uso de bolsa ou cateter de colostomia;
- ✓ Tubos de traqueostomia e/ou nasogástricos (com histórico de pneumonia);
- ✓ Sonda vesical;
- ✓ Hipotensão ou hipertensão grave;
- ✓ Resistência gravemente limitada.

**Encaminhamento e avaliação específica:**

- ✓ O encaminhamento deverá partir de profissional de reabilitação (terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta), mediante **ficha de encaminhamento** que contemple as justificativas e os objetivos terapêuticos. Deve também informar as terapias que são realizadas no serviço solicitante e garantir a continuidade da terapia convencional;
- ✓ Previamente ao início dos atendimentos o usuário será avaliado pelo profissional executante da terapia, de forma a confirmar a indicação e traçar objetivos terapêuticos.

**Atendimentos:**

O tempo de reabilitação pode durar até 6 meses podendo ser prorrogado por mais 3 meses de acordo com as necessidades e projeto terapêutico. As sessões são compostas por um atendimento semanal com duração aproximada de 45 minutos.

A Fisioterapia Aquática se caracteriza como mais um recurso de reabilitação, constituindo-se por terapia complementar. Desta forma, **NÃO** substitui a terapia convencional e a realização das demais terapias nos CER.

**Matriciamento:**

Compete à equipe de Fisioterapia Aquática realizar reuniões periódicas para matriciamento com o CER envolvido no cuidado, objetivando potencializar e alinhar as abordagens terapêuticas, assim como a articulação no momento da alta. Após o ciclo deverá ser elaborado relatório apontando ao serviço de origem os ganhos da intervenção.

**Produção:**

Todos os pacientes atendidos devem ser registrados no código: 0301019070– SESSÕES HIDROTERAPIA. Esse código consiste no atendimento em FISIOTERAPIA AQUÁTICA.

## PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA TRATAMENTO COM TOXINA BOTULÍNICA - TIPO A (TBA)

A espasticidade é um distúrbio motor, multicausal, caracterizado pelo aumento do tônus muscular, com velocidade dependente devido a Síndrome do motoneurônio superior, associado à exacerbação do reflexo miotático.

Em março de 2022 o MS coloca na nova portaria nº5, que a espasticidade foi descrita como hiperatividade muscular involuntária na presença de paresia central, existindo três mecanismos que desempenham papel central no desenvolvimento da espasticidade: (i) alterações na entrada aferente que chega aos neurônios motores espinhais; (ii) alterações nos arcos reflexos que afetam a excitabilidade dos neurônios motores; e (iii) alterações nas características internas dos neurônios motores.

Na portaria nº 377 de 10/11/2009, do Ministério da Saúde (MS) descreve que a espasticidade está associada à redução da capacidade funcional, limitação da amplitude do movimento articular, desencadeando dor, aumento do gasto energético metabólico e prejuízo nas tarefas de vida diária, como: alimentação, locomoção, transferências (mobilidade) e cuidados de higiene. Pode causar contraturas, rigidez, luxações e deformidades articulares. Por outro lado, o aumento do tônus muscular pode contribuir com a estabilização articular, melhora postural, facilitação das trocas de decúbito e transferências. Portanto, é uma situação clínica a ser modulada e não completamente eliminada.

### Diagnóstico

Para diagnóstico o médico e a equipe devem conhecer os princípios da reabilitação, pois o manejo da espasticidade é multifatorial. Pode requerer outros tratamentos medicamentosos, não-medicamentosos (terapias de reabilitação, órteses de posicionamento, afastamento de fatores de exacerbação – infecções, lesões por pressão, frio, posicionamento corporal) ou cirúrgicos. Assim são recomendadas diferentes medidas para alcançar os objetivos estabelecidos para a modulação da espasticidade.

O diagnóstico é clínico e no exame físico do paciente o médico e/ou a equipe multiprofissional gradua o tônus muscular segundo a Escala de Ashworth Modificada (EAM). Além disso, devem ser avaliadas a função motora, dor, contraturas e deformidades.

Grau	Descrição
0	Tônus normal
1	Leve aumento tônus muscular com mínima resistência no fim do movimento
1+	Leve aumento do tônus muscular com mínima resistência em menos da metade do movimento
2	Aumento mais marcado do tônus muscular na maior parte do movimento, mas a mobilização passiva é efetuada com facilidade
3	Considerável aumento do tônus muscular, o movimento passivo é difícil
4	Segmento afetado rígido em flexão ou extensão

Tabela 1. Escala de Ashworth Modificada Bohannon, R. W., Smith, M. B. A confiabilidade interavaliadores do Modified Ashworth Scale, de espasticidade muscular, *Physical Therapy*, 67, pág. 207. Copyright 1987 by American Physical Therapy Association.

Desta forma, sempre que necessário o uso de TBA pode ser mais um recurso e deve ser indicado e inserido no programa da reabilitação

### Indicações para o uso do TBA (CID-10) – Preconizados pelo MS

- G04.1 Paraplegia Espástica Tropical
- G80.0 Paralisia cerebral espástica

- G80.1 Diplegia espástica
- G80.2 Hemiplegia Infantil
- G81.1 Hemiplegia espástica
- G82.1 Paraplegia espástica
- G82.4 Tetraplegia espástica
- I69.0 Sequelas de hemorragia subaracnóidea
  
- I69.1 Sequelas de hemorragia intracerebral
- I69.2 Sequelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas
- I69.3 Sequelas de infarto cerebral
- I69.4 Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I69.8 Sequelas de outras doenças cerebrovasculares e das não especificadas
- T90.5 Sequelas de traumatismo intracraniano
- T90.8 Sequelas de outros traumatismos especificados da Cabeça

### **Crítérios de exclusão**

- Hipersensibilidade a um ou mais componentes da formulação das apresentações de TBA;
- Perda definitiva da mobilidade articular por contratura fixa ou anquilose com EAM grau 4;
- Doenças da junção neuromuscular (miastenia gravis, Eaton- Lambert);
- Desenvolvimento de anticorpos contra TBA;
- Infecção no local de aplicação;
- Gestação ou amamentação;
- Uso concomitante de antibióticos aminoglicosídeos ou espectinomicina;
- Impossibilidade de seguimento do acompanhamento médico ou adesão ao tratamento e aos cuidados de reabilitação propostos;

### **Centro de referência**

O MS demonstra a importância dos Centros de Referência em Espasticidade tendo como objetivo o uso racional da TBA no tratamento da espasticidade através da prescrição da menor dose eficaz, compartilhamento de frascos nos casos de doses fracionadas, monitorização dos eventos adversos e de falhas terapêuticas, armazenamento e dispensação e prestação de assistência multidisciplinar para o manejo da espasticidade.

No município de São Paulo as unidades polos para aplicação da TBA para pessoas com deficiências devem ocorrer nos Centros Especializados de Reabilitação – CER que possuem estrutura física para armazenamento da medicação e profissionais habilitados para realizar avaliação, planejamento, administrar TBA e acompanhamento do tratamento.

O CER deve ter uma farmácia habilitada na assistência farmacêutica do Estado e funcionará como referência para o armazenamento do TBA.

Orientamos a criação na agenda do “Dia do TBA” mensal/bimensal/trimestral, conforme demanda do serviço e disponibilidade do medicamento. Neste dia, o enfermeiro deve estar disponível para preparo da sala e medicamento e algum profissional de reabilitação para orientação aos cuidados e/ou cuidadores para orientações.

Vale ressaltar que existem diferentes apresentações comerciais de TBA aprovadas para modulação da espasticidade pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e cabe ao médico prescritor conhecer as similaridades e as diferenças entre elas, pois são produtos biológicos que apresentam mecanismo de ação idêntico, mas que diferem em seu comportamento farmacocinético. Cada preparação não é diretamente intercambiável com outra e deve ser realizado ajuste de dose conforme a apresentação utilizada.

### **Atendimento**

Escolher com critério os pacientes que irão aplicar a toxina dentro da tabela dos CID indicados e com objetivos terapêuticos traçados em consulta médica e pela equipe multiprofissional.

A aplicação deve ser realizada via intramuscular por médico devidamente capacitado, especialista em Medicina Física e Reabilitação, Neurologia ou Ortopedia do CER.

A dose total por sessão de tratamento deve seguir as recomendações das bulas oficiais dos medicamentos, divididas entre os músculos selecionados levando em consideração a intensidade da espasticidade, comprometimento funcional, peso corporal, tamanho e número de músculos a serem tratados.

O profissional deverá avaliar e indicar o medicamento e o quantitativo de acordo com a avaliação realizada.

A duração do efeito é variável e influenciada por outras medidas antiespásticas como o uso medicamentos via oral, órteses e realização de terapias de reabilitação.

A reavaliação é recomendada 4 a 6 semanas após cada aplicação, sendo as demais realizadas a critério médico.

Para casos que possuem indicação da aplicação de TBA para posicionamento e prevenção de deformidades, o serviço deve solicitar a órtese, ou quando o paciente já a possuir, garantir o seu ajuste conforme a modulação da espasticidade.

O cuidador e/ou pacientes estarem minimamente orientados a realizar os exercícios, alongamentos e/ou posicionamentos adequados e retornar ao serviço se quaisquer efeitos indesejáveis surgirem.

Todo o processo deve ser registrado em prontuário para monitorização do tratamento contendo a descrição dos grupos musculares abordados, doses utilizadas, avaliação de tônus e registro de efeitos adversos.

Em alguns casos o efeito pode se tornar mais fraco ou ausente, mesmo com aumento de dose. Esses casos levam a suspeita de formação de anticorpos e devem seguir o cuidado no CER conforme necessidade ou acompanhamento pela equipe eMulti.

### **Termos de esclarecimento e responsabilidade:**

É obrigatória a ciência do paciente, ou de seu responsável legal, dos benefícios e potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso do medicamento de TBA, que deverá ser formalizado por meio da assinatura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Deverá ser preenchido em três vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal e outra no prontuário do paciente.

### • Fluxos de acesso e acolhimento

- ✓ Os centros de aplicação de TBA deverão ser referência para outros serviços no território
- ✓ O encaminhamento para este recurso terapêutico deverá partir de profissional de reabilitação (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta ou médico), mediante ficha de encaminhamento que contemple as justificativas e os objetivos terapêuticos. Deve também informar as terapias que são realizadas no serviço solicitante e garantir a continuidade do acompanhamento.
- ✓ Os objetivos deverão integrar o PTS do usuário e ser discutidos com as equipes.
- ✓ Após aplicação deverá ser elaborado relatório apontando ao CER de origem a intervenção realizada.
- ✓ O paciente receberá alta quando não estiver mais atingindo os objetivos desenhados em conjunto com a equipe multidisciplinar, não tiver mais indicação de TBA, tiver contraindicação ou não aderir ao tratamento de reabilitação adjuvante proposto.

### • Atribuições:

O uso da TBA se caracteriza como mais um recurso de reabilitação, constituindo-se por terapia complementar. Desta forma, não substitui a terapia convencional e a realização das demais terapias medicamentosas ou não.

- ✓ **Caberá ao Gerente do CER:**
  - Identificar e informar os médicos habilitados para este tipo de atendimento.
  - Estruturar sala para este atendimento.
  - Disponibilizar vagas para outros CER de sua CRS e de CRS vizinhas, de forma a possibilitar o acesso ao maior número possível de municípios a este recurso.
  - Disponibilizar enfermeiro e fisioterapeuta para as sessões de aplicação
  - Enviar sempre que solicitado pela AT os pacientes atendidos.
- ✓ **Caberá aos profissionais executantes:**
  - Comprometer-se a atuar dentro deste protocolo.
  - Ter capacitação técnica de forma a conhecer as indicações e contraindicação que o TBA oferece.
  - Acompanhar o paciente conforme necessidade.
- ✓ **Caberá à CRS/STS e OS:**
  - Acompanhar o serviço em conjunto com a AT.
  - Sempre que necessário, as CRS e CER solicitantes ou executantes deverão pensar em estratégias que facilitem o acesso dos municípios de diferentes regiões.
  - Participar e operacionalizar o cadastro com a assistência farmacêutica do Estado – SES/SP como serviço de referência para administração do medicamento toxina botulínica, deve apresentar um projeto que contemple as recomendações da portaria nº377 de 10/11/2009 do MS com as diretrizes de Espasticidade, isto é, descreva todos os serviços que serão ofertados aos pacientes pela equipe multidisciplinar que será constituída, quais e quantos profissionais estarão envolvidos no processo como um todo, como será o fluxo/periodicidade/agendamento dos pacientes para avaliação inicial/reavaliação e

aplicação da Toxina Botulínica, qual será o profissional responsável pelo fluxo de envio de documentos e retirada de medicamento junto às FME; onde e em que condições a Toxina Botulínica ficará armazenada (como será o controle de estoque físico, o monitoramento de temperatura, o transporte do medicamento entre o SR e a FME, se possui gerador de energia); se contará com profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar para as atividades relacionadas à dispensação do medicamento e para a realização de controle de estoque e monitoramento da Toxina Botulínica que ficará sob a guarda do Centro de Referência.

- Caso o serviço não possua um farmacêutico responsável, a CRS poderá verificar um profissional e local mais próximo para esta ação.
- ✓ **Caberá a AT de Saúde da Pessoa com Deficiência:**
  - Acompanhar e monitorar o uso e impacto deste recurso no processo de reabilitação, acompanhamento este realizado junto com os profissionais executantes, STS e CRS.
  - Fazer ajustes no protocolo ou indicar a substituição de unidade mediante este acompanhamento.

#### Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 377 de 10 de Novembro de 2009. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Espasticidade.** Brasília, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0377\\_10\\_11\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0377_10_11_2009.html). Acesso em 01 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 05 de 22 de Março de 2022. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Espasticidade.** Ministério da Saúde. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt> . Acesso em 07/10/2022.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Toxina Botulinica Tipo A – Coordenadoria de Assistência Farmacêutica.** São Paulo, 2022. Disponível em: [https://saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/253\\_ToxinaBotulinica\\_Espasticidade-v11.pdf](https://saude.sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/08/253_ToxinaBotulinica_Espasticidade-v11.pdf). Acesso em: 01 set 2022

### APLICAÇÃO DE TBA

Nº DESTA APLICAÇÃO \_\_\_\_\_ DYSPORT ( ) BOTOX ( ) OUTRA ( ) \_\_\_\_\_ LOTE \_\_\_\_\_ Dosagem: \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

#### MÚSCULOS E DOSES

MEMBROS SUPERIORES					MEMBROS INFERIORES				
DIREITO		MÚSCULO	ESQUERDO		DIREITO		MÚSCULO	ESQUERDO	
ASH	DOSE	-	ASH	DOSE	ASH	DOSE	-	ASH	DOSE
		GRANDE DORSAL					ILÍACO		
		PEITORAL MAIOR					ADUTORES		
		SUBESCAPULAR					VASTO LATERAL		
		DELTÓIDE(ant/méd/pos)					VASTO MEDIAL		
		BÍCEPS BRAQUIAL					RETO FEMORAL		
		BRAQUIAL					BÍCEPS FEMORAL		
		BRAQUIORADIAL					SEMITENDINOSO		
		PRON. REDONDO					SEMIMEMBRANÁCEO		
		PRON. QUADRADO					EXTENSOR LONGO DO HÁLUX		
		FLEXOR ULNAR CARPO					TIBIAL POSTERIOR		
		FLEXOR RADIAL CARPO					SOLEAR		
		PALMAR LONGO					GASTROC M		
		FLEXOR SUPERF. DEDOS					GASTROC L		
		FLEXOR PROFUN. DEDOS					FLEXOR LONGO DOS DEDOS		
		INTERÓSSEOS VENTRAIS							
		FLEXOR CURTO DEDO MINIMO							
		ADUTOR DO POLEGAR							
		OPONENTE DO POLEGAR							
		FLEXOR CURTO DO POLEGAR							
		FLEXOR LONGO DO POLEGAR							
DOSE TOTAL:			DOSE TOTAL:		DOSE TOTAL:			DOSE TOTAL:	

DOSE TOTAL DE BTA: \_\_\_\_\_ Nº DE AMPOLAS \_\_\_\_\_ **FENOL/ÁLCOOL/XILOCAÍNA** TOTAL DE AMPOLAS: \_\_\_\_\_

NERVO	DIREITA	ESQUERDA
MUSCULOCUTÂNEO		
FEMORAL		
OBTURADOR		

**DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

---



---

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Toxina botulínica Tipo A**

Eu \_\_\_\_\_ (ou responsável legal), \_\_\_\_\_, CNS \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contra-indicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do medicamento toxina botulínica tipo A, indicado para o tratamento da espasticidade. Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico).

Assim declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhorias:

- Melhora da atividade funcional (locomoção, atividade da vida diária);
- Prevenção de contratura e deformidades nas articulações (juntas);
- Diminuição da dor;
- Facilitação no uso de órteses e realização dos cuidados de higiene;
- Diminuição da frequência e severidade dos espasmos;
- Redução do uso de medicamentos anti-espásticos;
- Redução do número de procedimentos de reabilitação.

Fui também claramente informado a respeito das seguintes contra-indicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- Não se sabe ao certo os riscos do uso deste medicamento na gravidez, portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico;
- O principal efeito desagradável é dor no local de aplicação da injeção;
- Os efeitos adversos são pouco frequentes, tendo uma estimativa de que a cada 100 pacientes que recebem o medicamento apenas 3 terão algum tipo de reação. Já foram relatados fraqueza, náuseas, coceira, dor de cabeça, alergias na pele, mal estar geral, febre, dor no corpo.

Fui também informado de que este medicamento não tem por objetivo curar a doença que originou a espasticidade. Conforme a marca comercial utilizada, a dose da toxina botulínica pode ser ajustada e devo procurar orientação do médico ou farmacêutico em caso de dúvida.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Local:		
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
_____		
Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
_____		
Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

## DIRETRIZES PARA O DIAGNÓSTICO AUDIOLÓGICO PEDIÁTRICO

O diagnóstico audiológico pediátrico deve ser um processo centrado na família e propiciar acolhimento de qualidade, estabelecendo acesso, escuta, diálogo, apoio e vínculo. Essas etapas de acolhimento permitem que as famílias vivenciem o processo de dor e luto que acompanha o diagnóstico de uma deficiência, estabelecendo alicerces seguros para o engajamento da família na reabilitação.

Deve estar atrelado à avaliação multidisciplinar da equipe do CER, considerar o histórico clínico (pré, peri e pós-natal), a presença de malformações ou afecções associadas, o estado clínico da criança e seu comportamento global, especialmente quanto ao desenvolvimento motor, cognitivo, social e das habilidades de fala e linguagem. Questionários e *check lists* voltados ao acompanhamento do desenvolvimento global e das habilidades auditivas também podem ser utilizados.

O diagnóstico audiológico deve ocorrer precocemente, de forma imediata à triagem auditiva neonatal e ser finalizado antes do terceiro mês de vida, para que a intervenção e a protetização ocorram antes da criança completar seis meses (Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva, 2010).

A precocidade do diagnóstico e a intervenção oportuna constituem aspectos fundamentais, sendo que as diretrizes internacionais atuais recomendam que todo esse processo seja antecipado e finalizado dentro dos três primeiros meses de vida, ou seja, a triagem auditiva ocorrer no primeiro mês, seu seguimento e diagnóstico estabelecido até o segundo mês e a intervenção iniciada no decorrer do terceiro mês de vida da criança (*Joint Committee on Infant Hearing, 2019 Position Statement*).

Dependendo da idade de avaliação, há necessidade de ajustes na escolha dos procedimentos que serão utilizados. No entanto, em qualquer idade, mesmo em neonatos, o diagnóstico audiológico pediátrico deve ser capaz de estabelecer a audibilidade e o acesso aos sons de fala, ou seja:

- Deve determinar se a audição está normal ou alterada;
- Se alterada, deve determinar o tipo de perda auditiva: condutiva, mista, ou neurosensorial (coclear ou neural);
- Deve estimar o grau de perda, ou seja, os níveis mínimos de resposta para:
  - diferentes frequências (especialmente entre 500Hz e 4KHz);
  - respostas por via aérea e por via óssea;
  - em cada orelha separadamente.

Para estabelecer a audibilidade em bebês e crianças muito pequenas, medidas eletrofisiológicas são imprescindíveis, especialmente os potenciais evocados de tronco encefálico (PEATE). Diretrizes do *Joint Committee on Infant Hearing* orientam que o teste audiológico considerado padrão ouro para determinar a audibilidade em crianças menores de 6 meses é o PEATE e que a partir de 6 meses de vida, o teste padrão ouro para audibilidade já passa a ser a audiometria de reforço visual.

Convém salientar que o PEATE com estímulo clique é insuficiente para obtenção das informações de audibilidade acima mencionadas. Portanto, no diagnóstico pediátrico deveremos sempre aplicar os dois protocolos de PEATE:

- O protocolo neurológico: com estímulo de banda larga (clique) e análise da morfologia e latências das ondas, visando investigar a sincronia neural (e o microfonismo coclear quando houver suspeita de dessincronia/neuropatia);
- O protocolo audiológico: com estímulos especiais para investigação da audibilidade por frequência específica.

Além da determinação da audibilidade, é imprescindível investigar a integridade de todo o sistema auditivo, sendo necessário incluir o uso de outras medidas, como as medidas eletroacústicas:

- Da imitanciometria, para avaliar o funcionamento da orelha média;
- Das emissões otoacústicas, para avaliar o funcionamento coclear (de células ciliadas externas).

Além das medidas que traduzem a integridade do sistema auditivo, o diagnóstico audiológico deve fornecer informações de como a criança expressa esse funcionamento e portanto, o comportamento auditivo também necessita ser investigado no processo diagnóstico.

Portanto, o diagnóstico audiológico pediátrico deve sempre utilizar:

- Um conjunto de medidas eletrofisiológicas, eletroacústicas e comportamentais;
- O princípio da verificação cruzada (*cross check*), em que novas informações vão sendo adicionadas a cada teste e o resultado de um teste será aceito quando confirmado por outro independente. Nesse sentido, a realização dos potenciais evocados auditivos de estado estável (PEAEE) em conjunto aos potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (PEATE), transmitem melhor qualidade e maior segurança diagnóstica, devendo ser utilizados sempre que disponíveis no serviço.

### **Procedimentos audiológicos recomendados, por faixa etária**

#### **Em neonatos e crianças até 5 meses:**

- Potenciais evocados auditivos: protocolos neurológico e audiológico do PEATE, e PEAEE, se disponível;
- Emissões otoacústicas transiente e produto de distorção;
- Imitanciometria com estímulo de sonda de 1KHZ ou de banda larga;
- Medidas comportamentais: observação do comportamento auditivo (reação para estímulos não calibrados de diferentes intensidades e para a voz/fala).

#### **Em crianças de 6 a 24 meses:**

- Medidas comportamentais: audiometria de reforço visual, acompanhada da observação do comportamento auditivo e da logaudiometria.
- Potenciais evocados auditivos: protocolos neurológico e audiológico do PEATE (e PEAEE, se disponível) sempre que a audibilidade por orelha não puder ser estabelecida por medidas comportamentais;
- Emissões otoacústicas transiente e produto de distorção;
- Imitanciometria com estímulo de sonda de 226Hz ou de banda larga;

#### **Em crianças de 24 a 48 meses:**

- Medidas comportamentais: audiometria infantil condicionada, ou de reforço visual, acompanhada da observação do comportamento auditivo e da logaudiometria.
- Potenciais evocados auditivos: protocolos neurológico e audiológico do PEATE (e PEAEE, se disponível) sempre que a audibilidade por orelha não puder ser estabelecida por medidas comportamentais;
- Emissões otoacústicas transiente e produto de distorção;
- Imitanciometria com estímulo de sonda de 226Hz ou de banda larga;

Desta forma:

Todas as crianças encaminhadas ao CER com suspeita de perda de audição deverão passar por “Avaliação Multiprofissional em Reabilitação” na especialidade Especialista em Reabilitação Auditiva, momento em que as famílias e crianças:

- Serão acolhidas pela equipe
- Passarão por consulta com médico otorrinolaringologista,
- Realizarão a avaliação audiológica conforme os procedimentos recomendados por faixa etária
- Passarão por consulta com serviço social, psicologia, conforme necessidade identificada.

Ressaltamos que o diagnóstico deve ser concluído o quanto antes, sendo que a unidade precisa ter já estruturada agenda de retornos. No caso dos RN que falharam na triagem neonatal esta deverá ocorrer, na maioria das vezes, até 2 ou 3 meses de vida, conforme recomendações internacionais.

Assim que finalizado o diagnóstico o CER deverá abrir solicitação de APAC de “AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA”. Caso não seja diagnosticada perda de audição, a informação deverá constar no campo de observação.

#### **02.11.07.010-6 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA**

Caberá a equipe identificar os casos em que serão necessários o monitoramento e a abertura de nova APAC para “Reavaliação Diagnóstica em Deficiência Auditiva, conforme diretrizes deste procedimento.

#### **02.11.07.030-0 - REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS**

Todo este processo precisa ser acompanhado cuidadosamente pela equipe do CER, devendo ser realizado contatos telefônicos buscando:

- confirmação da consulta
- orientações pré-exames
- reconvocações no caso de faltas

A UBS deverá ser acionada:

- para busca ativa no caso de faltas
- para ser informada sobre o resultado dos exames, tendo em vista a continuidade ou compartilhamento do cuidado

É imprescindível, ainda, que o CER realize orientações às famílias quanto ao acompanhamento do DNPM e da audição e retorno a UBS no caso de qualquer dúvida ou suspeita de alteração.

No caso dos bebês alto risco, independente da triagem auditiva neonatal, os mesmos são monitorados pelo Mãe Paulistana e agendados para acompanhamento do DNPM nos CER de referência de sua moradia.

Em função do risco de perda de audição, deverão realizar avaliação audiológica no próprio CER ou CER de referência com a modalidade auditiva, conforme tabela abaixo, ação esta também monitorada e informada à UBS:

<b>Indicadores de Risco e Monitoramento Perinatal, segundo o <i>Joint Committee on Infant Hearing</i></b>		
<b>Perinatal</b>		
<b>Fator de Risco</b>	<b>Seguimento</b>	<b>Frequência de Monitoramento</b>
1. Histórico familiar de deficiência auditiva	Por 9 meses	com base na etiologia da perda auditiva
2. UTI neonatal por mais de 5 dias	Por 9 meses	De acordo com os marcadores da aquisição de fala e linguagem
3. Hiperbilirrubinemia em nível de exsanguinotransfusão	Por 9 meses	
4. Medicação Ototóxica	Por 9 meses	
5. Asfixia ou hipóxia neonatal	Por 9 meses	
6. Membrana de oxigenação extracorpórea (ECMO)	Não ultrapassar 3 meses da ocorrência	A cada 12 meses até a idade escolar ou em intervalos menores, de acordo com as queixas
7. Infecção intrauterina: rubéola, herpes, sífilis e toxoplasmose	Por 9 meses	De acordo com os marcadores da aquisição de fala e linguagem
infecção intrauterina: citomegalovirose (CMV)	Não ultrapassar 3 meses da ocorrência	A cada 12 meses até os 3 anos ou em intervalos menores, de acordo com as queixas
infecção intrauterina: zika	PEATE-A em 1 mês	PEATE entre 4 e 6 meses de vida e/ou audiometria com reforço visual (VRA) aos 9 meses de vida
8. Anomalias craniofaciais, incluindo as alterações morfológicas de pavilhão auricular e conduto auditivo externo	Por 9 meses	A cada 12 meses até a idade escolar ou em intervalos menores, de acordo com as queixas
9. Síndromes associadas à deficiência auditiva condutiva ou sensorineural	Por 9 meses	De acordo com o desenvolvimento da síndrome
<b>Perinatal e Pós-natal</b>		
10. Infecções associadas a perdas auditivas, como meningite bacteriana ou encefalopatia	Não ultrapassar 3 meses da ocorrência	A cada 12 meses até a idade escolar ou em intervalos menores, de acordo com as queixas
11. Eventos associados a perdas auditivas, como traumas na cabeça, principalmente na base do crânio, e quimioterapia	Não ultrapassar 3 meses da ocorrência	Sem prazo definido, de acordo as queixas
12. Atraso ou regressão no desenvolvimento da fala e da linguagem	Imediatamente após a queixa	Sem prazo definido, de acordo as queixas

**Referências Bibliográficas**

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 012. Disponível em: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_triagem\\_auditiva\\_neonatal.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf)
- LEWIS, D. R. Multiprofessional committee on auditory health: COMUSA. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, São Paulo, v. 76, n. 1, p. 121-128, Feb. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/6Ffk6pTDGccSf4NWFTxy5zH/?lang=pt&format=pdf>
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING (US JCIH). Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Disponível em: <https://audiologiabrasil.org.br/portal/arquivosfiles/Year%202019%20JCIH%20Position%20Statement.pdf>

**Sugestões de Questionários e Check List voltados ao acompanhamento do desenvolvimento global e das habilidades auditivas:**

- IT-MAIS - Escala de Integração Auditiva Significativa para Crianças:  
<https://auditivo.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/768/2020/09/IT-MAIS-AB.pdf>
- LittlEars® – Questionário auditivo: questionário para pais para avaliar comportamento auditivo – Adaptação Semântica  
<https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1640>
- Meaningful use of speech scales (MUSS):  
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5143/tde-20052016-142644/publico/MarianePerindaSilvaComerlatto.pdf>

## PROTOCOLO PARA PEATE (BERA)

O Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), conhecido pela sua sigla em inglês BERA, avalia o percurso do som, desde a sua entrada no ouvido até a chegada no tronco encefálico, analisando a integridade das vias auditivas. É um exame objetivo simples e não invasivo para a avaliação da função auditiva. Em relação às aplicações clínicas, o PEATE permite fazer o diagnóstico de alterações no limiar auditivo, caracterizando o tipo de perda auditiva, identificando alterações retrococleares ou relacionadas ao sistema nervoso central e avalia a maturação do sistema auditivo central em neonatos.

### QUANDO/QUEM ENCAMINHAR?

1. Quando não for possível estabelecer grau, tipo e configuração da perda auditiva por meio de avaliação audiológica convencional (audiometria);
2. Não conseguir realizar ou apresentar respostas inconsistentes na audiometria por reforço visual (VRA) ou lúdica condicionada;
3. Em caso de Índice de Reconhecimento de Fala (IRF) incompatível com os limiares tonais;
4. Em caso de perda auditiva neurossensorial unilateral ou assimétrica acentuada;
5. Em caso de perda auditiva funcional (simuladores, psiquiátricos)

### ORIENTAÇÕES PARA O EXAME

<b>ADOLESCENTE / ADULTO</b>
O rosto deve estar limpo, sem maquiagem ou cremes. <b>Deverá levar:</b> exames de audição já realizados; cartão SUS; pedido do exame e relatório com justificativa.
<b>CRIANÇA (de 0 a 12 anos)</b>
O exame deverá ser realizado durante o sono, pois a movimentação muscular (até mesmo movimentação dos olhos) impede a captação das respostas. Para a realização do exame em sono natural é importante que a criança só durma após o preparo e não acorde durante o exame. Dormir mais tarde na véspera, acordar mais cedo no dia do exame, distrair a criança no momento do transporte são algumas ações que podem ser desencadeadas pelas famílias para facilitar o sono e o sucesso na realização do exame. Como as crianças costumam dormir logo após a alimentação, solicitamos, ainda, que a família leve alimento/leite para que seja alimentada minutos antes do horário do exame. <b>Deverá levar:</b> exames de audição já realizados (quando tiver); relatório de alta da maternidade; cartão SUS; caderneta de saúde da criança; pedido do exame e relatório com justificativa.

O ORL ou neuropediatra do CER podem prescrever medicamento para a indução do sono em crianças, se for o caso, à critério médico. São realizadas duas tentativas de avaliação sem sedação (anestesia). Em caso de impossibilidade de fechamento de diagnóstico sem sedação e mediante avaliação da equipe do CER:

- criança será encaminhada para a avaliação pré-anestésica no Hospital Dia de referência da unidade, disponham este tipo de atendimento e deverá seguir as orientações, fluxos e protocolos do centro cirúrgico responsável pela execução do procedimento
- agendamento no centro cirúrgico do Hospital Dia
- comparecimento em jejum no dia do exame
- sedação é realizada com anestesia inalatória

Na impossibilidade de conclusão diagnóstica no CER e necessidade de referenciar para o equipamento que realize o PEATE com sedação, o serviço solicitante deverá monitorar o paciente e apresentar justificativa com relatórios e tentativas de realização de avaliação audiológica completa, condicionada e/ou comportamental que justifiquem a real necessidade da realização do BERA com sedação.

## DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO À PESSOA COM DISFAGIA NO CER

Disfagia é o nome dado à dificuldade para deglutir alimentos, secreções, líquidos ou saliva, desde o seu trajeto inicial na boca até a sua transição do esôfago para o estômago.

O processo de deglutição está dividido em quatro fases: antecipatória ou preparatória oral, oral, faríngea e esofágica. As duas primeiras são caracterizadas como ações voluntárias, podendo ser interrompidas a qualquer momento, enquanto as duas últimas são involuntárias.

Com relação a sua etiologia, as alterações da deglutição podem ser divididas:

- **Neurogênicas:** causada por alterações no SNC e/ou SNP
- **Mecânicas:** desencadeadas por alterações anatômicas de qualquer origem
- **Psicogênicas:** associadas a distúrbios psíquicos e emocionais
- **Iatrogênicas:** causadas pelo uso de medicação que pode interferir no nível de consciência do indivíduo
- **Presbifagia:** modificações na deglutição decorrentes da idade, deixando o idoso com maior propensão à disfagia

A disfagia neurogênica consiste no tipo mais comum de disfagia observado, como por exemplo nos casos pós AVE, PC, doença de Parkinson, demências, doenças neuromusculares, tumores de SNC, TCE, entre outras.

Podem ser classificadas de acordo com a sua localização:

- **Disfagia orofaríngea:** é a dificuldade de condução da saliva, secreções, líquido ou alimento da cavidade oral até o esôfago. O fonoaudiólogo atua nestas distúrbios
- **Disfagia esofágica:** consiste na dificuldade da passagem do alimento pelo esôfago. Geralmente é causada por algum distúrbio na musculatura do esôfago ou obstrução mecânica. Necessita de avaliação e conduta médica

Ao mesmo tempo em que a disfagia gera desconforto ao comer e beber, ela também pode causar, independente da etiologia, sérios problemas de saúde tais como a desnutrição, desidratação, perda de peso, problemas sociais, infecções respiratórias e, em casos mais graves, óbito.

Os fonoaudiólogos são os profissionais habilitados para avaliar e reabilitar as alterações motoras orais e cervicais, assim como realizar orientações aos cuidadores e equipe multidisciplinar sobre a reintrodução ou manutenção de dieta por via oral e os riscos para disfagia. As principais ações do fonoaudiólogo em disfagia são: prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/reabilitação funcional e gerenciamento dos distúrbios de deglutição.

As intervenções nas alterações de deglutição devem ser realizadas pelo fonoaudiólogo e equipe multiprofissional composta por médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e nutricionistas, visando à promoção da deglutição segura e sem riscos de complicações, estabilizando o aspecto nutricional, eliminando os riscos de aspiração laringotraqueal e consequentes complicações associadas.

### Via alternativa de alimentação:

- A nutrição enteral poderá ser garantida por dispositivos como sonda nasogástrica, sonda nasoenteral e ostomias (gastrostomia e enterostomia) que possibilitam a oferta de alimentos diretamente no trato

digestório. Os fatores que estão relacionados são: rebaixamento do nível de consciência, déficit cognitivo importante, estado geral grave e uso prolongado de ventilação mecânica

- A disfagia é indicada na literatura como o maior motivo de indicação da gastrostomia, via alternativa de alimentação indicada para pacientes sem perspectiva de dieta por via oral, a médio e longo prazo. Podendo ser ou não ser reversível, conforme evolução do quadro do paciente.

#### **Avaliação do paciente:**

##### **Anamnese:**

- Queixa
- Etiologia
- Comorbidades
- Medicações em uso
- Nível de consciência
- Condição respiratória:
  - Respiração em ar ambiente
  - Uso de TQT
  - Uso de O2
- Alimentação atual
- Histórico de pneumonias de repetição

##### **Avaliação Estrutural:**

- Avaliar Tônus, mobilidade, sensibilidade e coordenação de OFAs
- Estado de conservação dentária e/ou uso de prótese
- Reflexos orais
  - Busca, sucção, etc
- Reflexos orais patológicos:
  - Mordida, nauseoso exacerbado, etc
- Reflexos de proteção:
  - Nauseoso, tosse e pigarro
- Qualidade vocal

Durante a avaliação estrutural devem ser observados aspectos relacionados à integridade da fala, linguagem e articulação.

##### **Avaliação Funcional de Deglutição:**

- Captação do alimento
  - Sucção, mastigação e sua coordenação com a respiração
  - Tempo de trânsito oral
  - Dificuldade de ejeção oral do alimento (força e/ou dificuldade de ejeção do bolo alimentar)
  - Elevação e anteriorização do complexo hiolaríngeo
  - Escape anterior ou posterior do alimento
  - Escape nasal de alimento
  - Número de deglutições por bolo
  - Acúmulo de resíduos em cavidade oral
  - Tempo maior para completar uma refeição
- Sinais sugestivos de risco para broncoaspiração:
- Tosse: antes, durante ou após a deglutição

- Pigarro frequente
- Engasgo
- Alteração de ausculta cervical
- Voz molhada
- Desconforto respiratório
- Queda da saturação
- Cansaço

#### Conduta fonoaudiológica:

- Sugestão de via alternativa de alimentação
- Adaptação e modificação de consistência. Sugerimos consultar o manual: “Espessantes Caseiros” – Manual do Usuário/Cuidador (vide referências bibliográficas)
- Reintrodução de dieta via oral
- Progressão de consistência da dieta
- Manobras de facilitação/estratégias
- Terapia direta: treino com alimento
- Terapia Indireta: treino sem alimento
- Indicação de exames: videofluoroscopia da deglutição, videoendoscopia funcional da deglutição\*

\*exames não disponíveis na rede municipal

#### Sugestão de escala classificatória da deglutição:

- **Escala FOIS (Functional Oral Intake Scale):** escala de ingestão de alimentação por via oral que pode ser utilizada para mensurar o nível de ingestão via oral pré e pós fonoterapia.

- ( ) **Nível 1:** nada por via oral
- ( ) **Nível 2:** dependente de via alternativa com mínima via oral de alimento ou líquido
- ( ) **Nível 3:** dependente de via alternativa com consistente via oral de alimento ou líquido
- ( ) **Nível 4:** via oral total e uma única consistência
- ( ) **Nível 5:** via oral total com múltiplas consistências, mas com necessidade de preparo especial ou compensações
- ( ) **Nível 6:** via oral total com múltiplas consistências, mas sem necessidade preparo especial ou compensações, porém com restrições para alguns alimentos
- ( ) **Nível 7:** via oral total sem restrições

#### Considerações importantes:

- Envolvimento da família em relação ao cuidado do paciente e decisões
- Discussão com a equipe multidisciplinar visando a segurança do paciente
- Realização de atendimentos compartilhados com a equipe multidisciplinar do CER
- Apoio matricial para a eMulti:
  - Nos casos que a eMulti identifique a necessidade de uma avaliação mais minuciosa da deglutição
  - Quando o paciente tiver alta do CER
- Encaminhamento e articulação com outros equipamentos da rede de saúde
- Nos casos de doença neurológica recente: elaborar um programa terapêutico mais intensivo, preferencialmente compartilhado entre os serviços, com maior frequência dos atendimentos, de acordo com as possibilidades do paciente

Ressaltamos que a disfagia requer atenção especial das equipes de saúde. As suas complicações podem ser minimizadas através do diagnóstico e intervenção precoce, tratamento adequado, atuação da equipe multidisciplinar e do envolvimento do cuidador/família no processo do cuidar, melhorando a qualidade de vida das pessoas e evitando desfechos mais graves.

#### Referências Bibliográficas:

AZEVEDO, N.C.; MELO, A.M.; CANUTO, M.S.B. Descrição dos casos disfágicos atendidos em um centro especializado em reabilitação em Alagoas. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 30, ed. 2, p. 305-315, junho/2018 2018. DOI <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i2p-305-315>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/33850> Acesso em: 21 set. 2022.

CAMPOS, S.M.L. *et al.* Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Audiology Communication Research**, São Paulo, v. 27, 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2492>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/Krp5mLcP6qbfGyLQxPgRbzf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 20 set. 2022.

CRUZ, L.D.F. *et al.* Adequação e padronização de dietas Adequação e padronização de dietas Adequação e padronização de dietas utilizadas por pacientes com disfagia utilizadas por pacientes com disfagia orofaríngea do HCFMRP- USP orofaríngea do HCFMRP- USP. **Relatos de experiências em gestão hospitalar do hospital das clínicas da faculdade de medicina de Ribeirão Preto USP**, Ribeirão Preto, n. 03, 2012. Disponível em: <https://hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/95/95.pdf> . Acesso em: 19 set. 2022.

Diniz, A.A.A. *et al.* Espessantes Caseiros Manual do usuário/cuidador. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – Belo Horizonte 2017. Disponível em: [Downloads/cartilha\\_espessantes\\_caseiros\\_manual\\_usuario\\_cuidador.pdf](Downloads/cartilha_espessantes_caseiros_manual_usuario_cuidador.pdf) Acesso em: 06 set. 2022

FURKIM, A.M.; SACCO, A.B. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. **Revista CEFAC**, [s. l.], v. 10, n. 4, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S1516-18462008000400010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/q8VNjpNM9cC43vsl853mgzf/?format=html> Acesso em: 16 set. 2022.

NOGUEIRA, S.C.J. *et al.* Perfil de pacientes em uso de via alternativa de alimentação internados em um hospital geral. **Revista Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, fevereiro 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000079>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/RQLvdRpLLZxnFTZLxNWpvmvG/?lang=pt> Acesso em: 16 set. 2022.

PADOVANI, A.R.; MORAES, D.P.; MANGILI, L.D.; ANDRADE, C.R.F. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 12, ed. 03, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1516-80342007000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbf/a/sFTJfXjKkqrtYjSKzDzgyDd/> Acesso em: 21 set. 2022.

Pinto, A. R., Cola, P. C., Carvalho, L. R. de, Motonaga, S. M., & Silva, R. G. da. (2013). Ingestão Oral e Grau de Comprometimento da Disfagia Orofaríngea Neurogênica Pré e Pós-Fonoterapia. **Revista Neurociências**, 21(4), 531–536. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8135/5667>. Acesso em 19 set 2022.

SANTOS, L.A.; Eficácia e importância da avaliação clínica da deglutição. Tese (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, p.76.2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17151/tde-07012016-085137/publico/LUCIANA AVILA.pdf>. Acesso em 21 set.2022.

## DIRETRIZES PARA REABILITAÇÃO PÓS-ALTA HOSPITALAR NO CER

A estruturação de serviços de reabilitação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) vem sendo organizada em consonância com as diretrizes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Os Centros Especializados de Reabilitação (CER) têm sido estruturados e aprimorados considerando a importância do trabalho em REDE nos diversos territórios. Desta forma, a premissa é que o CER seja o serviço de reabilitação de referência para os demais equipamentos de saúde da STS onde estão localizados.

SMS tem 31 CER, 29 destes com a modalidade de reabilitação física. Dos 29 CER que atendem a reabilitação física, 15 são habilitados pelo Ministério da Saúde e os demais vêm sendo aprimorados com vistas à ampliação do cuidado e habilitação.

A equipe dos CER é composta por médico fisiatra/ortopedista ou neurologista (ainda não presente na totalidade dos CER), fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social. Alguns CER possuem ainda enfermeiros e nutricionistas.

Os CER atendem pessoas com deficiência que apresentam dificuldades de mobilidade, dificuldade de deglutição, fala e linguagem, que apresentam limitações nas AVDs e AIVDs, que necessitam **de reabilitação por equipe multiprofissional**, realizando:

- Terapias individuais e/ou em grupo;
- Atendimentos compartilhados;
- Estimulação precoce;
- Orientação/suporte às famílias;
- Oficinas terapêuticas;
- Avaliação, dispensação de OPM e acompanhamento do uso.

A equipe multiprofissional do CER atua de forma integrada com intervenções compartilhadas, discussões dos casos e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Tendo em vista que:

- A reabilitação precoce em pacientes com lesões neurológicas recentes é capaz de potencializar o processo de neuroplasticidade, com intuito de restaurar o máximo possível à autonomia dos pacientes;
- Casos pós-cirúrgicos e pós-traumas com sequelas ortopédicas também devem iniciar rapidamente a reabilitação a fim de garantir a funcionalidade e evitar a reincidência do quadro.

É imprescindível que estes pacientes sejam encaminhados o mais rápido possível aos CER. Entre as prioridades dessa intervenção apontamos:

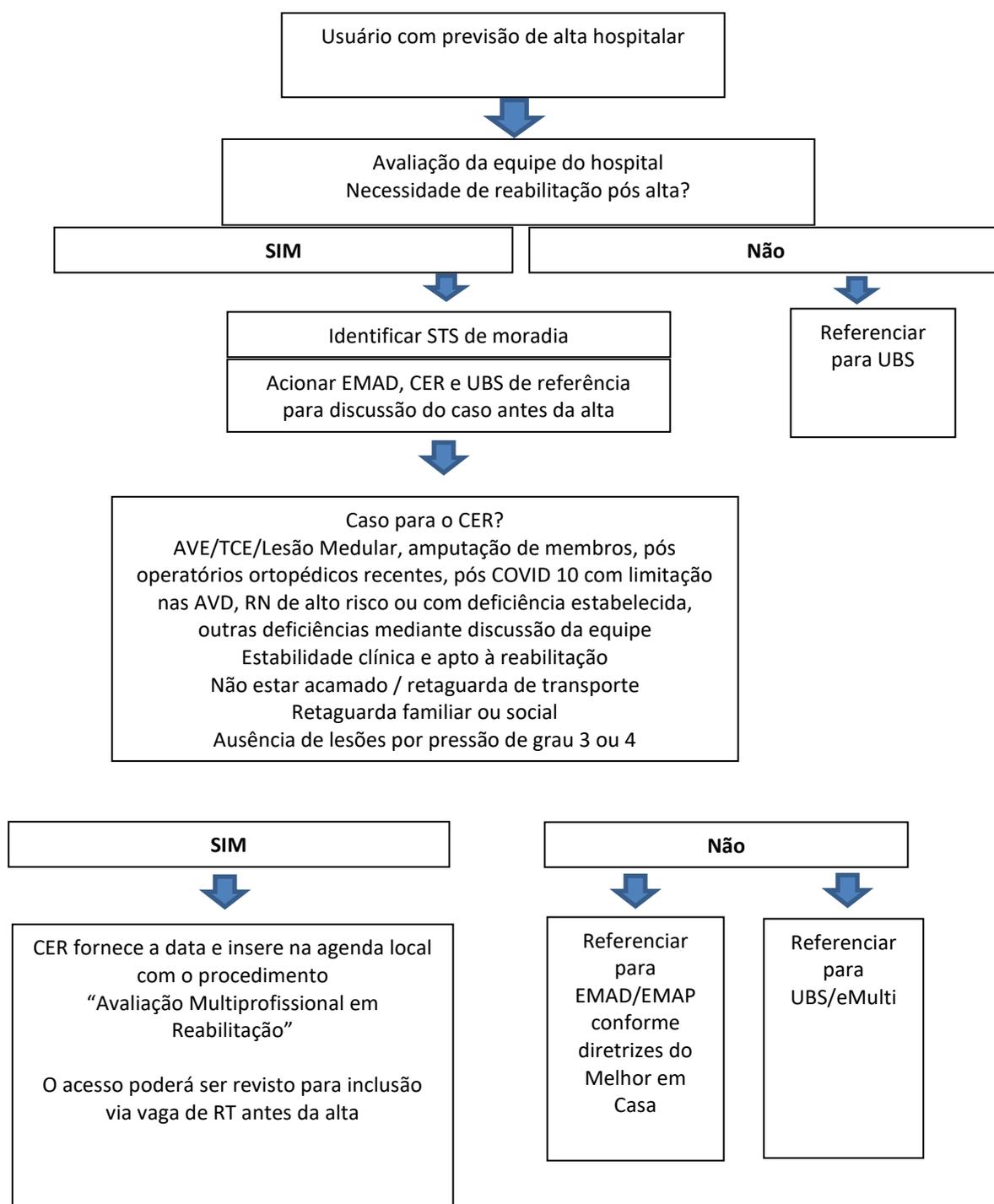
- Acidente Vascular Encefálico - AVE
- Traumatismo Cranioencefálico - TCE
- Lesão medular
- Amputação de membros
- Pós operatórios ortopédicos recentes
- Pós COVID-19 com limitações nas AVDs
- Recém nascidos de alto risco ou com deficiência estabelecida
- Outras deficiências mediante discussão da equipe do CER e do hospital

Como o CER é um serviço de nível ambulatorial, os casos pós alta hospitalar que precisam de reabilitação, devem:

- Ter estabilidade clínica e estar apto para reabilitação
- Não estar acamado
- Retaguarda de transporte
- Retaguarda familiar ou social
- Ausência de lesões por pressão de grau III e IV
- Ter encaminhamento assinado por 1 profissional da equipe multiprofissional e por médico

É importante a articulação dos CER, Hospitais, UBS e EMADs para o direcionamento adequado dos casos e para identificação de necessidades que requerem ações compartilhadas entre os diversos serviços.

## Fluxo:





Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**FICHA DE TELECONSULTORIA – HOSPITAL – CER**

**1. UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE**

Nome do estabelecimento de saúde:

CNES:

Endereço : \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

Telefone do hospital: \_\_\_\_\_ Telefone do NIR \_\_\_\_\_

**2. DADOS DO PACIENTE**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG/RNE: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ UBS de referência: \_\_\_\_\_

Responsável pelo paciente: \_\_\_\_\_

**3. DIAGNÓSTICO**

2.1 Assinalar o motivo do encaminhamento

Assinale o diagnóstico:

<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral – AVC Isquêmico: (alta primeiro evento)	<input type="checkbox"/> Lesão medular
<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	<input type="checkbox"/> Tumor cerebral
<input type="checkbox"/> Traumatismo Cranioencefálico - TCE	<input type="checkbox"/> Pós operatórios ortopédicos imediatos (quando não houver ambulatório vinculado ao hospital)
<input type="checkbox"/> Amputação de membros	
<input type="checkbox"/> Outras deficiências adquiridas durante a internação e mediante discussão da equipe do CER e do hospital (meningite, seqüela de PCR, polineuropatias periféricas, dentre outras)	

2.2 Data da lesão ou perda funcional que justifique o encaminhamento para o CER: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.3 Descreva abaixo o procedimento cirúrgico realizado e/ou quadro clínico do paciente informando a lesão, nível, lateralidade e o motivo do encaminhamento relatando as limitações nas AVDs e AIVDs, entre outros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.4 Escala de RANKIN (score) na internação: \_\_\_\_\_ Score na Alta: \_\_\_\_\_

2.5: Descreva as perdas funcionais motoras: Avaliação do Fisioterapeuta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.6 Em caso de uso de SNE: Avaliação do fonoaudiólogo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

2.7 Esta em Uso de traqueostomia: Sim ( ) Não ( )

Em caso de uso de traqueostomia:

Qual número da Cânula: \_\_\_\_\_ Data da instalação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Está sendo realizada a decanulação: Sim ( ) Não ( )

Está em uso de O2 complementar domiciliar na alta: Sim ( ) Não ( )

#### 4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

3.1 Tempo de internação no Hospital (em dias): \_\_\_\_\_ UTI? ( ) Não ( ) Sim – Tempo (dias): \_\_\_\_\_ data da alta:

IOT ( ) Não ( ) Sim - Tempo (dias): \_\_\_\_\_ TOT: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ Tempo (dias): \_\_\_\_\_

Recebe alta utilizando: ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) COT ( )

Necessidade de O2: ( ) Não ( ) Sim

Faz uso de dispositivo para auxiliar a deambulação: ( ) Não ( ) Sim

Necessita de controle de INR pós alta: ( ) não ( ) Qual valor na Alta: \_\_\_\_\_

3.2 Possui comorbidades associadas? ( ) Não ( ) Sim - Selecione uma ou mais opções:

( ) Hipertensão Arterial	( ) Pneumopatia
( ) Diabetes Mellitus	( ) Vasculopatias
( ) Outras cardiopatias	( ) Outros: descrever _____

Se sim, estão controladas? ( ) Não ( ) Sim - Está em acompanhamento médico? ( ) Não ( ) Sim. Onde? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicação contínua qual: \_\_\_\_\_

3.3 Tem ou teve crises convulsivas? ( ) Não ( ) Sim

3.3.1 Se sim, estão controladas? ( ) Não ( ) Sim Data da última crise convulsiva? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3.2 Faz uso de medicação para controle das crises convulsivas: ( ) Não ( ) Sim

qual: \_\_\_\_\_

3.4 Exames realizados e resultados:

( ) Tomografia _____ Anexar laudo	( ) Ressonância Magnética _____ anexar laudo
( ) Rx _____	( ) ( ) Outros: descrever _____

3.4.1 Tem agendamentos de exames? ( ) Não ( ) Sim: Qual o exame e local onde será realizado (Anexar Laudo)

( ) Tomografia de crânio	( ) Ressonância Magnética
( ) Raio X	( ) Outros: descrever _____

3.4.1 Exames laboratoriais : máximo 72 horas da alta:

Hemograma( Data) \_\_\_\_\_

Coagulograma: \_\_\_\_\_ INR: \_\_\_\_\_

3.4.2 Possui retorno médico agendado com o especialista do hospital? ( ) Não ( ) Sim, QUAL: \_\_\_\_\_

3.1 Tem lesão por pressão? ( ) Não ( ) Sim - Selecione uma ou mais opções:

<input type="checkbox"/> Sacral	<input type="checkbox"/> Trocânteres Lado D <input type="checkbox"/> Lado E <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tuberosidades isquiáticas Lado D <input type="checkbox"/> Lado E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maléolos Lado D <input type="checkbox"/> Lado E <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Calcânes Lado D <input type="checkbox"/> Lado E <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros: descrever _____

- 3.1.1 Grau da lesão por pressão mais grave:  Grau 1  Grau 2  Grau 3  Grau 4  Grau 5
- 3.1.2 Esta inserido no polo de curativo:  Não  Sim
- 3.2 Paciente está acamado?  Não  Sim
- 3.3 Possui estabilidade clínica para reabilitação?  Não  Sim
- 3.4 Paciente possui retaguarda de transporte  Não  Sim
- 3.5 Paciente possui retaguarda familiar ou social  Não  Sim

## 5. CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CENTRO DE REABILITAÇÃO

### 5.1 CONDUTAS ORIENTADAS PARA ALTA HOSPITALAR:

- Seguimento médico na UBS
- Uso de medicação – Qual? \_\_\_\_\_
- Encaminhamento para reabilitação (CER)\*
- Encaminhamento para Programa Melhor em Casa - Qual? \_\_\_\_\_
- Encaminhamento para médico especialista - Qual especialidade? \_\_\_\_\_
- Solicitação de exames complementares: Citar os exames :

\* Como o CER é um serviço de nível ambulatorial, os casos pós-alta hospitalar que precisam de reabilitação, devem ter estabilidade clínica, não estar acamado, ter retaguarda de transporte, familiar ou social e não ter lesões por pressão de grau III e IV.

### 5. SOLICITANTE

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_ Data do encaminhamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Profissional de Referência da equipe multiprofissional: \_\_\_\_\_

.....  
Médico Responsável

.....  
Equipe Multiprofissional

.....  
Equipe Multiprofissional



Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA HOSPITALAR  
CENTRO DE REABILITAÇÃO

RESOLUÇÃO DO CASO

AGENDADA TELE INTERCONSULTA PARA DISCUSSÃO DO CASO PARA O DIA \_\_/\_\_/\_\_ às \_\_\_\_ horas.  
NO LINK:

CASO NÃO ELEGÍVEL PARA ATENDIMENTO NO CER – Selecione 1 ou mais opções:

<input type="checkbox"/> Instabilidade Clínica	<input type="checkbox"/> Fora da área de abrangência deste CER
<input type="checkbox"/> Ausência de comprometimento na funcionalidade	<input type="checkbox"/> Elegível para EMAD
<input type="checkbox"/> Ausência de suporte para deslocamento ao CER	<input type="checkbox"/> Outros: descrever _____

AGENDADA AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO FÍSICA NO CER ..... PARA DIA \_\_/\_\_/\_\_  
às \_\_\_\_ horas.

## **DIRETRIZES PARA INDICAÇÃO E REPOSIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS, CADEIRA DE BANHO, ADEQUAÇÃO POSTURAL E ALMOFADA**

### **Organização:**

Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência

### **Autores:**

Nathália Monteiro de Oliveira; Luciana Diniz Freitas; Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida; Danielle Pires de S. Alves; Fernanda Castro Moreira; Juliana C. Pinto; Louise Jimenez Berndt; Regina Cressoni de Souza; Julia de Almeida Silva; Elaine Aurelina Oliveira

### **Revisão e atualização em 2022:**

Ana Paula D'Imbério; Camila Sanches Citro Vertuan; Luciana Diniz Freitas; Nathália Monteiro de Oliveira; Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme Ministério da Saúde (2012) tem como uma das diretrizes o fornecimento de OPMs (órteses/ próteses e meios auxiliares de locomoção), sendo este um processo dinâmico, que requer o envolvimento, compromisso e integração contínua de terapeutas, assim como de gestores, usuários e das próprias famílias.

De forma a contribuir com a organização dos serviços, capacitação dos profissionais e consolidação deste processo, é necessário a construção de diretrizes técnicas.

O presente documento partiu de reuniões de um grupo técnico formado por terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas da rede de assistência do município de São Paulo e de suas vivências no pólos de dispensação de cadeira de rodas adaptadas já realizados, além de referenciado pelo SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) III e Portaria do Ministério da Saúde n.o. 1272 de 25 de junho de 2013IV.

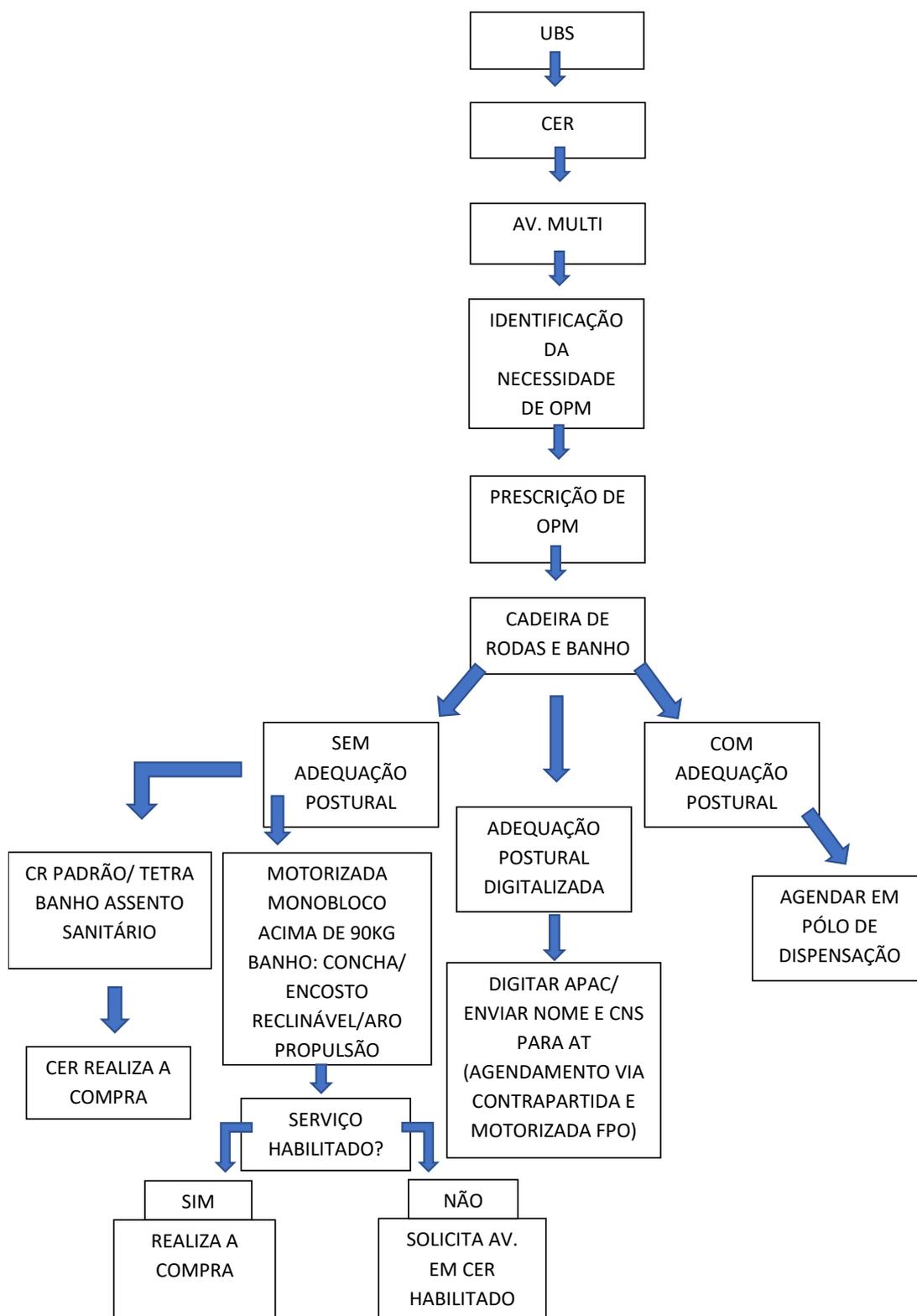
As diretrizes aqui colocadas deverão ser atualizadas de forma contínua, incorporando sugestões das CRS/STS (Coordenadorias/ Supervisões) e dos serviços, resultantes da experiência e acompanhamento técnico das ações realizadas.

O principal objetivo deste documento é orientar a indicação, prescrição e a reposição dos equipamentos. Os critérios utilizados para nortear este documento estão relacionados a um conjunto de informações: idade do paciente, CID-10V(Classificação Internacional de Doenças), funcionalidade, mobilidade urbana e uso efetivo da cadeira de rodas. Dados estes pré-estabelecidos na Portaria do Ministério da Saúde no. 1272 de 25 de junho de 2013IV e atualizados na Portaria do Ministério da Saúde nº 695 de 1º de Abril de 2022 XI.

Neste documento consta:

- Fluxo e diretrizes para dispensação de cadeiras de rodas, cadeiras de banho, adequação postural;
- Fluxo e diretrizes para dispensação de almofadas;
- Critérios para reposição dos equipamentos.

**Fluxo para dispensação de cadeira de rodas, banho e adequação postural:**



**Importante:**

- É imprescindível envolver a pessoa com deficiência e a família no processo de avaliação, prescrição, prova e entrega da OPM, ouvir a demanda, necessidades, dificuldades e expectativas do usuário;
- É de responsabilidade do serviço verificar se o usuário possui mais de um cartão SUS e em caso positivo deve-se consultar todos os cartões ativos a fim de identificar se há solicitações de OPM em mais de um. Sempre que necessário o serviço deve solicitar a sua regulação a unificação dos cartões;
- É de responsabilidade do serviço consultar o SIGA para verificar se o usuário já tem APAC solicitada, autorizada ou realizada por outro serviço recentemente. Esta consulta deve ser feita através do SIGA – agenda – acompanhamento – paciente – avaliador de OPM ortopédica – deve-se apagar a data inicial de solicitação – consultar;
- A aquisição dos dispositivos que não são referenciados aos pólos deve ser efetuada dentro do ano vigente respeitando o contrato estabelecido (exceto os casos nos quais os usuários foram avaliados após o encerramento do contrato anual). Além disso, é atribuição do serviço monitorar constantemente sua fila de espera, acompanhando as solicitações inseridas no SIGA.
- É de responsabilidade do terapeuta realizar corretamente a avaliação e preencher fidedignamente todos os dados das fichas de avaliação, prescrição e termo de recebimento, descritos no Documento Norteador, atualizado em 2022, cujo acesso se encontra através do link [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes\\_Organizacao\\_Acoes\\_Reabilitacao\\_Rede\\_Cuidados\\_Pessoa\\_Deficiencia.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Organizacao_Acoes_Reabilitacao_Rede_Cuidados_Pessoa_Deficiencia.pdf). Em caso de dúvidas técnicas e que não consigam ser sanadas em equipe, a AT se coloca a disposição para auxiliar.
- A avaliação e o termo de recebimento deverão ser assinados pelo usuário/ responsável e pelo profissional.

**Critérios para indicação de CADEIRA DE RODAS (CR):**

Baseado nas recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC; 2013)VI e critérios mencionados no SIGTAP.

Deve-se relacionar a base etiológica do usuário à sua capacidade funcional, contexto de desempenho, atividade e participação VII. Além disso, é fundamental considerar a expectativa do usuário e família/cuidador, acessibilidade e outros fatores relevantes para o uso do equipamento.

A avaliação e prescrição deverá ser realizada por profissionais capacitados. Alguns pontos requerem atenção especial no momento de definir o melhor dispositivo e suas dimensões, sendo eles:

- Para cadeiras infantis, considerar a medida de fossa poplíteia ao pé de no máximo 35cm. Medidas superiores a esta podem requerer uma cadeira com aro superior a 20 por conta da altura do apoio de pé;
- Para pacientes ativos que irão realizar a autopropulsão de forma eficaz deve-se priorizar a medida da altura do encosto abaixo do ângulo inferior da escápula;
- Quando o usuário necessitar de almofadas específicas, não esquecer de considerar a altura da mesma na prescrição da altura do encosto;
- Se atentar às medidas corretas dos equipamentos, pois poderão ocasionar pontos de pressão.

**Cadeira de rodas padrão adulto / infantil (07.01.01.002-9):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde e prognóstico da doença;

**Cadeira de rodas tetra adulto / infantil (07.01.01.004-5):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde e prognóstico da doença;

**Cadeira tetra com *tilt* móvel (07.01.01.004-5):**

- Este modelo de cadeira não permite a autopropulsão, desta forma, a medida não precisa ser exata às medidas do paciente;
- Indicado para pacientes com maior comprometimento motor, como instabilidade de controle cervical; e pode estar associado a outros fatores clínicos funcionais;
- Levar em consideração o prognóstico da doença;
- Levar em consideração que habitualmente é uma cadeira de rodas que precisará de adequação postural.

**Cadeira de rodas acima de 90Kg (07.01.01.021-5):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde; prognóstico da doença;
- Idade mínima 11 anos;
- Levar em consideração a largura total da cadeira de rodas, representada pela largura do assento mais 20 cm ( exemplo, considerar o tamanho de 68 cm para uma cadeira de 48 cm de assento). Desta forma,

verificar acessibilidade da casa e outros ambientes que o usuário irá frequentar. Evoluir em prontuário que as informações referentes ao tamanho da cadeira de rodas foram dadas ao paciente e que o mesmo está de acordo.

**Cadeira de rodas monobloco (07.01.01.020-7):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde; prognóstico da doença;
- Usuários ativos, com autopropulsão;
- Idade mínima 11 anos e máxima 50 anos;
- Caso seja a primeira cadeira monobloco do usuário, avaliar se há necessidade da prescrição de rodas antitombo;
- A maioria dos apoios de pé da cadeira monobloco são fixos, ou seja, não são removíveis e nem rebatíveis, o que pode necessitar treino para a realização de transferências. Avaliar a necessidade de prescrição de tábua para transferência;
- Preferencialmente, deverá ser realizado teste da cadeira pelo usuário acompanhado pelo terapeuta responsável, antes da prescrição para avaliar os critérios acima.

**Cadeira de rodas motorizada (07.01.01.022-3):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde; prognóstico da doença;
- Idade mínima 12 anos;
- Conforme descrição da CONITEC (2013) VI avaliar o usuário quanto aos seguintes aspectos: noção espacial, noção de segurança, compreensão preservada, direcionamento, lateralidade, planejamento, atenção, acuidade visual e auditiva;
- Considerar o ambiente onde a cadeira será utilizada, analisando os aspectos de acessibilidade, deslocamentos na residência e comunidade, dentre outros;
- Preferencialmente, deverá ser realizado teste da cadeira pelo usuário acompanhado pelo terapeuta responsável, antes da prescrição para avaliar os critérios acima.
- A troca de baterias não é critério para aquisição de nova cadeira de rodas motorizada. Reforçar a indicação de recarga das baterias conforme o fornecedor.
- Avaliar o melhor posicionamento do joystick para potencializar a funcionalidade do usuário.
- Embora a tabela apresente uma ampliação dos CID's contemplados, é FUNDAMENTAL a avaliação criteriosa dos itens acima descritos, levando em consideração a funcionalidade, as expectativas do

usuário com o uso do equipamento e que tanto o paciente quanto a família tenham total conhecimento sobre as características do dispositivo, tais como, peso total da cadeira de rodas, especificidades no processo de montagem e desmontagem, dentre outros, evitando assim, prescrições não condizentes à real necessidade do usuário.

Vale ressaltar que o objetivo principal para a prescrição deste modelo é proporcionar maior independência funcional para os usuários que não conseguem realizar a autopropulsão da cadeira manual, além de ampliar a possibilidade de integração social nos ambientes profissional, educacional e espaços de lazer. Dentre **algumas situações possíveis para esta prescrição**, podemos citar:

- 1.1 Lesões permanentes de ombro;
- 1.2 Amputações sem indicações protéticas e com impossibilidade para uso de muletas e andadores (seja por questões clínicas descompensadas ou condições motoras);
- 1.3 Usuários que necessitam de redução do gasto energético, tais como as doenças neuromusculares;

**Critérios para indicação de CADEIRA DE BANHO (CB):**

Antes de realizar a aquisição de qualquer cadeira de banho, verificar junto ao usuário / família as dimensões do banheiro e comparar com as medidas do equipamento escolhido. Além disso, deve se considerar o prognóstico do usuário.

**Cadeira de rodas para banho em concha infantil (07.01.01.023-1):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos, distúrbios ou outras condições de saúde;
- Idade máxima de 10 anos;
- Considerar a altura da criança e comparar com as medidas e descritivos da cadeira, incluindo a tolerância de peso definida pelo fabricante;
- Preferencialmente para crianças com risco importante de quedas ou sem controle postural.

**Cadeira de rodas para banho com assento sanitário (07.01.01.003-7):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos, distúrbios ou outras condições de saúde;
- Sem limite de idade mínima e máxima;
- Paciente será dependente para propulsão da cadeira de banho, pois a cadeira possui as rodas dianteiras e traseiras pequenas para o alcance dos membros superiores;

- Dependendo do fabricante poderá ter largura de 40cm ou 50cm, portanto verificar a largura da porta do banheiro do usuário.

**Cadeira de rodas para banho com aro de propulsão (07.01.01.025-8):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos, distúrbios ou outras condições de saúde;
- Limite de idade mínima de 5 anos e máxima de 130 anos;
- Paciente deverá ser independente para propulsão da cadeira de banho, pois a cadeira possui rodas traseiras grandes para o alcance dos membros superiores.

**Cadeira de rodas para banho com encosto reclinável (07.01.01.024-0):**

- Seguir os CIDs relacionados no SIGTAP, considerando estrutura etiológica de diagnósticos, distúrbios ou outras condições de saúde;
- Sem limite de idade mínima e máxima;
- Preferencialmente para pacientes com instabilidade de controle do tronco e cervical.

**Lembre-se:**

É importante orientar o usuário/família quanto aos cuidados com a sua cadeira de banho, devendo secar o equipamento após o uso e lubrificar as rodas para maior durabilidade.

**Critérios para indicação de ADEQUAÇÃO POSTURAL (AP):**

Os procedimentos de adequação postural em cadeira de rodas foram incluídos na tabela do SUS em 25/6/2013, por meio da Portaria Ministerial de nº 1.273/13VIII, e implementados em 9 de dezembro de 2014 por meio da Portaria Ministerial nº 2723/14IX.

A adequação postural feita nas cadeiras de rodas são adaptações personalizadas, de forma a adequar a cadeira às necessidades anatômicas e assegurar a melhor condição postural e funcional da pessoa com deficiência. Deve atender aos seguintes critérios:

- Oferecer suporte corporal;
- Redistribuir pressão;
- Prevenir e/ou acomodar deformidades ou contraturas musculares;
- Diminuir fadiga;
- Auxiliar na prevenção de problemas posturais;

- Potencializar o desempenho das pessoas que precisam desenvolver as atividades sentadas, respeitando sua individualidade e aumentando sua autonomia nas atividades de vida diária X.

Este processo requer um trabalho articulado entre o profissional de saúde, que realiza uma avaliação postural e biomecânica minuciosa associada às demandas do usuário e a confecção artesanal das adequações, por empresa especializada.

Ao digitar a APAC inicial no Siga, o serviço deverá inserir o código da cadeira de rodas e **APENAS UMA** adequação postural para caracterizar como cadeira adaptada. Os demais códigos serão digitados pelo serviço executante. Desta forma, uma vez identificada a necessidade de adequação postural, o serviço solicitante **NÃO** deverá realizar a compra da cadeira de rodas, tendo em vista que todo o processo de aquisição e dispensação será realizado no pólo.

O CER solicitante deverá avaliar o momento de referenciar ao CER pólo usuários com pós cirúrgicos recentes ou que serão submetidos em curto espaço de tempo à alguma intervenção cirúrgica (como por exemplo, correções de deformidades em coluna, membros inferiores e colocação de sonda de gastrostomia), tendo em vista que estas situações podem impedir o posicionamento adequado durante a avaliação. Nestes casos, monitorar a situação até que o paciente apresente condições apropriadas para uma prescrição precisa.

**Tipos de adequação postural dispensadas pelo SUS:**

Tipos	Código SUS
ASSENTO	07.01.01.002-9
ENCOSTO	07.01.01.027-4
APOIO LATERAL DE QUADRIL	07.01.01.030-4
APOIO LATERAL DE TRONCO	07.01.01.029-0
APOIO DE CABEÇA	07.01.01.031-2
APOIO DE BRAÇO	07.01.01.032-0
CAVALO	07.01.01.033-9
APOIO DE PÉ	07.01.01.028-2
MESA DE ATIVIDADES	07.01.01.033-9

**Critérios para indicação de ALMOFADAS**

**Almofada de ar em neoprene, borracha sintética ou outro material similar:**

- ✓ Confeccionada em Neoprene, borracha sintética ou outro material similar (geralmente com MAIOR possibilidade de reparo pelo paciente ou, dependendo do caso, na assistência técnica);
- ✓ Indicada no tratamento de pacientes com lesão por pressão;
- ✓ Acomodação de assimetria pélvica (a depender do fabricante);
- ✓ Possibilita flexão de quadril (a depender do fabricante);
- ✓ Pode ser dividida por quadrantes (a depender do fabricante);

- ✓ O terapeuta no momento da dispensação deve calibrar com o paciente e o mesmo deve ser orientado aos cuidados, posicionamento da almofada e calibração. Deve também orientar o principal cuidador.
- Perfil alto:
  - ✓ Pacientes com lesão por pressão aberta profunda (grau 3 e 4) e de difícil cicatrização;
  - ✓ Pacientes tetraplégicos recentes em níveis C1 a C4 sem úlceras, visando prevenir lesões.
- Perfil baixo:
  - ✓ Pacientes com lesão por pressão abertas (grau 2 e grau 3) com nível de lesão mais baixa como os paraplégicos, mielos, entre outros.

**Almofada de ar em PVC, TPU ou outro material similar:**

- ✓ Confeccionada em PVC, TPU ou outro material similar (geralmente com MENOR possibilidade de reparo pelo paciente ou dependendo do caso na assistência técnica)
- ✓ Pacientes com lesão por pressão grau 1 (vermelhidão)
- ✓ Pacientes que nunca adquiriram lesão por pressão, porém apresentam fatores de risco como: dificuldade de alívio, pacientes emagrecidos, idosos, entre outros
- ✓ O terapeuta no momento da dispensação deve calibrar com o paciente e o mesmo deve ser orientado aos cuidados, posicionamento da almofada e calibração. Deve também orientar o principal cuidador.

**Almofada híbrida:**

- ✓ Pode confeccionada em ar, gel e espuma resistente (a depender do fabricante);
- ✓ Indicada para pacientes com lesão por pressão aberta em região sacral, isquiática e em região de troncânteres, que necessitam de maior estabilidade de tronco e melhor posicionamento de membros inferiores (formato anatômico);
- ✓ O terapeuta no momento da dispensação deve calibrar com o paciente e o mesmo deve ser orientado aos cuidados, posicionamento da almofada e calibração. Deve também orientar o principal cuidador.

**Almofada em espuma injetada:**

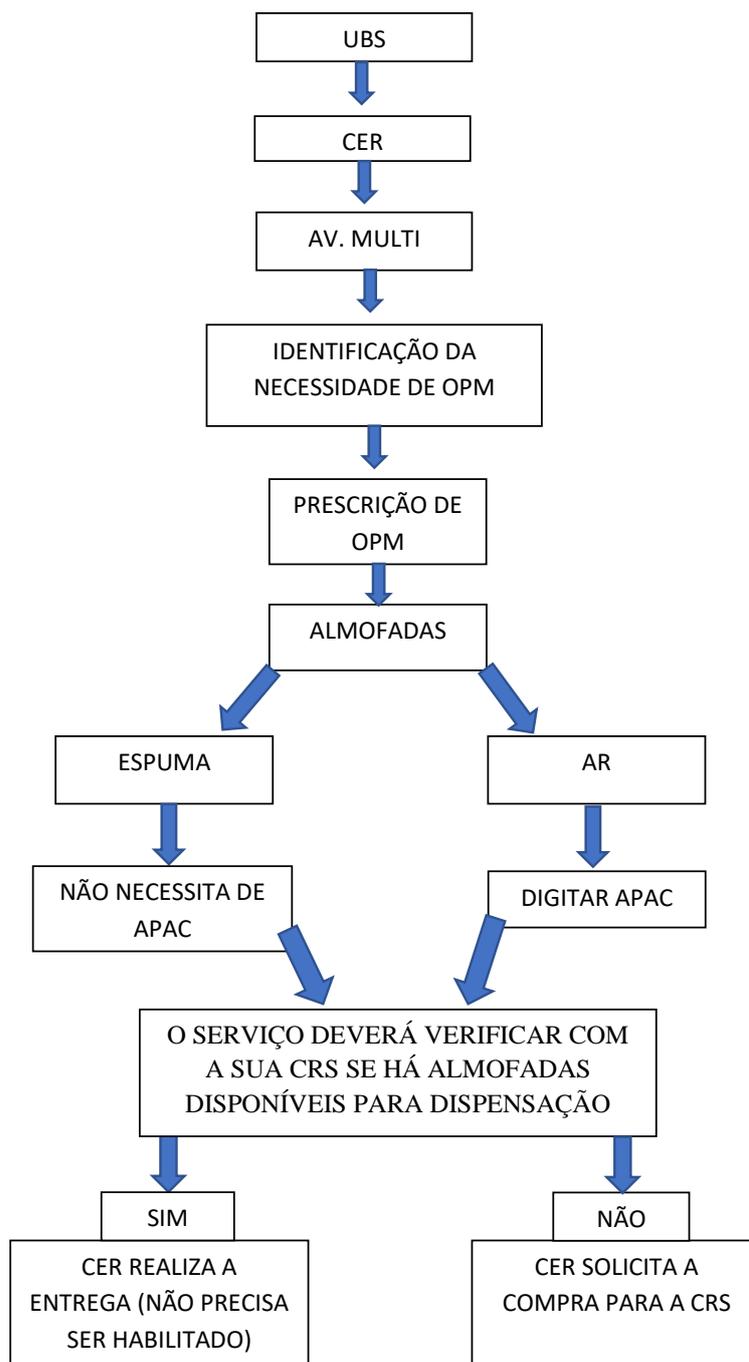
- ✓ Indicada para conforto;
- ✓ Melhor amortecimento de impacto em relação às almofadas padrões;
- ✓ Possibilita melhor posicionamento/alinhamento de membros inferiores devido ao formato anatômico e densidade da espuma;
- ✓ Principais indicações: pacientes amputados, idosos, obesos, mielos baixo sem risco de lesão por pressão, entre outros;
- ✓ Não é para prevenir lesão por pressão!

**Almofada de ar auto inflável:**

- ✓ Auxilia no conforto e prevenção de lesão por pressão
- ✓ Possui uma válvula auto inflável que permite moldar o assento de acordo com a necessidade do paciente
- ✓ Contribui na absorção de impactos do solo

- ✓ O terapeuta no momento da dispensação deve calibrar com o paciente e o mesmo deve ser orientado aos cuidados, posicionamento da almofada e calibração. Deve também orientar o principal cuidador.

Ao prescrever uma almofada, avaliar a necessidade de base rígida para o assento, a qual poderá ser confeccionada em MDF, polipropileno ou outro material similar pelo serviço ou próprio usuário. O uso inadequado das almofadas poderá resultar em piora das lesões cutâneas e/ou posicionamentos inadequados do quadril! Considerar as medidas de almofadas disponíveis na CRS de referência e, sempre que necessário, articular a aquisição junto às demais regiões objetivando fornecer o dispositivo o mais breve possível, evitando assim, aumento da fila de espera e prejuízos aos usuários.

**Fluxo para dispensação de almofadas:**

## CRITÉRIOS PARA REPOSIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS, BANHO, ADEQUAÇÃO POSTURAL E ALMOFADAS

A Portaria 388 de 28/07/1999 do Ministério da Saúde aponta intervalo de 02 ANOS para concessão de novos equipamentos assistivos. A AT entende que além do intervalo de 2 anos, os seguintes fatores precisam ser considerados para uma reposição:

- desempenho funcional e mobilidade urbana;
- condições da cadeira de rodas, desde que não seja considerado mau uso\*
- crescimento da criança / adolescente;
- mudança no quadro clínico / funcional, com agravamento das condições motoras ou ganho de peso corporal após colocação de gastrostomia;
- comparecimento nos retornos pré-estabelecidos em sua unidade de referência, para que esta nova avaliação seja realizada.

A reposição de cadeira de rodas, adequação postural, cadeira de banho e/ou almofada antes do prazo, deverá ser justificada utilizando os critérios acima, este prazo não deve ser menor que 1 ano. A justificativa deverá ser avaliada pela regulação central.

### Cadeira de rodas manual x motorizada:

Quando houver demanda de cadeira de rodas manual e motorizada, deve-se priorizar a maior necessidade do usuário no momento da avaliação. É de responsabilidade do usuário comparecer nos retornos pré-estabelecidos ou plantões no CER de referência, para que esta nova avaliação seja realizada. Sugerimos que priorize um intervalo de no mínimo 1 ano entre o fornecimento destes 2 modelos de cadeira de rodas.

### **Lembre-se:**

- Não necessariamente a prescrição de nova adequação postural implica em novo pedido de cadeira de rodas;
- Verificar a necessidade de solicitar apoio de braço e rodas antitombo como opcionais. **Sempre acrescentar rodas antitombo nas cadeiras infantis;**
- Verificar a necessidade do uso dos cintos e avaliar o seu posicionamento mais adequado. Importante salientar que os cintos solicitados como opcionais para as cadeiras de rodas sem adequação postural **NÃO** são para posicionamento, apenas poderão proporcionar certa referência e segurança ao usuário.
- Os opcionais das cadeiras de rodas, tais como, rodas antitombo e cintos (pélvico e torácico) deverão ser feitos com **critério e justificados** na prescrição e APAC.

- Deve-se entregar o manual do equipamento ao usuário, uma cópia do termo de recebimento e realizar as orientações necessárias.

**Importante:**

O cuidado com o equipamento é dever e responsabilidade do usuário e/ou família/cuidador. Sendo assim, deve-se avaliar o mau uso da cadeira de rodas, banho, adequação postural e/ou almofada, pois isto não será critério para nova prescrição antes do prazo estabelecido.

\*Entende-se como mau uso:

- Falta de calibragem dos pneus;
- Perda da garantia por uso de assistência técnica NÃO autorizada pelo fornecedor;
- Reparos e modificações autônomos;
- Não utilizar o equipamento conforme prescrito;
- Condições anormais de ambiente tais como: alta temperatura, excesso de umidade, poeira e chuvas;
- Calibragem inadequada das almofadas de ar;
- Recarga inadequada da bateria da cadeira de rodas motorizada. Segundo os fabricantes a bateria não poderá descarregar totalmente.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- I BRASIL. Portaria/GM nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2012.
- II CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, p. 207-210, 2015.
- III GUIMARÃES, Rafaela Bittencourt Mattos et al. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais-OPM do SUS: trajetória e perspectivas do SIGTAP. In: Sistemas de informação da atenção à saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. 2015. p. 95-107.
- IV BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1272, de 25 de junho de 2013. Inclui Procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 2013b. Disponível em: . Acesso em: 10 abr. 2018.
- V CAETANO, Dorgival. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. In: Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Editora Artes Medicas Sul, 1993.
- VI COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS, Relatórios nº 50 e nº52 de 2013. <http://conitec.gov.br/relatorios-de-recomendacao-da-conitec>. Acessado em 23 de julho de 2018.
- VII ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. 2003.
- VIII BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.273, de 21 de setembro de 2000. Normas para cadastramento de centros de referencia em assistência a queimados. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1273\\_21\\_11\\_2000.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt1273_21_11_2000.html) . Acesso em: 10 abr. 2018.
- IX BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.723, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2014. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2723\\_09\\_12\\_2014\\_rep.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt2723_09_12_2014_rep.html) . Acesso em 10 abr. 2018.

- X** PONTES, Fernando Vicente de. Adequação postural em cadeiras de rodas de pessoas com deficiência: estudo retrospectivo. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- XI** BRASIL. Portaria/GM n° 695, de 1º de abril de 2022. Altera atributos de procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

## **ESTRATÉGIA APOIADOR DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – APD: EQUIPE DE SAÚDE PARA INCLUSÃO E QUALIDADE DE VIDA**

A Estratégia Apoiador de Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual – APD, tem por objetivo propor e executar projetos terapêuticos no território junto às pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, de forma articulada à rede de serviços, a fim de ampliar a autonomia, protagonismo, cuidado em saúde, participação, suporte social e de evitar processos de exclusão, marginalização e institucionalização.

Todas as informações sobre a Estratégia e formulários para:

- Adesão à Estratégia APD
- Autorização de Saída APD
- Cadastro APD
- Avaliação complementar APD
- Projeto Terapêutico Singular – PTS APD
- Gestão do PTS
- Resumo de Alta
- Permissão para uso de imagem

Estão disponíveis em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=349510](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=349510)

# ANEXO V - ESCALAS VALIDADAS

## GMFCS AMPLIADO - © 2007 CANCHILD

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Profissional Responsável: \_\_\_\_\_

**Nível Identificado:** Nível I ( ) Nível II ( ) Nível III ( ) Nível IV ( ) Nível V ( )

#### ANTES DO ANIVERSÁRIO DE 2 ANOS

**NÍVEL I:** Bebês sentam-se no chão, mantêm-se sentados e deixam esta posição com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os bebês engatinham (sobre as mãos e joelhos), puxam-se para ficar em pé e dão passos segurando-se nos móveis. Os bebês andam entre 18 meses e 2 anos de idade sem a necessidade de aparelhos para auxiliar a locomoção.

**NÍVEL II:** Os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem necessitar de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Os bebês rastejam em prono ou engatinham (sobre mãos e joelhos). Os bebês podem puxar-se para ficar em pé e dar passos segurando-se nos móveis.

**NÍVEL III:** Os bebês mantêm-se sentados no chão quando há apoio na parte inferior do tronco. Os bebês rolam e rastejam para frente em prono.

**NÍVEL IV:** Os bebês apresentam controle de cabeça, mas necessitam de apoio de tronco para sentarem-se no chão. Os bebês conseguem rolar para a posição supino e podem rolar para a posição prono.

**NÍVEL V:** As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento. Os bebês são incapazes de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco em prono e sentados. Os bebês necessitam da assistência do adulto para rolar.

#### IDADE ENTRE 2 E 4 ANOS

**NÍVEL I:** As crianças sentam-se no chão com ambas as mãos livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e levantar-se do chão são realizadas sem assistência do adulto. As crianças andam como forma preferida de locomoção, sem a necessidade de qualquer aparelho auxiliar de locomoção.

**NÍVEL II:** As crianças sentam-se no chão, mas podem ter dificuldades de equilíbrio quando ambas as mãos estão livres para manipular objetos. Os movimentos de sentar e deixar a posição sentada são realizados sem assistência do adulto. As crianças puxam-se para ficar em pé em uma superfície estável. As crianças engatinham (sobre mãos e joelhos) com padrão alternado, andam de lado segurando-se nos móveis e andam usando aparelhos para auxiliar a locomoção como forma preferida de locomoção.

**NÍVEL III:** As crianças mantêm-se sentadas no chão frequentemente na posição de W (sentar entre os quadris e os joelhos em flexão e rotação interna) e podem necessitar de assistência do adulto para assumir a posição sentada. As crianças rastejam em prono ou engatinham (sobre as mãos e joelhos), frequentemente sem movimentos alternados de perna, como métodos principais de auto locomoção. As crianças podem puxar-se para levantar em uma superfície estável e andar de lado segurando-se nos móveis por distâncias curtas. As crianças podem andar distâncias curtas nos espaços internos utilizando um dispositivo manual de mobilidade (andador) e ajuda de um adulto para direcioná-la e girá-la.

**NÍVEL IV:** As crianças sentam-se no chão quando colocadas, mas são incapazes de manter alinhamento e equilíbrio sem o uso de suas mãos para apoio. As crianças frequentemente necessitam de equipamento de adaptação para sentar e ficar em pé. A auto locomoção para curtas distâncias (dentro de uma sala) é alcançada por meio do rolar, rastejar em prono ou engatinhar sobre as mãos e joelhos sem movimento alternado de pernas.

**NÍVEL V:** As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a capacidade de manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas de função motora estão limitadas. As limitações funcionais do sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamentos adaptativos e de tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm meios para se mover independentemente e são transportadas. Somente algumas crianças conseguem a auto locomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

#### IDADE ENTRE 4 E 6 ANOS

**NÍVEL I:** As crianças sentam-se na cadeira, mantêm-se sentadas e levantam-se dela sem a necessidade de apoio das mãos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé sem a necessidade de objetos de apoio. As crianças andam nos espaços internos e externos e sobem escadas. Iniciam habilidades de correr e pular.

**NÍVEL II:** As crianças sentam-se na cadeira com ambas as mãos livres para manipular objetos. As crianças saem do chão e da cadeira para a posição em pé, mas geralmente requerem uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com os membros superiores. As crianças andam sem a necessidade de um dispositivo manual de mobilidade em espaços internos e em curtas distâncias em espaços externos planos. As crianças sobem escadas segurando-se no corrimão, mas são incapazes de correr e pular.

**NÍVEL III:** As crianças sentam-se em cadeira comum, mas podem necessitar de apoio pélvico e de tronco para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira usando uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se para cima com seus braços. As crianças andam com um dispositivo manual de mobilidade em superfícies planas e sobem escadas com a assistência de um adulto. As crianças frequentemente são transportadas quando percorrem longas distâncias e quando em espaços externos em terrenos irregulares.

**NÍVEL IV:** As crianças sentam em uma cadeira, mas precisam de um assento adaptado para controle de tronco e para maximizar a função manual. As crianças sentam-se e levantam-se da cadeira com a ajuda de um adulto ou de uma superfície estável para empurrar-se ou impulsionar-se com seus braços. As crianças podem, na melhor das hipóteses, andar por curtas distâncias com o andador e com supervisão do adulto, mas tem dificuldades em virar e manter o equilíbrio em superfícies irregulares. As crianças são transportadas na comunidade. As crianças podem adquirir auto locomoção utilizando uma cadeira de rodas motorizada.

**NÍVEL V:** As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento e a habilidade para manter posturas antigravitacionais de cabeça e tronco. Todas as áreas da função motora estão limitadas. As limitações funcionais no sentar e ficar em pé não são completamente compensadas por meio do uso de equipamento adaptativo e tecnologia assistiva. No nível V, as crianças não têm como se movimentar independentemente e são transportadas. Algumas crianças alcançam auto locomoção usando cadeira de rodas motorizada com extensas adaptações.

#### IDADE ENTRE 6 E 12 ANOS

**Nível I:** As crianças caminham em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. As crianças são capazes de subir e descer meios-fios e escadas sem assistência física ou sem o uso de corrimão. As crianças apresentam habilidades motoras grossas tais como correr e saltar, mas a velocidade, equilíbrio e a coordenação são limitados. As crianças podem participar de atividades físicas e esportes dependendo das escolhas pessoais e fatores ambientais.

**Nível II:** As crianças caminham na maioria dos ambientes. As crianças podem apresentar dificuldade em caminhar longas distâncias e de equilíbrio em terrenos irregulares, inclinações, áreas com muitas pessoas, espaços fechados ou quando carregam objetos. As crianças sobem e descem escadas segurando em corrimão ou com assistência física se não houver este tipo de apoio. Em espaços externos e na comunidade, as crianças podem andar com assistência física, um dispositivo manual de mobilidade, ou utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. As crianças têm, na melhor das hipóteses, apenas habilidade mínima para realizar as habilidades motoras grossas tais como correr e pular. As limitações no desempenho das habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitirem a participação em atividades físicas e esportes.

**Nível III:** As crianças andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade na maioria dos espaços internos. Quando sentadas, as crianças podem exigir um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para posição em pé requerem assistência física de uma pessoa ou uma superfície de apoio. Quando se movem por longas distâncias, as crianças utilizam alguma forma de mobilidade sobre rodas. As crianças podem subir ou descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes, incluindo a autopropulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

**Nível IV:** As crianças utilizam métodos de mobilidade que requerem assistência física ou mobilidade motorizada na maioria dos ambientes. As crianças requerem assento adaptado para o controle pélvico e do tronco e assistência física para a maioria das transferências. Em casa, as crianças movem-se no chão (rolar, arrastar ou engatinhar), andam curtas distâncias com assistência física ou utilizam mobilidade motorizada. Quando posicionadas, as crianças podem utilizar um andador de apoio corporal em casa ou na escola. Na escola, em espaços externos e na comunidade, as crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual ou utilizam

mobilidade motorizada. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações que permitam a participação nas atividades físicas e esportes, incluindo a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

**Nível V:** As crianças são transportadas em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. As crianças são limitadas em sua habilidade de manter as posturas antigravitacionais da cabeça e tronco e de controlar os movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o levantar e/ou a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. As transferências requerem assistência física total de um adulto. Em casa, as crianças podem se locomover por curtas distâncias no chão ou podem ser carregadas por um adulto. As crianças podem adquirir auto mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar-se e controlar o trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e em esportes, inclusive a assistência física e uso de mobilidade motorizada.

#### IDADE ENTRE 12 E 18 ANOS

**Nível I:** Os jovens andam em casa, na escola, em espaços externos e na comunidade. Os jovens são capazes de subir e descer meios-fios sem a assistência física e escadas sem o uso de corrimão. Os jovens desempenham habilidades motoras grossas tais como correr e pular, mas a velocidade, o equilíbrio e a coordenação são limitados. Os jovens podem participar de atividades físicas e esportes dependendo de escolhas pessoais e fatores ambientais.

**Nível II:** Os jovens andam na maioria dos ambientes. Os fatores ambientais (tais como terrenos irregulares, inclinações, longas distâncias, exigências de tempo, clima e aceitação pelos colegas) e preferências pessoais influenciam as escolhas de mobilidade. Na escola ou no trabalho, os jovens podem andar utilizando um dispositivo manual de mobilidade por segurança. Em espaços externos e na comunidade, os jovens podem utilizar a mobilidade sobre rodas quando percorrem longas distâncias. Os jovens sobem e descem escadas segurando em um corrimão ou com assistência física se não houver corrimão. As limitações no desempenho de habilidades motoras grossas podem necessitar de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes.

**Nível III:** Os jovens são capazes de caminhar utilizando um dispositivo manual de mobilidade. Os jovens no nível III demonstram mais variedade nos métodos de mobilidade dependendo da habilidade física e de fatores ambientais e pessoais, quando comparados a jovens de outros níveis. Quando estão sentados, os jovens podem precisar de um cinto de segurança para alinhamento pélvico e equilíbrio. As transferências de sentado para em pé e do chão para em pé requerem assistência física de uma pessoa ou de uma superfície de apoio. Na escola, os jovens podem auto impulsionar uma cadeira de rodas manual ou utilizar a mobilidade motorizada. Em espaços externos e na comunidade, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas ou utilizam mobilidade motorizada. Os jovens podem subir e descer escadas segurando em um corrimão com supervisão ou assistência física. As limitações na marcha podem necessitar de adaptações para permitir a participação em atividades físicas e esportes incluindo a autopropulsão de uma cadeira de rodas manual ou mobilidade motorizada.

**Nível IV:** Os jovens usam a mobilidade sobre rodas na maioria dos ambientes. Os jovens necessitam de assento adaptado para o controle pélvico e do tronco. Assistência física de 1 ou 2 pessoas é necessária para as transferências. E Os jovens podem apoiar o peso com as pernas para ajudar nas transferências para ficar em pé. Em espaços internos, os jovens podem andar por curtas distâncias com assistência física, utilizam a mobilidade sobre rodas, ou, quando posicionados, utilizam um andador de apoio corporal. Os jovens são fisicamente capazes de operar uma cadeira de rodas motorizada. Quando o uso de uma cadeira de rodas motorizada não for possível ou não disponível, os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes, inclusive a assistência física e/ou mobilidade motorizada.

**Nível V:** Os jovens são transportados em uma cadeira de rodas manual em todos os ambientes. Os jovens são limitados em sua habilidade para manter as posturas antigravitacionais da cabeça e tronco e o controle dos movimentos dos braços e pernas. Tecnologia assistiva é utilizada para melhorar o alinhamento da cabeça, o sentar, o ficar de pé, e a mobilidade, mas as limitações não são totalmente compensadas pelo equipamento. Assistência física de 1 ou 2 pessoas ou uma elevação mecânica é necessária para as transferências. Os jovens podem conseguir a auto mobilidade utilizando a mobilidade motorizada com adaptações extensas para sentar e para o controle do trajeto. As limitações na mobilidade necessitam de adaptações para permitir a participação nas atividades físicas e esportes incluindo a assistência física e o uso de mobilidade motorizada.

### Informações aos usuários

O Sistema de Classificação da Habilidade Manual (MACS) descreve como as crianças com paralisia cerebral (PC) usam suas mãos para manipular objetos em atividades diárias. O MACS descreve cinco níveis. Os níveis são baseados na habilidade da criança em iniciar sozinha a manipulação de objetos e a necessidade de assistência ou adaptação para realizar atividades manuais na vida diária. O folheto do MACS também descreve as diferenças entre os níveis adjacentes para tornar mais fácil a determinação de qual nível corresponde melhor à habilidade das crianças na manipulação de objetos.

Os objetos referidos são aqueles relevantes e apropriados à idade da criança, usados em tarefas como comer, vestir-se, brincar, desenhar ou escrever. Trata-se de objetos que estão dentro do espaço pessoal das crianças, excluindo-se aqueles que estão fora do seu alcance. Objetos usados em atividades avançadas que requerem habilidades especiais como tocar um instrumento não estão incluídas nestas considerações.

Quando atribuir o nível da criança no MACS, escolha o nível que melhor descreve o desempenho global típico em casa, na escola ou na comunidade. A motivação e a habilidade cognitiva da criança também afetam a capacidade de manipular objetos e, conseqüentemente, influenciam o nível do MACS. Para obter informações acerca de como a criança manipula vários objetos no dia-a-dia é necessário perguntar a alguém que conhece bem a criança. O MACS visa classificar o que as crianças rotineiramente fazem e não seu melhor desempenho em uma situação específica de teste.

O MACS é uma descrição funcional que pode ser usada como complemento do diagnóstico de paralisia cerebral e seus subtipos. O MACS avalia a habilidade global da criança na manipulação dos objetos no dia-a-dia, não a função de cada mão separadamente. O MACS não considera as diferenças de função entre as mãos; em vez disso aborda o modo como as crianças manipulam objetos apropriados à idade. O MACS não pretende explicar as razões para os déficits na habilidade manual.

O MACS pode ser usado para crianças e adolescentes na faixa etária entre 4 e 18 anos, entretanto alguns conceitos devem ser estabelecidos em relação à idade da criança. Naturalmente há diferenças entre os objetos que uma criança de 4 anos é capaz de manipular e aqueles que um adolescente manipula. O mesmo se aplica em relação à independência - uma criança mais nova precisa de maior ajuda e supervisão que uma criança mais velha.

O MACS abrange todo o espectro de limitações funcionais entre crianças com paralisia cerebral e seus subtipos. Alguns subtipos podem ser encontrados em todos os níveis do MACS, como a paralisia cerebral bilateral, enquanto outros são encontrados em poucos níveis, como na paralisia cerebral unilateral. O nível I inclui crianças com pequenas limitações, enquanto limitações funcionais graves são em geral encontradas nos níveis IV e V. Se crianças com desenvolvimento normal fossem classificadas de acordo com o MACS, seria necessário um nível "0".

Contudo, cada nível inclui crianças com funções relativamente variadas. É improvável que o MACS seja sensível a mudanças após uma intervenção; há toda a probabilidade de que os níveis do MACS sejam estáveis ao longo do tempo.

Os cinco níveis do MACS constituem uma escala ordinal, que significa que os itens são "ordenados", mas as diferenças entre os níveis não são necessariamente iguais, nem as crianças com paralisia cerebral são igualmente distribuídas nos cinco níveis.



Tradutores: Ms. Daniela Baleroni Rodrigues Silva, Profa. Dra. Luzia Iara Pfeifer e Profa. Dra. Carolina Araújo Rodrigues Funayama. Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

E-mail: ann-christin.eliasson@ki.se; [www.macs.nu](http://www.macs.nu)

Eliasson AC, Krumlinde Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM, Rosenbaum P. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2006 48:549-554



## Manual Ability Classification System Sistema de Classificação da Habilidade Manual para crianças com paralisia cerebral 4-18 anos

**MACS classifica como as crianças com paralisia cerebral usam suas mãos para manipular objetos em atividades diárias.**

- MACS descreve como crianças usam habitualmente suas mãos para manipular objetos em casa, escola e ambientes comunitários (o que a criança faz), ao invés do que é conhecido por ser a sua melhor capacidade.
- Para obter informação sobre a maneira como a criança manipula vários objetos no seu cotidiano, é necessário questionar alguém que conhece bem a criança, ao invés de realizar um teste específico.
- Os objetos que a criança manipula devem ser adequados à sua idade.
- O MACS classifica a habilidade global da criança para manipular objetos e não cada mão separadamente.

2005, updated 2010



### O que você precisa saber para utilizar o MACS?

A habilidade da criança em manipular objetos em atividades diárias relevantes, por exemplo, durante o brincar e o lazer, comendo e vestindo-se.

Em qual situação a criança é independente e até que ponto ela precisa de suporte e adaptação?

- I. **Manipula objetos facilmente e com sucesso.** No máximo, limitações na facilidade de realizar tarefas manuais que requerem velocidade e precisão. Porém, quaisquer limitações nas habilidades manuais não restringem a independência nas atividades diárias.
- II. **Manipula a maioria dos objetos mas com a qualidade e / ou velocidade da realização um pouco reduzida.** Certas atividades podem ser evitadas ou serem realizadas com alguma dificuldade; maneiras alternativas de realização poderiam ser utilizadas, mas as habilidades manuais geralmente não restringem a independência nas atividades diárias.
- III. **Manipula objetos com dificuldade; necessita de ajuda para preparar e/ ou modificar as atividades.** O desempenho é lento e obtido com sucesso limitado em relação à qualidade e quantidade. Atividades são realizadas independentemente se elas tiverem sido organizadas ou adaptadas.
- IV. **Manipula uma variedade limitada de objetos facilmente manipuláveis em situações adaptadas.** Desempenham parte das atividades com esforço e com sucesso limitado. Requer suporte e assistência contínuos e/ ou equipamento adaptado, para mesmo assim realizar parcialmente a atividade.
- V. **Não manipula objetos e tem habilidade severamente limitada para desempenhar até mesmo ações simples.** Requer assistência total.

#### Distinções entre os níveis I e II

As crianças no nível I podem ter limitações para manipular objetos muito pequenos, pesados ou frágeis, o que requer controle motor fino minucioso, ou coordenação eficaz entre as mãos. Limitações também podem envolver desempenho em situações novas e não familiares. As crianças no nível II desempenham quase as mesmas atividades que as crianças do nível I, mas a qualidade do desempenho é menor, ou o desempenho é mais lento. Diferenças funcionais entre as mãos podem limitar a eficácia do desempenho. Crianças no nível II geralmente tentam simplificar a manipulação dos objetos, por exemplo, utilizando uma superfície de suporte ao invés de manipular objetos com as duas mãos.

#### Distinções entre os níveis II e III

As crianças do nível II manipulam a maioria dos objetos, embora lentamente ou com reduzida qualidade no desempenho. Crianças no nível III geralmente necessitam de ajuda para preparar a atividade e / ou requerem que sejam feitos ajustes no ambiente já que sua habilidade em alcançar ou manipular objetos é limitada. Elas não conseguem desempenhar certas atividades e seu grau de independência está relacionado ao grau de apoio oferecido pelo contexto ambiental.

#### Distinções entre os níveis III e IV

As crianças do nível III podem desempenhar atividades selecionadas se a situação é pré-estabelecida e se tiverem supervisão e tempo suficiente. As crianças no nível IV necessitam de ajuda contínua durante a atividade e podem, na melhor das hipóteses, participar significativamente somente em partes de uma atividade.

#### Distinções entre os níveis IV e V

As crianças do nível IV desempenham parte de uma atividade, porém, necessitam de ajuda contínua. As crianças do nível V podem, quando muito, participar com um simples movimento em situações especiais, por exemplo, apertar um simples botão ou ocasionalmente pegar objetos que são fáceis de segurar.

### MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

Paciente: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N Í V E I S	Independente 7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)		SEM ASSISTÊNCIA		
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)		COM ASSISTÊNCIA		
Avaliação	Atividades		1° Av.	2° Av.	3° Av.
	Autocuidado	Data	/ /	/ /	/ /
A.	Alimentação				
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.				
C.	Banho: lavar o corpo				
D.	Vestir: metade superior do corpo				
E.	Vestir: metade inferior do corpo				
F.	Utilização do vaso sanitário				
	Controle dos esfíncteres				
G.	Controle da urina: frequência de incontinência				
H.	Controle das fezes				
	Mobilidade				
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas				
J.	Transferências: vaso sanitário				
K.	Transferências: banheira ou chuveiro				
	Locomoção				
L.	Marcha/Cadeira de rodas		M	M	M
			CR	CR	CR
M.	Escadas				
	Comunicação				
N.	Compreensão		A	A	A
			VI	VI	VI
O.	Expressão		V	V	V
			NV	NV	NV
	Conhecimento Social				
P.	Interação Social				
Q.	Resolução de Problemas				
R.	Memória				
Total					
<p>OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.          Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York). Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.</p>					

#### Referências:

- RIBEIRO, M; *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. ACTA FISIATR 2004; 11(2): 72-76
- <https://tosaudefuncional.com/2013/04/01/medida-de-independencia-funcional-mif/>

<b>Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™</b>			
Por favor, responda as questões abaixo sobre o seu filho. Pense em como ele geralmente se comporta. Se você viu o seu filho apresentar o comportamento descrito poucas vezes, ou seja, se não for um comportamento frequente, então responda não. Por favor, marque sim ou não para todas as questões. Obrigado.			
1	Se você apontar para algum objeto no quarto, o seu filho olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	Sim	Não
2	Alguma vez você se perguntou se o seu filho pode ser surdo?	Sim	Não
3	O seu filho brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	Sim	Não
4	O seu filho gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	Sim	Não
5	O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	Sim	Não
6	O seu filho aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	Sim	Não
7	O seu filho aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	Sim	Não
8	O seu filho se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, seu filho olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	Sim	Não
9	O seu filho traz coisas para mostrar para você ou as segura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	Sim	Não
10	O seu filho responde quando você o chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ele olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você o chama pelo nome?)	Sim	Não
11	Quando você sorri para o seu filho, ele sorri de volta para você?	Sim	Não
12	O seu filho fica muito incomodado com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, seu filho grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	Sim	Não
13	O seu filho anda?	Sim	Não
14	O seu filho olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ele/ela, ou vestindo a roupa dele/dela?	Sim	Não
15	O seu filho tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ele repete o que você faz?)	Sim	Não
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, o seu filho olha ao redor para ver o que você está olhando?	Sim	Não
17	O seu filho tenta fazer você olhar para ele/ela? (POR EXEMPLO, o seu filho olha para você para ser elogiado/aplaudido, ou diz: "olha mãe!" ou "óh mãe!")	Sim	Não
18	O seu filho compreende quando você pede para ele/ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, o seu filho entende quando você pede: "coloca o copo na mesa" ou "liga a televisão")?	Sim	Não
19	Quando acontece algo novo, o seu filho olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ele/ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ele/ela olharia para seu rosto?)	Sim	Não
20	O seu filho gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	Sim	Não
Fonte: Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F)™. Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.			

**TESTES VALIDADOS REABILITAÇÃO AUDITIVA  
MEDIDA DE SATISFAÇÃO – IOI-HÁ**

Nome: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<p>1. Pense no tempo em que usou o(s) seu(s) AASI(s) na últimas 2 semanas. Durante quantas horas usou o(s) AASI (s) num dia normal?</p> <p>( ) não usou  ( ) menos que 1 hora por dia  ( ) entre 1 e 4 horas por dia  ( ) entre 4 e 8 horas por dia  ( ) mais que 8 horas por dia</p>
<p>2. Pense em que situação gostaria de ouvir melhor, antes de obter o(s) AASI(s). Nas últimas 2 semanas, como o(s) AASI(s) o/a ajudou (aram) nesta situação?</p> <p>( ) não ajudou nada  ( ) ajudou pouco  ( ) ajudou moderadamente  ( ) ajudou bastante  ( ) ajudou muito</p>
<p>3. Pense novamente na mesma situação antes de obter seu(s) AASI(s) . Que grau de dificuldade AINDA encontra nessa mesma situação usando seu aparelho?</p> <p>( ) muita dificuldade  ( ) bastante dificuldade  ( ) dificuldade moderada  ( ) pouca dificuldade  ( ) nenhuma dificuldade</p>
<p>4. Considerando tudo, acha que vale a pena usar o(s) AASI(s)?</p> <p>( ) não vale a pena  ( ) vale pouco a pena  ( ) vale moderadamente a pena  ( ) vale bastante a pena  ( ) vale muito a pena</p>
<p>5. Pense nas últimas duas semanas, usando o(s) AASI(s). Quanto os seus problemas em ouvir o/a afetaram nas suas atividades?</p> <p>( ) afetaram muito  ( ) afetaram bastante  ( ) afetaram moderadamente  ( ) afetaram pouco  ( ) não afetaram</p>
<p>6. Pense nas últimas duas semanas, usando o(s) AASI(s). Quanto os seus problemas em ouvir o/a afetaram ou aborreceram outras pessoas?</p> <p>( ) afetaram muito  ( ) afetaram bastante  ( ) afetaram moderadamente  ( ) afetaram pouco  ( ) não afetaram</p>
<p>7. Considerando tudo, como acha que o(s) seu(s) AASI(s) mudou (aram) a sua alegria de viver ou gozo na vida?</p> <p>( ) para pior ou menos alegria de viver  ( ) não houve alteração  ( ) um pouco mais de alegria de viver  ( ) bastante alegria de viver  ( ) muito mais alegria de viver</p>
<p>Conclusão:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**TESTE MAIS** (para crianças)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

1. A criança solicita que coloquem seu AASI ou ela mesma coloca?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

2. A criança relata e/ou demonstra ficar perturbada quando seu AASI não funciona por alguma razão?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

3. A criança responde espontaneamente ao seu nome no silêncio, quando chamada sem pista visual?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

4. A criança responde espontaneamente ao seu nome, em ambiente ruidoso, quando chamada sem pista visual? Quantas vezes responde na primeira chamada?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

5. A criança está atenta aos sons ambientais, sem ser induzida ou alertada para eles?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

6. A criança está atenta, espontaneamente, aos sinais auditivos em novos ambientes?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

7. A criança reconhece, espontaneamente, os sinais auditivos que fazem parte de sua rotina doméstica e escolar?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

8. A criança apresenta habilidade para discriminar 2 falantes, usando apenas a audição?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

9. A criança percebe, espontaneamente a diferença entre sons de fala e sons ambientais apenas com a audição?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

10. A criança associa, espontaneamente, a entonação da voz com o significado por meio da audição?

- nunca (0%)    raramente (25%)    ocasionalmente (50%)  
 frequentemente (75%)    sempre (100%)

Resultado: some os pontos de cada questão, conforme quadro abaixo

nunca = 0 pontos // raramente = 1 ponto // ocasionalmente = 2 pontos  
frequentemente = 3 pontos // sempre = 4 pontos

Conclusão e comentários do terapeuta:

---



---



---

Fonoaudiólogo: \_\_\_\_\_

**ANEXO VI - CRITÉRIOS  
PARA  
ENCAMINHAMENTO A  
OUTROS SERVIÇOS**

## 1) AACD

Agenda Regulada: Especialidade: Fisiatria

Procedimento: consulta especializada em Fisiatria II. Com a colocação do CID, o sistema busca a vaga específica.

AACD presta atendimento a crianças, adolescentes e adultos que tenham sequelas de patologias congênitas ou adquiridas e que interfiram no desempenho das diferentes atividades de vida diária e na integração educacional, social e profissional, com foco no tratamento de alterações de ordem motora.

Os casos serão agendados para consulta inicial na Unidade Ibirapuera e serão elegíveis para tratamento de reabilitação se apresentarem as condições necessárias para tal; se não apresentarem, podem ser considerados inelegíveis de forma temporária ou definitiva.

**Não são realizadas terapias de manutenção**

**CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE:** São elegíveis os pacientes que apresentem pelo menos um dos diagnósticos abaixo:

- **PARALISIA CEREBRAL**
  - Crianças com diagnóstico ou suspeita de paralisia cerebral, alteração motora predominantemente.
  - Pacientes com deficiências cognitivas, auditivas e visuais associadas poderão não ser enquadrados se forem predominantes em relação à deficiência motora.
- **PARALISIA OBSTÉTRICA**
  - Diagnóstico de PBO até os 2 anos ou para reabilitação no período pós operatório recente.
- **LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA NA INFÂNCIA**
  - Pacientes com lesões ocorridas entre 1 e 17 anos de idade, com déficit predominantemente motor.
  - Casos que apresentem apenas déficits cognitivo, comportamental, dificuldades de aprendizados não são elegíveis.
- **MÁ FORMAÇÕES CONGÊNITAS**
  - Diversos diagnósticos são englobados neste grupo e atendidos na instituição, predominantemente os que causem déficits físicos/motores.
- **MIELOMENINGOCELE**
  - Crianças com diagnóstico sem comprometimento cognitivo importante não enquadram.
- **DOENÇA NEUROMUSCULAR E NEURODEGENERATIVA**
  - Pacientes com diagnósticos de doenças neuromusculares ou neurodegenerativas adquiridas, independentemente da idade. EXEMPLOS:
    - Distrofias Musculares (Duchenne, Becker, Cinturas, Fascio Escápulo Umeral, Congênita Merosina Negativo, Steinert).
    - Síndrome De Guillain Barré.
    - Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, etc.
  - **NÃO ELEGÍVEIS PARA DOENÇA NEUROMUSCULAR**
    - Doença de Huntigton
    - Esclerose tuberosa
    - Neurofibromatose
    - Ataxias adquiridas

- Mono/Polineuropatias adquiridas
- Distonias
- **LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA**
  - Pacientes com potencial real de reabilitação, englobando as etiologias acidente vascular encefálico, traumatismo craniano, doença de Parkinson, tumores, infecções.
- **LESÃO MEDULAR**
  - Pacientes com diagnóstico de lesão medular de qualquer idade e etiologia.
- **SEQUELA DE POLIOMIELITE**
- **AMPUTAÇÕES**
  - Amputações de membros superiores e inferiores, independente de idade e etiologia.
- **PRÓTESES DE MEMBROS INFERIORES:**
  - Para este encaminhamento é necessário que o usuário tenha estabilidade clínica, além de não ter úlceras ou cotos com deiscência de sutura.
  - **Primeira prótese:** O usuário deverá entrar via vaga de fisioterapia;
  - **Segunda prótese:** O usuário poderá ser encaminhado através do procedimento específico de prótese.
  - OBS: Os pacientes com os diagnósticos acima poderão ser elegíveis apenas para acompanhamento fisiatríco- ortopédico, não necessariamente serão enquadrados para terapias na AACD.

#### **NÃO SÃO ELEGÍVEIS PARA O TRATAMENTO NA AACD:**

- Cromossomopatias (Sd De Down, Por Exemplo)
- Sotos
- Displasia fibrosa
- Mucopolissacaridoses
- Disostose cleido craniana
- Craniosinostoses
- Cornelia de Lange
- Síndrome Criduchat
- Síndrome Seckel
- Síndrome Prader Willi
- Síndrome Moebius
- Síndrome Kabuki
- Raquitismo
- Síndrome klippelfeil
- Rubinstein Taybi
- Disostoses ósseas
- Patologias com deficiência cognitiva
- Doenças osteo metabólicas
- Pé torto congênito
- Escoliose idiopática ou má formações congênicas da coluna
- Arqueamento dos MMSS/ tibia vara de Blount

## **2) REDE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO – RRLM**

### **REABILITAÇÃO FÍSICA: Agenda Regulada via CROSS, que pode ser acessada pelos CER**

O Comitê Gestor da Rede de Reabilitação Lucy Montoro no uso de suas atribuições definiu os seguintes critérios de elegibilidade para acesso as unidades reguladas da RRLM.

São atendidos **adultos, adolescentes e crianças** que necessitem de tratamento de reabilitação, por apresentar limitações às atividades básicas e instrumentais de vida diária, decorrentes de incapacidades congênitas ou adquiridas.

Os casos considerados elegíveis, segundo informações constantes na ficha de regulação, serão agendados em uma das unidades da RRLM para uma consulta/triagem. Se após esta primeira consulta o paciente não apresentar as condições necessárias para iniciar o programa, será classificado como inelegível temporária ou definitivamente conforme avaliação médica.

Para o melhor resultado da reabilitação física ambulatorial, é fundamental que o paciente encaminhado esteja apto a responder minimamente aos estímulos aos quais será exposto durante o tratamento.

A Rede de Reabilitação Lucy Montoro não realiza atendimento com a finalidade exclusiva de dispensação de tecnologias assistivas (órgeses, próteses e meios auxiliares de locomoção), laudos, bloqueio neuromuscular e terapias de manutenção.

#### **Critérios de elegibilidade:**

1. São elegíveis para atendimento na Rede de Reabilitação Lucy Montoro os pacientes que se enquadrem em pelo menos um dos macroprocessos assistenciais ofertados e atendam aos critérios de elegibilidade relativos a faixa etária e tempo de lesão e/ou de instalação da incapacidade conforme descrito no quadro.

Quadro 1. Critérios de elegibilidade relativos à faixa etária de atendimento combinado ao tempo de lesão/incapacidade

<b>MACROPROCESSO</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Tempo de lesão/incapacidade</b>
Amputações	Todas	4 anos
Lesão encefálica	Todas	4 anos
Lesão medular	Todas	4 anos
Musculoesquelética 1	Todas	4 anos
Musculoesquelética 2	Todas	4 anos
Neuromusculares e neurodegenerativas	Todas	4 anos
Hemofilia	Todas	4 anos
Doenças congênitas e perinatais	< 7 anos	Não se aplica
Síndrome de Down	< 12 anos	Não se aplica

2. Estabilidade clínica: As doenças de base/comorbidades devem estar adequadamente controladas e o paciente deve estar sendo acompanhado em serviço de saúde.

3. Ausência de dispositivos de ventilação mecânica e/ou oxigênio terapia.

4. Crises convulsivas controladas (última crise há mais de seis meses). Crianças < 7 anos também precisam estar com as crises convulsivas controladas, porém o agendamento da consulta/triagem será realizado independentemente da data da última crise.

5. Ausência de lesões por pressão de grau III e IV (fonte da classificação das lesões: Associação Brasileira de Estomaterapia).

Os critérios acima descritos entrarão em vigor a partir do dia 02/04/2020, data em que também será obrigatória a utilização da nova ficha de “Relatório médico de encaminhamento de pacientes para tratamento ambulatorial na Rede de Reabilitação Lucy Montoro”.

### **REABILITAÇÃO VISUAL: Jardim Humaitá**

Agenda Regulada via CROSS, que pode ser acessada pelos CER da CRS Oeste, Norte e Centro

#### **1. Critérios de elegibilidade:**

1.1 São elegíveis para atendimento em habilitação/reabilitação visual na Rede de Reabilitação Lucy Montoro os pacientes com deficiência visual moderada ou grave (visão subnormal ou baixa visão) e cegueira, de acordo com a 10ª Revisão da Classificação de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e que forem classificados, com uso da correção óptica adequada, em um dos seguintes códigos (categorias) de deficiência visual binocular:

- H 54.0 - cegueira em ambos os olhos
- H 54.1 - cegueira em um olho e visão subnormal no outro olho
- H 54.2 – visão subnormal em ambos os olhos

1.2 Quanto à idade, serão atendidas todas as faixas etárias (crianças, adultos e idosos) com deficiência visual.

1.3 Situações especiais: Crianças e adultos com deficiência visual (de acordo com os critérios apresentados no item 1) e com outras deficiências associadas (sensoriais e/ou físicas e/ou intelectuais). Deverão ser atendidos, também, por outros serviços de reabilitação referentes à deficiência presente, em cooperação interdisciplinar.

#### **2. Critérios de inelegibilidade:**

2.1 Não são elegíveis para o atendimento em reabilitação/habilitação visual os pacientes com:

2.1.1 Diminuição da visão monocular mente (com o olho contralateral com valores normais) e classificados nas seguintes categorias da CID-10: H 54.4 e H 54.5;

2.1.2 Respostas visuais não especificadas e classificados em: H54.3 H54.6 e H54.7;

2.1.3 Respostas visuais diminuídas, mas que não foram avaliados anteriormente pelos serviços especializados em oftalmologia para definição da pertinência de tratamentos (clínicos ou cirúrgicos) que possam levar à recuperação da visão;

2.1.4 Respostas visuais diminuídas por não fazerem uso da correção óptica da ametropia prescrita nos serviços especializados em oftalmologia.

#### **3. Pré-requisito**

3.1 Consulta oftalmológica, prévia ao encaminhamento, para diagnóstico, indicação de tratamentos necessários (clínicos ou cirúrgicos) e prescrição de correção óptica de ametropias que possam levar à recuperação da visão. O preenchimento do formulário deve ser realizado pelo médico oftalmologista.

3.2 Estabilidade clínica: As doenças de base/comorbidades devem estar adequadamente controladas e o paciente deve estar sendo acompanhado em serviço de saúde.

3.3 Ausência de dispositivos de ventilação mecânica e/ou oxigênio terapia.

3.4 Crises convulsivas controladas (última crise há mais de seis meses). Crianças < 7 anos também precisam

estar com as crises convulsivas controladas, porém o agendamento da consulta/triagem será realizado independentemente da data da última crise.

### **3) CENHA: Serviço de equoterapia (em revisão)**

Critérios para inclusão do paciente:

- ter idade a partir de 03 (três) anos
- ter deficiência física e/ou intelectual
- ser avaliado e encaminhado pelos Centros Especializados em Reabilitação com
  - relatório médico constando diagnóstico e atestando que não existe contraindicação para realização da EQUOTERAPIA
  - RAIIO X com laudos de:
    - Coluna Cervical
    - Toracolombar
    - Quadril Bacia (bilateral) AP/L

Contraindicações:

- cardiopatias graves;
- distúrbios cardiopáticos com marca passo/Infartos repetidos;
- epilepsia e convulsões não controladas;
- escoliose acima de 30º;
- hemofilia;
- hérnia de disco/espondilolistese;
- hidrocefalia com válvula; hidrocele;
- hipertensão não controlada;
- instabilidade atlanto-axial;
- luxação ou subluxação de quadril;
- luxação ou subluxação de ombro;
- osteoporose moderada/grave;
- pacientes acima de 80 kg

De forma a contribuir com o acompanhamento desta ação existe um procedimento municipal criado:

301019088 - SESSÕES EQUOTERAPIA

#### 4) **JÔ CLEMENTE: Serviço de Diagnóstico e estimulação precoce (em revisão)**

Critérios de Agendamento/Elegibilidade:

1. Pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de Síndrome de Down ou qualquer outra síndrome que curse com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) ou deficiência intelectual (DI).
2. Pacientes menores de 6 anos com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor cuja família tenha interesse em investigar a etiologia do quadro apresentado; considerando que não existem instrumentos nacionais padronizados para diagnóstico da deficiência intelectual em crianças menores de 6 anos, não realizaremos testagem cognitiva nesta faixa etária.
3. Pacientes acima dos 6 anos de idade, com suspeita de deficiência intelectual, para confirmação diagnóstica e investigação etiológica.
4. Pacientes com atraso de desenvolvimento neuropsicomotor ou suspeita de deficiência intelectual
5. Prematuros de risco, para seguimento neurológico até os dois anos de idade (consultas semestrais).

O agendamento é via vaga de primeira vez de GENÉTICA CLÍNICA no SIGA.

O usuário passa por triagem com serviço social e psicologia, sendo posteriormente encaminhado internamente dependendo das demandas para Psicologia, Neurologia, genética ou Psiquiatria.

A avaliação psicológica com foco na inteligência é feita com instrumento padronizado para população brasileira WISC ou WASI, sempre a partir dos 6 anos de idade e para aqueles que tem condição de avaliação (pois existem condições mínimas de compreensão e comunicação para a realização do mesmo).

#### 5) **ABADS: avaliação audiológica, neurológica e reabilitação**

Procedimentos:

Avaliação Audiológica Completa

- Potencial Evocado Auditivo de Curta, Média e Longa Latência
- Emissões Otoacústicas Evocada para Triagem Auditiva
- Consulta Médica em Atenção Especializada
- Acompanhamento em Reabilitação

**Audiologia** - Realizar avaliação audiológica completa, visando à detecção de possíveis alterações auditivas, o diagnóstico precoce e o monitoramento de perdas auditivas já existentes. Através da triagem auditiva neonatal, e realização de exames auditivos que complementam a análise médica, possibilitando a determinação do tipo e grau da perda auditiva; contra-referência (retorno a rede).

Público alvo: pacientes em todas as faixas etárias, desde (bebês a idosos) com ou sem perda auditiva, encaminhados via regulação da SMS.

**Avaliação em neuropediatria** - Realizar consulta médica com especialista, neuropediatra, para avaliação das queixas relacionadas a área, tais como as dificuldades de aprendizagem, transtornos globais do desenvolvimento, como o TEA, entre outros.

Público alvo: pacientes com faixa etária entre zero e 15 anos e 11 meses e 29 dias, encaminhados via regulação da SMS.

**Acompanhamento em Reabilitação** - realizar intervenções terapêuticas com objetivo de estimular bebês, crianças e adolescentes quanto aos aspectos psicomotores, cognitivo, emocional, social; prevenir agravos e desenvolver potencialidades; estimular e desenvolver atividades de vida diária; estimular e desenvolver o processo de autonomia e independência, necessários para a vida diária para pacientes com idade inferior aos 15 anos, 11 meses e vinte e nove dias, a partir da definição do projeto terapêutico individualizado, baseado nas habilidades e dificuldades observadas na avaliação e os parâmetros da CIF, nos casos de confirmação diagnóstica de TEA associada a quadros de deficiência intelectual.

#### **6) Encaminhamento para Implante Coclear**

Por ser uma ação de alta complexidade, este procedimento só pode ser realizado por serviços habilitados pelo Ministério da Saúde.

Na cidade de São Paulo possuímos 3 serviços habilitados pela Portaria 2.776/14, todos eles sob gestão estadual, a saber: Hospital das Clínicas, UNIFESP e Santa Casa de São Paulo.

O implante coclear é um dispositivo implantável de alta complexidade tecnológica, que é utilizado para restaurar a função da audição nos pacientes com deficiência auditiva profunda que não se beneficiam do uso de aparelhos auditivos convencionais.

Como fazer a solicitação:

1. O paciente é encaminhado pelo CER que diagnosticou a perda Neurossensorial bilateral, de grau severo a profundo ao regulador da CRS, com a descrição do caso. Este encaminhamento é realizado via SIGA na especialidade CIRURGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA procedimento Avaliação para Implante Coclear;
2. O regulador da CRS encaminha ao regulador central (de SMS) pelo SIGA. O regulador central visualiza as vagas na UNIFESP, HC ,SANTA CASA ,segundo cenário de cotas CROSS, e realiza o agendamento;
3. O caso é devolvido no SIGA pelo regulador central para a unidade (regulador local - CER) informando que o caso foi agendado no CROSS;
4. O regulador Local (CER) deve diariamente consultar o SIGA sobre os agendamentos de seus pacientes realizados pelos reguladores regional e central e contatar o paciente para as devidas orientações.

Destacamos que:

Conforme diretriz ministerial, a troca ou conserto do componente externo do implante coclear (processador de fala) deverá ser realizada pelo mesmo local onde foi feita a cirurgia do implante coclear,

**ANEXO VII -  
EQUIPAMENTOS E  
MATERIAIS POR  
AMBIÊNCIA**

A ambiência, equipamentos e materiais de consumo necessários aos serviços são descritos no instrutivo de reabilitação do Ministério da Saúde. De forma a facilitar a organização dos espaços, os equipamentos serão descritos, por ambiente

### **Ambientes Comuns**

- **Recepção**
  - Balcão altura para PcD (altura máxima de 0,90 m na face superior e altura livre inferior mínima de 0,73 m, mínimo de 0,30m de profundidade livre sob o balcão)
  - Cadeiras
  - Armário baixo com prateleiras
  - Ponto de telefone
  - Acesso à internet
  - Computadores
  - Acesso à impressora
  - Local(is) demarcado para estacionamento de cadeira de rodas
  - Bebedouro com 2 alturas
  - Piso podotátil (desde a entrada até a recepção, banheiro das pessoas com deficiência e bebedouro)
  - Cadeiras de espera/longarinas
  - TV
  - Quadro de avisos da unidade
  - Pannel luminoso/senha
  - Telefone público acessível
  - Caixa para SAC
  - Lixeira
  - Cadeira rodas adulto/infantil na entrada da unidade
  - Estabilizador de Voltagem – código CATMAT 41629
  
- **Administrativo/ Gerência**
  - Mesas tipo escrivaninha e 3 cadeiras
  - Armário de 2 portas com chave
  - Computadores
  - Impressora
  - Lixeiras
  - Acesso à internet
  - Mesa auxiliar
  - Telefone
  - Quadro de aviso
  
- **SAME:**
  - Prateleiras
  - arquivo
  - Mesa
  - Cadeira
  - Lixeira
  
- **Almoxarifado**
  - Prateleiras
  - Espaço para guarda de cadeira de rodas, muletas,...
  - Mesa
  - Cadeira
  - Computador
  - Cadeira de rodas adulto/infantil

- Bengalas (uso para atendimento e para dispensação)
  - Andador (infantil e adulto)- (uso para atendimento e para dispensação)
  - Muletas- (uso para atendimento e para dispensação)
  - Materiais de consumo e outros inerentes ao serviço
- Vestiário
    - Espelho
    - Armário com chave
  - Copa
    - Geladeira
    - Micro-ondas
    - Pia com gabinete e gaveteiro
    - Mesa com cadeiras

### Ambientes terapêuticos

- Sala de reunião/ oficinas terapêuticas
  - Mesa
  - Cadeiras
  - Televisão
  - Computador, microfone e webcam
  - Acesso à Internet
  - Datashow
  - Pia
  - Lixeira
  - Armário com 2 portas
  - Materiais diversos para a realização de oficinas, como tecidos, papelaria e pintura, revistas,...
- Sala de estimulação precoce/intervenção oportuna
  - Mesa tipo escrivaninha e cadeiras
  - Espelho com rodízio
  - Espelho fixo
  - Mesa com quatro cadeiras (infantil)
  - Armário
  - Lixeira
  - Lavatório
  - Mocho (Sugestão: Tartaruga: banco com rodinhas)
  - Tablado
  - Bebê conforto
  - Colchonetes de espuma ou EVA
  - Rolo de posicionamento
  - Bolas bobath (tamanho 65 e 85 cm)
  - Bola bobath tipo feijão (tamanho 40cm)
  - Suporte ou rede para bolas bobath
  - Outros materiais:
    - Jogos e brinquedos pedagógicos
    - Almofadas
    - Calça Jeans com enchimento
    - livros infantis
    - espátulas
    - luvas

- jogos de encaixe, empilhar, aramados, musicais, massinha
- boliche,
- bola
- miniaturas de utensílios domésticos
- casinha/móveis/personagens
- boneca
- carrinhos
- giz de cera, papel,...
- Bolas com guiso (tamanhos e texturas diferenciadas)
- Kits de avaliação funcional
- Equipamentos e materiais para reabilitação motora infantil (onde couber cinesioterapia infantil separada)
  - Barras (espaldar, paralelas)
  - Tábua de propriocepção
  - Andador infantil
  - Cama elástica (Consumo)
  - Escada de canto com rampa e corrimão (Soft canto)
- Outros materiais para intervenção oportuna (onde couber)
  - Túnel aramado
  - Cabana/barraca
  - Soft blocks
  - Playground modular
  - Mini piscina bolinhas
  -
- Sala de Recursos Sensoriais
  - Estrutura fixa com ganchos
  - Mosquetões
  - Balanço / prancha/ licra
  - Tatames
  - Conjunto de bancos
  - Conjunto de bolas com e sem textura
  - Túnel
  - Pneu balão
  - Cavalo suspenso
  - Plataforma móvel
  - Piscina de bolinha
  - Skate
  - Rampa de equilíbrio
  - Trapézio
- Sala de atendimento com equipamento de reabilitação virtual
  - Equipamento de reabilitação virtual
  - Mesa
  - Cadeira
  - Notebook
- Sala de atividades de vida prática
  - Cozinha:
    - Pia
    - Geladeira
    - Fogão (contraste cor fogão/panela)- onde for possível
  
    - Micro-ondas
    - Armário de cozinha com porta

- Mesa com 4 cadeiras
- Liquidificador
- Conjunto básico para refeições: jogo de talheres, pratos, copos de acrílico,...
- Conjunto básico para preparo de refeições (onde tiver fogão: panelas, assadeira, colher de pau ou silicone) , tigelas, ...
- Conjunto básico para pia ( escorredor de louça, pano de prato...)
- Outros utensílios - Porta talher, abridor garrafa/lata, jogo de medidores, jarra, vassoura, rodo, pá, balde, pano de chão,jogo de potes, ..

OBS: Utilizar materiais com contraste visual e, de preferência, em acrílico, plástico ou outro material semelhante.

- Quarto:
    - Guarda roupa/armário
    - Cama ou tablado
    - Espelho fixo/corpo inteiro
  - Banheiro adaptado
- Salas para atendimento individual e em grupo adulto e infantil
    - Terapia individual/ duplas adulto
      - Sala silenciosa (importante no atendimento ao DA)
      - Lavatório
      - Lixeira
      - Mesa e 4 cadeiras ou mesa tipo escrivaninha com 3 cadeiras
      - Armário com 2 portas e chave
      - Computador, microfone e web cam
      - Mesa auxiliar para computador
      - Acesso à impressora
      - Espelho de parede (0,50 por 1,00)
    - Terapia individual / grupo infantil
      - Sala silenciosa (para atendimento a DA)
      - Mesa tipo escrivaninha e 3 cadeiras
      - Lavatório
      - Lixeira
      - Armário de 2 portas com chave
      - Computador, microfone e webcam
      - Acesso à impressora
      - Colchonete ou tapete EVA
      - Espelho de parede (no mínimo 0,50 por 1,00)
      - Mesa infantil com 4 cadeiras
      - Tablado, onde couber
      - Lousa ou quadro branco
    - Terapia em grupo adulto
      - Sala silenciosa (atendimento DA)
      - Lavatório
      - Mesa para atividades com 6 cadeiras
      - Armário de 2 portas com chave
      - Computador
      - Mesa para computador
      - Acesso a impressora;
      - Lixeira
      - Espelho de parede (no mínimo 0,50 por 1,00)
      - Colchonetes

- Materiais para uso compartilhado nas salas de atendimento
  - Aparelho de som
  - Audiômetro pediátrico
  - Kit de instrumentos musicais
  - Bloco de AVD -(Cubo de tecido, onde cada face oferece um tipo de fecho diferente, zíper, botões, amarrar, fecho de cinto, velcro, colchete, entre outros, para treinar função bimanual, troca de dominância, coordenação motora, percepção de cores, números, entre outras )
  - prancha de AVD- (Prancha em madeira para treino de abrir porta, maçaneta, acender/apagar luz, entre outras funções)
  - caixa de espelho–
  - Livros infantis
  - Revistas e jornais
  - Espátula
  - Luvas
  - Material para trabalho com órgãos fonoarticulatórios: hóstia, bexiga, língua de sogra, garrote de diferentes densidades, elástico ortodôntico,...
  - Material de escritório (giz de cera, lápis de cor, canetas coloridas, papel, tesoura, cola,...)
  - Testes de avaliação psicológica, cognitiva e de linguagem
  - Softwares para avaliação e terapia
  - Gravador digital
  - Fone de ouvido estereofônico
  - Teclado musical
  - Espelho milimetrado
  - Paquímetro
  - Massageador facial
  - Brinquedos:
    - Bola de plástico
    - Blocos para montar tipo lego, pequeno construtor
    - Casinha de madeira
    - Brinquedo brincando de casinha
    - Família de pano
    - Fantoches de famílias, animais e histórias infantis
    - Boneca
    - Carros (carro fricção, caminhão cegonheiro, ....)
    - Baú com brinquedos de madeira
    - Caixa tátil
    - Casinha/móveis/personagens
    - Miniaturas de utensílios domésticos
  - Jogos educativos para trabalho com raciocínio, atenção, coordenação, estimulação de linguagem oral, escrita. Voltados às diversas faixas etárias:
    - Quebra cabeça progressivo
    - Memória: figuras, letras e figuras
    - Dominó : figura palavra, figura de animais
    - Sequências lógicas
    - Carimbos pedagógicos
    - 24 jogos de discriminação auditiva
    - Jogos: Tapa Certo, Lince,PulaPirata,Boogle Jr, Palavras Cruzadas,Perfiljr, ...

#### CER com Reabilitação Visual

- Consultório de oftalmologista (tamanho mínimo – RDC – 12,50m<sup>2</sup>, SOMA SUS 15 m<sup>2</sup>)
  - Mesa tipo escrivaninha
  - Cadeiras
  - Computador

- Cadeira oftalmológica e coluna
  - Armário vitrine com porta para guarda de kit de lentes e recursos ópticos
  - Lâmpada de Fenda
  - Tonômetro de aplanção
  - Oftalmoscópio Indireto com lente de 20 dioptrias
  - Refrator
  - Lensômetro
  - Retinoscópio
  - Oftalmoscópio direto
  - Campímetro computadorizado onde há Hora Certa; Tela Tangente nos demais serviços
  - Lanterna manual
  - Balde cilíndrico porta detritos com pedal
  - Banqueta giratória/mocho
  - Lavatório
  - Lixeira
  - Outros materiais / consumo:
    - Kit de lentes filtrantes montadas em armações de óculos tipo clip-on:
    - Recursos ópticos para perto
      - Auxílios montados em óculos de prova:
        - Lupas manuais
        - Lupas de apoio
        - Barras de leitura
    - Recursos ópticos para longe
      - Sistemas Telescópicos
    - Kits de avaliação funcional:
      - tabela de acuidade visual para longe (B) – LogMar e
      - Tabela de acuidade visual para perto (B) – LogMar
    - Caixa de provas completa
    - Tabelas com Símbolos (longe e perto);
    - Tabela de Snellen;
    - Tabela para perto com texto contínuo;
    - Teste de resolução para acuidade visual (olhar preferencial);
    - Teste de visão cromática (pareamento);
    - Tabelas para teste de contraste
    - Tela de Amsler
- Sala de prescrição de recursos ópticos (pode ocorrer no consultório de oftalmologia)
  - Mesa
  - Cadeiras
  - Armário vitrine com porta para guarda de kit de lentes e recursos ópticos
  - Lavatório
  - Lixeira
  - Outros materiais
    - Kit de lentes filtrantes montadas em armações de óculos tipo clip-on
    - Recursos ópticos para perto
      - Auxílios montados em óculos de prova:
        - Lupas manuais
        - Lupas de apoio
        - Barras de leitura
    - Recursos ópticos para longe
      - Sistemas Telescópicos
    - Kits de avaliação funcional:
      - tabela de acuidade visual para longe (B) – LogMar e
      - tabela de acuidade visual para perto (B) – LogMar
    - Caixa de provas completa
    - Tabelas com Símbolos (longe e perto);

- Tabela de Snellen;
  - Tabela para perto com texto contínuo;
  - Teste de resolução para acuidade visual (olhar preferencial);
  - Teste de visão cromática (pareamento);
  - Tabelas para teste de contraste;
  - Tela de Amsler
  - Luminária com braço articulável com luz incandescente
  - Luminária com braço articulável com luz fluorescente
  - Mapas táteis
  - 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
  - Prancha de leitura
  - Quadro para pincel atômico
  - 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
  - Programas de ampliação e de leitura para pessoas com deficiência visual
- Sala para Treino de Orientação e Mobilidade
    - Mesa
    - Cadeiras
    - Armário com 2 portas e chave
    - Lavatório
    - Suporte para bengalas
    - Outros materiais
      - Mapas Táteis
      - Bengalas

#### **CER com reabilitação auditiva**

- Consultório otorrinolaringológico
  - Mesa tipo escrivaninha,
  - 3 cadeiras,
  - Armário tipo vitrine
  - Lavatório
  - Lixeira
  - Cadeira otorrinolaringológica
  - Foco Frontal;
  - Otoscópio;
  - Negatoscópio;
  - Diapasão
  - Aspirador de secreção
  - Cureta para remoção de cerumem
  - Estilete porta algodão 18 cm de comprimento
  - Seringa para remoção de cerumem – 100 ml
  - Pinças dente de rato
  - Pinças sem dente tam. 10,12,14 e 16
  - Pinça jacaré 9 cm
  - Pinça Baioneta 18 cm
  - Sonda Itard

- Espéculo auricular adulto e infantil
- Espéculo nasal adulto e infantil
- Negatoscópio
- Maca
- Escada de 2 degraus
- Outros materiais:
  - Algodão,
  - gaze,
  - espátula,
  - álcool,
  - glutaraldeído,...
- Sala para avaliação audiológica adulto e infantil
  - mesa tipo escrivaninha,
  - 2 mesas auxiliares para os equipamentos,
  - 3 cadeiras,
  - armário de 2 portas com chave
  - lavatório
  - lixeira
  - Audiômetro de dois canais;
  - Imitanciómetromultifreqüencial;
  - Cabine audiométrica (tamanho aproximado: 1,50 x 1,50); área interna 1,20x1,20x1,80, com rampa de acesso
  - Sistema de campo livre com reforço visual;
  - Otoscópio;
  - Outros materiais
    - Olivas para imitanciometria
    - Jogos de encaixe
    - Conjunto de instrumentos musicais
    - Algodão, álcool, gaze, glutaraldeído
- Sala para exames complementares (BERA e EOA). Sugerimos adequar para que também seja uma segunda sala de avaliação audiológica.
  - Isolamento acústico ou, na impossibilidade deste, cabina audiométrica (tamanho aproximado de 2,00x 1,50)
  - Aterramento específico/próprio
  - Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção);
  - BERA Sistema de Potencial Evocado (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico)
  - Maca e escada com 2 degraus ou poltrona reclinável;
  - Computador;
  - Impressora ou acesso a impressora;
  - Mesa tipo escrivaninha e 3 cadeiras
  - Armário de 2 portas com chave
  - Lixeira
  - Lavatório
  - Outros materiais
    - Eletrodo para exame,
    - Pasta eletrolítica para exame
    - Algodão,
    - álcool,
    - gaze,
    - glutaraldeído
- Sala para seleção de aparelho auditivo

- Sala silenciosa
- Ganho de Inserção- equipamento de verificação eletroacústica.
- Hi-pro
- Computador
- Impressora ou acesso a impressora;
- Mesa tipo escrivaninha e 3 cadeiras
- Armário de 2 portas com chave
- Lavatório
- Lixeira
- Outros materiais
  - Seringa e massa para pré-moldagem
  - Programas de computador para testes de aparelhos auditivos
  - Baterias e testador de baterias
  - Aspirador
  - Desumidificador
  - Alicates
  - Caneta otoscópio
  - Conjunto de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de aparelho
  - Otoblock

#### **CER com reabilitação física:**

- Ginásio de Cinesioterapia
  - Bancada ou mesa
  - Cadeiras
  - Armário
  - Rede/ suporte para guardar bolas bobath
  - Barras paralelas
  - Escada linear/de canto para marcha
  - Tablados
  - Espelho fixo próximo ao tablado
  - Tábua para propriocepção
  - Espaldar
  - Mocho (2)
  - Espelho com rodízios
  - Simetógrafo
  - Rampa de alongamento
  - Bicicleta ergométrica vertical (opcional)
  - Eretor plataforma/ parapodium adulto e infantil
  - Biofeedback (opcional)
  - Mesa ortostática (opcional)
  - Jogo de halteres
  - Podoscópio (opcional)
  - Computado
  - Freezer/máquina de gelo
  - Outros materiais
    - Cama elástica
    - Disco de equilíbrio
    - Caneleiras (0,5 a 3 kg)
    - Cunha
    - Bola bobath 65 cm e 85 cm
    - Rolo bobath
    - Colchonetes
    - Travesseiros
    - Bolsa de gel

- Rolo de posicionamento
  - Exercitadores elásticos de resistências variadas (suave, média, forte e extra forte)
  - Bandagem (sala de cinesio?)
  - Cronômetro digital/timmer
  - Dinamômetro manual
  - Cunha de posicionamento (cinesio???)
  - Aros de pilates
  - Bastões de madeira
  
- Sala para uso compartilhado de enfermagem / fisioterapia respiratória/ disfagia/ nutrição
  - Nebulizador portátil
  - Oxímetro
  - Balança antropométrica (prever, dentro do possível, balança para pessoas em diferentes situações (p ex cadeirante, obeso,...))
  - Esfigmomanômetro (adulto e infantil)
  - Estetoscópio (adulto e infantil)
  - Aspirador
  - Computador
  - Acesso à impressora
  - Mesa tipo escrivaninha com 3 cadeiras
  - Lavatório
  - Lixeira
  - Outros:
    - Termômetro
    - Gaze
    - Luva
    - ....
  
- Sala para avaliação geral/ avaliação física (próxima ao ginásio, pode ser compartilhada com sala de outro atendimento):
  - Mesa tipo escrivaninha
  - Cadeiras
  - Lavatório
  - Maca
  - Escada de 2 degraus
  - Negatoscópio
  - Computador
  - Martelo de reflexo
  - Goniômetro de diferentes tamanhos
  - Outros:
    - Fita métrica
    - Kit estesiômetro/monofilamentos
  
- Box para eletrotermoterapia(prever aterramento em cada box)
  - Maca
  - Escada com 2 degraus
  - Mesa auxiliar
  - Equipamentos:
    - TENS
    - FES
    - Aparelho de ondas curtas (isolamento box para evitar interferência nos demais equipamentos)
    - Ultrassom
    - Laser

- Prescrição/acompanhamento do uso de OPM (pode ser compartilhada com sala de outro atendimento, p.ex.confecção OPM)
  - Mesa
  - Cadeiras
  - Armário de 2 portas com chave
  - Computador
  - Acesso à impressora
  - Lavatório
  - Tablado
  - Outros
    - Kit ferramentas básico
    - Fita métrica
    - Kit estesiômetro
  
- Confecção de órteses de membro superior e de terapia de mão (pode ser compartilhada com sala de outro atendimento)
  - Mesa de tampo de fórmica
  - Cadeiras
  - Armário de 2 portas com chave
  - Pia com bancada
  - Painel de confecção de órteses de membros superiores
  - Outros
    - Soprador térmico ou aquecedor
    - Mini pistolade cola quente
    - Placas de termoplástico
    - Velcro
    - Tesoura de termoplástico
    - Tesoura Multi-Usa/ Tesoura Heavy Duty e Tesoura grande
    - Furadores
    - Luva térmica (par)
    - Bandagem Elástica
    - Velcro Gancho Auto-Adesivo
    - Velcro Argola
    - Velcroargola(fêmea)2" não adesivo
    - Velcroargola(fêmea)1" não adesivo
    - Velcrogancho(macho)2" autoadesivo
    - Faixa Elástica Compressiva
    - Malha Tubular Compressiva
    - Forração para Órtese
    - Creme hidratante ou óleo para massagem cicatricial
    - Massa de silicone elástica, cor laranja, 100 cc
    - Massa de silicone elástica, cor vermelha, 100 cc
    - Massa de silicone leve usada em exercícios - pote 160 gramas
    - Massa de silicone media usada em exercícios - pote 160 gramas
    - Massa de silicone media/firme usada em exercícios - pote 160 gramas
    - Massa de silicone media/suave usada em exercícios - pote 160 gramas
    - Massa de silicone suave usada em exercícios - pote com 160 gramas
    - Almofada auto-adesiva - Reston
    - Lápis dermatográfico
    - Tira de fixação velfoam2"
    - Elastômero otoform-K
    - Topi-gel
    - Termoplástico clinic 1/8"
    - Termoplástico ezeform

- Ventosa para cicatriz
- Kit de massagem cicatricial
  
- Consultório neurologista/ortopedista
  - Mesa tipo escrivaninha
  - Maca
  - Escada 2 degraus
  - Negatoscópio
  - Martelo de reflexo
  - Lanterna clínica
  - Kit estesiômetro/monofilamentos
  - Computador e acesso a impressora
  - Mesa auxiliar de inox/alumínio
  - Armário
  
- Sala de terapia robótica
  - Equipamento para trabalho de MMSS
  - Mesa
  - Cadeira
  - Televisão
  
- Equipamentos gerais
  - Autoclave;
  - Carro de curativo
  - Carro de medicamento,...

**ANEXO VIII -  
ORIENTAÇÕES PARA  
CONFIGURAÇÃO DAS  
AGENDAS DE ACESSO  
NO CER**

## **Avaliação Multiprofissional em Reabilitação**

### **1) REABILITAÇÃO VISUAL**

**ESPECIALIDADE:** Especialista em Reabilitação Visual, composta pelas seguintes categorias profissionais: médico oftalmologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social e/ou educador de saúde pública

**PROCEDIMENTO:** 301079005 - Avaliação Multiprofissional em Reabilitação

**DESCRITIVO:** Consiste na realização no mesmo dia de acolhimento no CER, consulta com médico oftalmologista, avaliação inicial da equipe e discussão do caso/conduta.

Obs.: Este protocolo atende a necessidade de agendamento de crianças e adultos. Dependendo da organização do serviço, poderão ser criados no sistema horários com protocolos diferenciando faixa etária.

**AGENDA:** Regulada e local, em primeira vez.

**QUANDO/QUEM ENCAMINHAR:** Pessoas com suspeita ou com diagnóstico de visão subnormal ou cegueira (CID H540, H541, H522).

**SOLICITANTE:** O encaminhamento deverá partir de oftalmologistas da rede de saúde da cidade ou de outro CER.

**ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE:**

1- Levar: exames anteriores (quando tiver); cartão SUS; impresso de encaminhamento.

2- Estar preparado para passar mais de um período na unidade; o serviço não ofertará alimentação.

**EXECUTANTE:** Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Visual

**AGENDA LOCAL:** O gerente/coordenador deverá configurar agenda local dos profissionais de forma a prever o envolvimento de todos na ação, sendo sugeridos os seguintes procedimentos:

- 03.01.01.004-8: Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)
- 03.01.01.007-2: Consulta médica em atenção especializada

**FATURAMENTO:** Cabe ao serviço desencadear o faturamento, via BPAI do procedimento 03.01.07.015-6 - Avaliação Multiprofissional em Deficiência Visual (avaliação multiprofissional de desenvolvimento global e funcional da visão que consiste na avaliação das respostas comportamentais frente a estímulos e atividades de vida diária para dimensionar o grau de perda visual e o uso da visão residual com a adaptação de recursos ópticos e não ópticos).

### **2) REABILITAÇÃO FÍSICA**

**ESPECIALIDADE:** Especialista em Reabilitação Física, composta pelas seguintes categorias profissionais: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicologia, assistente social, enfermeiro, médico ortopedista/neurologista/fisiatra e nutricionista.

**PROCEDIMENTO:** 301079005 - Avaliação multiprofissional em reabilitação.

**DESCRITIVO:** Consiste na realização no mesmo dia de acolhimento no CER, avaliação e discussão de caso por equipe multiprofissional com vistas ao planejamento terapêutico na área da reabilitação física.

Obs.: Este protocolo atende a necessidade de agendamento de crianças e adultos. Dependendo da organização do serviço, poderão ser criados no sistema horários com protocolos diferenciando idade.

**AGENDA:** regulada e local, em primeira vez.

**QUANDO/QUEM ENCAMINHAR:** pessoas com deficiência física ou múltipla que precisam de intervenção por 2 ou mais profissionais de reabilitação (acompanhamento multidisciplinar), órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quadros neurológicos.

**SOLICITANTE:** Rede de Saúde

**ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE:**

1- Levar: exames anteriores (quando tiver); cartão SUS; impresso de encaminhamento.

2- Estar preparado para passar mais de um período na unidade; o serviço não ofertará alimentação.

**EXECUTANTE:** Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Física

**AGENDA LOCAL:** o gerente/coordenador deverá configurar agenda local dos profissionais de forma a prever o envolvimento de todos na ação, sendo sugeridos os seguintes procedimentos:

- 03.01.01.004-8: Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)
- 03.01.01.007-2: Consulta médica em atenção especializada

**FATURAMENTO:** Cabe ao serviço desencadear o faturamento dos procedimentos realizados.

### **3) REABILITAÇÃO INTELECTUAL/DO DESENVOLVIMENTO**

**ESPECIALIDADE:** Especialista em Reabilitação Intelectual, composta pelas seguintes categorias profissionais: terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, médico neurologista ou psiquiatra.

**PROCEDIMENTO:** 301079005 - avaliação multiprofissional em reabilitação

**DESCRITIVO:** Consiste na realização no mesmo dia de acolhimento no CER, avaliação e discussão de caso por equipe multiprofissional com vistas ao planejamento terapêutico na área da reabilitação intelectual/do desenvolvimento.

Obs.: Este protocolo atende a necessidade de agendamento de crianças e adultos. Dependendo da organização do serviço, poderão ser criados no sistema horários com protocolos diferenciando idade.

**AGENDA:** regulada e local, em primeira vez.

**QUANDO/QUEM ENCAMINHAR:** pessoas com deficiência intelectual ou múltipla que precisam de intervenção por 2 ou mais profissionais de reabilitação (acompanhamento multidisciplinar), acompanhamento por equipe APD, RN de alto risco, crianças com atraso/alteração do desenvolvimento neuropsicomotor.

**SOLICITANTE:** Rede de Saúde

**ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE:**

1- Levar: exames anteriores (quando tiver); cartão SUS; impresso de encaminhamento.

2- Estar preparado para passar mais de um período na unidade; o serviço não ofertará alimentação.

**EXECUTANTES:** Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Intelectual e NIR.

**AGENDA LOCAL:** o gerente/coordenador deverá configurar agenda local dos profissionais de forma a prever o envolvimento de todos na ação, sendo sugeridos os seguintes procedimentos:

- 03.01.01.004-8: Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)
- 03.01.01.007-2: Consulta médica em atenção especializada

**FATURAMENTO:** Cabe ao serviço desencadear o faturamento dos procedimentos realizados.

### **4) REABILITAÇÃO AUDITIVA**

**ESPECIALIDADE:** Especialista em Reabilitação Auditiva, composta pelas seguintes categorias profissionais: médico otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e/ou educador

**PROCEDIMENTO:** 301079005 - Avaliação multiprofissional em reabilitação

**DESCRITIVO:** Consiste na realização no mesmo dia de acolhimento no CER, consulta com médico otorrinolaringologista, avaliação inicial da equipe (incluindo avaliação auditiva e pré-molde) e discussão do caso/condução. A partir do atendimento, o usuário será agendado para retorno ao serviço para seleção de AASI ou outra avaliação complementar.

Obs.: Este protocolo atende a necessidade de agendamento de crianças e adultos. Dependendo da organização do serviço, poderão ser criados no sistema horários com protocolos diferenciando idade.

**AGENDA:** Regulada e local, em primeira vez

**QUANDO/QUEM ENCAMINHAR:** Pessoas com suspeita ou com diagnóstico de perda auditiva que se beneficie de aparelhos auditivos (CID H90, H91, H93, Z46.1).

**SOLICITANTE:** médicos otorrinolaringologistas e fonoaudiólogos da rede de saúde. Outros profissionais de saúde poderão solicitar, mediante exame que indique benefício com o uso de aparelho auditivo.

**ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE:**

1- Levar: exames anteriores (quando tiver); cartão SUS; impresso de encaminhamento.

2- Estar preparado para passar mais de um período na unidade; o serviço não ofertará alimentação.

**EXECUTANTE:** Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Auditiva e Serviço de Saúde Auditiva de Média Complexidade.

**PARÂMETRO:** 5 pacientes/dia, realizado duas vezes na semana. Este parâmetro proporciona o acesso de 40 casos novos/mês em reabilitação auditiva.

**AGENDA LOCAL:** O gerente/coordenador deverá configurar agenda local dos profissionais de forma a prever o envolvimento de todos na ação, sendo sugeridos os seguintes procedimentos:

- 03.01.01.004-8: Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico);
- 03.01.01.007-2: Consulta médica em atenção especializada;
- 02.12.07.900: Avaliação audiológica completa.

**FATURAMENTO:** Cabe ao serviço desencadear o faturamento de:

- APAC principal: 02.11.07.009-2 - Avaliação p/ diagnóstico de deficiência auditiva (em maiores de 3 anos de idade) ou 02.11.07.010-6 - Avaliação p/ diagnóstico diferencial de deficiência auditiva (em menores de 3 anos ou pessoas que precisam de diagnóstico diferencial)
- procedimentos secundários relacionados à APAC principal

### OUTROS EXAMES

**Conforme necessidade do território, os CER poderão disponibilizar agendas para exames**

#### **1) AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA COMPLETA**

PROCEDIMENTO: AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA COMPLETA

CÓDIGO: 0211079006 (procedimento criado pelo município para fins de agenda; não existe na tabela SUS)

PARÂMETRO: 45 minutos de duração (10 pacientes/dia)

#### ORIENTAÇÕES - SIGA:

- AGENDA: regulada
- STATUS: livre
- TIPO ATENDIMENTO: primeira vez
- TIPO DE AGENDA: do profissional
- ESPECIALIDADE: Fonoaudiologia-Audiologia

#### QUANDO/QUEM ENCAMINHAR?

Criar e utilizar este procedimento para agendamento dos exames: audiometria tonal limiar, imitanciometria, logaudiometria, audiometria de reforço visual, prova de função tubária e/ou audiometria em campo livre.

#### COMO SOLICITAR?

1. O pedido deverá ser feito no impresso de apoio diagnóstico.
2. No pedido deverá estar informado o achado de otoscopia.

#### ORIENTAÇÕES PARA O EXAME

2- Levar:

- exames de audição já realizados (quando tiver);
- cartão SUS;
- pedido do exame relatando o achado da otoscopia.

LANÇAR (DE - PARA) OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS, dependendo da execução dos mesmos :

- 0301010048- consulta de profissional de nível superior na atenção especializada
- 0211070041 - audiometria tonal limiar (via aérea/óssea);
- 0211070211 - logaudiometria (LDV-IRF-LRF);
- 0211070203 - imitanciometria;
- 0211070025 - audiometria de reforço visual (via aérea/óssea);
- 0211070289 - prova de função tubária;
- 0211070033 - audiometria em campo livre.

\*Pode lançar 01 ou mais procedimentos

OBS: este protocolo atende a necessidade de agendamento de crianças e adultos. Dependendo da organização do serviço, poderão ser criados no sistema horários com protocolos diferenciando idade.

#### **2) TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL/TESTE DA ORELHINHA**

PROCEDIMENTO: EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA

CÓDIGO SUS: 0211070149

REGISTRO: BPA-C

PARÂMETRO: 4 a 6 pacientes/hora (duração de 10 a 15 minutos)

#### ORIENTAÇÕES - SIGA:

- AGENDA: regulada
- STATUS: livre
- TIPO ATENDIMENTO: primeira vez
- TIPO DE AGENDA: do profissional
- ESPECIALIDADE: Fonoaudiologia-Audiologia

#### QUANDO/QUEM ENCAMINHAR?

Crianças **até 3 meses de idade** com indicador de risco para deficiência auditiva, conforme Azevedo, M.F. (2005), JCIH (2007) e COMUSA (2010):

- I. História de casos de surdez permanente na família, com início desde a infância (hereditariedade);
- II. Consanguinidade;
- III. Exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça;
- IV. Permanência na UTI por mais de cinco dias;

- V. Ocorrência de ventilação extracorpórea ou ventilação assistida;
- VI. Hiperbilirrubinemia a níveis excedendo a indicação para exsanguíneo-transfusão;
- VII. Anóxia perinatal grave (Apgar neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto);
- VIII. Hemorragia ventricular;
- IX. Peso ao nascer inferior a 1.500 gramas;
- X. Infecções congênicas: Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes, Sífilis, HIV;
- XI. Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal;
- XII. Sinais ou outros achados associados com síndromes;
- XIII. Infecções bacterianas ou virais pós-natais associadas a perdas auditivas, como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite;
- XIV. Distúrbios neurodegenerativos ou neuropatias sensorio-motoras;
- XV. Traumatismo craniano;
- XVI. Quimioterapia.

#### COMO SOLICITAR?

1. O pedido deverá ser feito no impresso de apoio diagnóstico.
2. No pedido deverá estar discriminado o(s) indicador(es) de risco para deficiência auditiva e o achado de otoscopia.

#### ORIENTAÇÕES PARA O EXAME

1-O exame será realizado com o bebê dormindo. Assim sendo, a rotina do bebê no dia do exame deverá ser organizada de modo a propiciar que a mamada ocorra minutos antes do exame, facilitando o adormecimento.

3- Levar:

- exames de audição já realizados (quando tiver);
- relatório de alta da maternidade;
- cartão SUS;
- pedido do exame relatando o (s) indicador(es) de risco para deficiência auditiva e o achado da otoscopia.

OBS.1: Solicitações deste exame para crianças maiores de 3 meses devem ser agendadas em vaga de avaliação audiológica completa.

OBS.2: A realização de BERA triagem, complementando a triagem com emissões, ocorrerá mediante avaliação do profissional, no dia do exame.

# ANEXO IX - REGISTRO DOS PROCEDIMENTOS

**CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS- TABELA SIASUS****Serviço: 135 - Serviço de Reabilitação**

- 001 - Reabilitação Visual
- 002 - Reabilitação Intelectual
- 003 - Reabilitação Física
- 005 - Reabilitação Auditiva
- 007 - Oficina Ortopédica Fixa
- 008 - Oficina Ortopédica Intinerante Terrestre
- 009 - Oficina Ortopédica Intinerante Fluvial
- 010 - Atenção Fonoaudiológica
- 011 - Atenção Fisioterapêutica
- 012 - Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas I
- 013 - Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas II

**Serviço: 126 - Serviço de Fisioterapia**

- 001 - Assistência fisioterapêutica em alter. obstétricas, neonatais, uroginecológicas
- 002 - Assistência fisioterapêutica em alterações oncológicas
- 003 - Assistência fisioterapêutica em oftalmologia
- 004 - Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais
- 005 - Assistência fisioterapêutica nas disfunções músculo-esqueléticas
- 006 - Assistência fisioterapêutica em queimados
- 007 - Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia
- 008 - Diagnóstico cinético funcional

**Serviço: 107 - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva**

- 004 - Diagnóstico em audiologia/otologia
- 005 - Implante Coclear
- 006 - Triagem Auditiva Neonatal
- 008 - Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

**164 - Serviço de Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação**

- 001 - Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação/ Dispensação de OPM Auxiliares de Locomoção e Ortopédicas
- 002 - Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação/Confecção, Manutenção e Adaptação de OPM Auxiliares de Locomoção e Ortopédicas
- 005 - Dispensação de OPM Auditiva
- 006 - Manutenção e Adaptação de OPM Auditiva
- 007 - Dispensação de OPM Oftalmológica
- 008 - Manutenção e Adaptação de OPM Oftalmológica
- 009 - Substituição/Troca de OPM
- 010 - OPM em gastroenterologia
- 011 - OPM em Urologia

## HABILITAÇÕES

### Área Habilitação - 22 - Reabilitação

- 01 - Centro de referência de reabilitação em medicina física
- 02 - Centro de reabilitação física - nível intermediário
- 03 - Centro de Reabilitação Visual
- 04 - Centro de Reabilitação Auditiva na Média Complexidade
- 05 - Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade
- 06 - Centro de Reabilitação Intelectual
- 07 - Núcleo de atenção à criança e adolescente com transtorno do espectro autista
- 08 - Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Física
- 09 - Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Intelectual
- 10 - Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Auditiva
- 11 - Centro Especializado em Reabilitação (CER) Modalidade Visual
- 12 – Oficina Ortopédica Fixa
- 13- Oficina Ortopédica Itinerante

### Área Habilitação: 03 - Atenção a Saúde Auditiva

- 01 - Centros/Núcleos para realização de implante coclear
- 02 - Diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva na média complexidade
- 03 - Diagnóstico, tratamento e reabilitação auditiva na alta complexidade
- 05 - Atenção Especializada às Pessoas com Deficiência Auditiva

PROCEDIMENTOS CER, SEGUNDO DIRETRIZES DO MS, ACRESCIDO DE ALGUNS PROCEDIMENTOS JÁ EXECUTADOS PELOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO NO MSP. OUTRAS INFORMAÇÕES E ATUALIZAÇÕES CONSULTAR TABELA SIGTAP/MS						
PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	DESCRIPTIVO	SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO	HABILITAÇÃO?	REGISTRO	CBO
101010028	ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CONSISTE NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE, DESENVOLVIDAS EM GRUPO. RECOMENDA-SE O MÍNIMO DE 10 (DEZ) PARTICIPANTES, COM DURAÇÃO MÍNIMA DE 30 (TRINTA) MINUTOS.DEVE-SE REGISTRAR O NÚMERO DE ATIVIDADES REALIZADAS POR MÊS	NÃO	NÃO	BPA C	MÉDICO E ENFERMEIRO, TODOS
101010036	PRÁTICA CORPORAL/ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO	ATIVIDADE FÍSICA DESENVOLVIDA EM GRUPO POR PROFISSIONAIS QUALIFICADOS REALIZADA NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE OU NA COMUNIDADE. INFORMAR NÚMERO DE ATIVIDADES REALIZADAS EM GRUPO POR MÊS	NÃO	NÃO	BPA C	MÉDICO, ENF., FONOFISIOTERAPISTA
101030029	VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR	CONSISTE NA AVALIAÇÃO PELA EQUIPE DE ATENÇÃO DOMICILIAR COM O OBJETIVO DE VERIFICAR A CONDIÇÃO DO PACIENTE CONSIDERANDO A AVALIAÇÃO CLÍNICA, DO DOMICÍLIO, DO CUIDADOR E OUTRAS	NÃO	NÃO	BPA I	TODOS
101040024	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	É UM MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO EM NUTRIÇÃO BASEADO NA AFERIÇÃO DO PESO, DA ALTURA E DE OUTRAS MEDIDAS DO CORPO HUMANO E NA COMPOSIÇÃO CORPORAL GLOBAL. TRATA-SE DE UM IMPORTANTE RECURSO PARA A AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DO INDIVÍDUO EM TODAS AS FASES DO CURSO DA VIDA E AINDA OFERECE DADOS PARA O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES. AS INFORMAÇÕES OBTIDAS COM A AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E A INTERPRETAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL CONTRIBUEM PARA O SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN, POIS PERMITEM MONITORAR A SITUAÇÃO NUTRICIONAL DE GRUPOS POPULACIONAIS ESPECÍFICOS E SUBSIDIAR POLÍTICAS E AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS NUTRICIONAIS.	NÃO	NÃO	BPA I	MÉDICO, ENF., FÍSIO, NUTRI, FONOFISIOTERAPISTA
211030015	AVALIAÇÃO CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES	CONSISTE NO FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES ANGULARES QUANTO AO MOVIMENTO TRIDIMENSIONAL DA MARCHA	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	FISIOTERAPISTA
211030023	AVALIAÇÃO CINÉTICA, CINEMÁTICA E DE PARÂMETROS LINEARES	CONSISTE NO FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES QUANTO A CAPACIDADE DOS MÚSCULOS EM GERAR E ABSORVER ENERGIA DURANTE A MARCHA	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	FISIOTERAPISTA
211030031	AVALIAÇÃO DE EQUILÍBRIO ESTÁTICO EM PLACA DE FORÇA	CONSISTE NO FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES QUANTITATIVAS DO EQUILÍBRIO ESTÁTICO.	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	FISIOTERAPISTA
211030040	AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATORIA	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE CONSULTA, COM FORNECIMENTO DE INFORMAÇÕES DA CAPACIDADE CARDIORESPIRATORIA POR MEIO DE CLÍNICO, AUSCULTA, TESTE DA FUNÇÃO MUSCULAR E CAPACIDADE	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	FISIOTERAPISTA
211030058	AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATORIA C/ TRANSDUTORES MICROPROCESSADOS	CONSISTE NA CONSULTA COM AVALIAÇÃO DE FUNÇÃO E MECÂNICA RESPIRATORIA C/ TRANSDUTORES MICROPROCESSADOS.	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 –	NÃO	BPA I	FISIOTERAPISTA

			135/010 – 135/011			
211030066	AVALIACAO DE MOVIMENTO (POR IMAGEM)	CONSISTE NO FORNECIMENTO DE INFORMACOES QUANTO AO MOVIMENTO DE MARCHA E ATIVIDADES DE VIDA DIARIA ATRAVES DO PROCESSAMENTO DE IMAGENS	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	FISIOTERAPIA
211030074	AVALIACAO FUNCIONAL MUSCULAR	CONSISTE NO FORNECIMENTO DE INFORMACOES DA FUNCAO MUSCULAR ATRAVES DE RECURSOS CLINICOS: PERIMETRIA, TESTE MUSCULAR, AVALIACAO DE AMPLITUDE ARTICULAR, AMPLITUDE DE MOVIMENTO (ADM).	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	Fisioterapia
211030082	ELETRDIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL	ANÁLISE DE MOVIMENTO CONCOMITANTE AO ESTUDO ELETROMIOGRÁFICO SUPERFÍCIE	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	FISIOTERAPIA
211030090	ELETROMIOGRAFIA DINAMICA, AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES	CONSISTE NO FORNECIMENTO DE INFORMACOES QUANTO A ATIVIDADE ELETRICA MUSCULAR DURANTE A MARCHA	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 126/008 – 135/010 – 135/011	NÃO	BPA I	FISIOTERAPIA
211060011	BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	EXAME PARA MENSURAÇÃO DO DIÂMETRO ÂNTERO-POSTERIOR DO GLOBO OCULAR COM OU SEM CÁLCULO DO VALOR DIÓPTRICO DE LENTE INTRA-OCULAR (INCLUI MULTIPLOS CÁLCULOS POR OLHO – FÓRMULAS E CONSTANTES DE MATERIAIS).	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060020	BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	CONSISTE DA AVALIAÇÃO DO FUNDO DO OLHO (NERVO ÓPTICO E MÁCULA) COM LENTE DE CONDENSÇÃO ATRAVÉS DA LÂMPADA DE FENDA, SOB MIDRIÁSE	131/001 - 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060038	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	EXAME PARA AVALIAÇÃO DO CAMPO VISUAL. INDICADO PRINCIPALMENTE NO DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE GLAUCOMA, DOENÇAS NEURO-OFTALMOLÓGICAS.	131/001	NÃO	BPA C BPA I	OFTALMO
211060054	CERATOMETRIA	AVALIAÇÃO DO PODER DIOPTRICO CORNEANO. PROCEDIMENTOS INDICADO EM ALTAS AMETROPIAS E PATOLOGIAS CORNEANAS.	131/001	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060062	CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS)	EXAME PARA DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO DE GLAUCOMA, DEVENDO SER REALIZADO NO MESMO DIA, COM MÚLTIPLAS MEDIDAS DA PRESSÃO INTRA-OCULAR (MÍNIMO DE 3 MEDIDAS).	131/001	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060070	ELETO-OCULOGRAFIA	AVALIAÇÃO DA FISILOGIA OCULAR	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060089	ELETORETINOGRAFIA	AVALIAÇÃO DA FISILOGIA RETINIANA.	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060100	FUNDOSCOPIA	AVALIAÇÃO DO FUNDO DE OLHO, REALIZADA COM OU SEM DILATAÇÃO PUPILAR.	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO

211060127	MAPEAMENTO DE RETINA	AVALIAÇÃO SOB MIDRIASE DA RETINA (PÓLO POSTERIOR E PERIFERIA), NERVO ÓPTICO E CORÓIDE. INCLUIR DOCUMENTAÇÃO ATRAVÉS DE GRÁFICO MANUAL OU COMPUTADORIZADO, QUANDO COUBER (MONOCULAR)	135/001 – 131/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060151	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	AVALIAÇÃO DA MÁXIMA ACUIDADE SOB ORIFÍCIO ESTENOPEICO (PROJEÇÃO OU RETRO-ILUMINADA)	135/001 – 131/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060160	POTENCIAL VISUAL EVOCADO	AVALIAÇÃO ELETRO-FISIOLÓGICA DAS VIAS ÓPTICAS.	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060216	TESTE DE SCHIRMER	AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO LACRIMAL ATRAVÉS DE PAPEL FILTRO MILIMETRADO.	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060224	TESTE DE VISAO DE CORES	AVALIAÇÃO DO SENSO CROMÁTICO, INDEPENDENTE DO MÉTODO (ISHIHARA, HUE, OUTROS).	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060232	TESTE ORTÓPTICO	AVALIAÇÃO COMPLETA DA MOTILIDADE OCULAR, (BINOCULAR) COM LAUDO.	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060259	TONOMETRIA	AFERIÇÃO DA PRESSÃO INTRA-OCULAR	131/001 – 135/001 -	NÃO	BPA I	OFTALMO
211060275	TRIAGEM OFTALMOLÓGICA	CONSISTE NA IDENTIFICAÇÃO PRECOZE DE BAIXA ACUIDADE VISUAL OU SINAIS E SINTOMAS	NÃO TEM	NÃO	BPA I	OFTALMO
211070017	ANALISE ACUSTICA DA VOZ POR MEIO DE LABORATORIO DE VOZ	ANALISE PERCEPTIVO-AUDITIVA DOS PARAMETROS VOCAIS PARA FINS CFLÍNICOS, OCUPACIONAIS E DE PERICIA	NÃO TEM	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070025	AUDIOMETRIA DE REFORCO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA)	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE AUDIOMETRIA TONAL (VIA AÉREA/ÓSSEA) COM REFORÇO VISUAL.	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070033	AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE COM PESQUISA DO GANHO	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070041	AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE AUDIOMETRIA TONAL POR VIA AÉREA E POR VIA ÓSSEA	135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070050	AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL	REALIZAÇÃO DE EXAMES QUE AVALIA O COMPORTAMENTO DA CRIANÇA, DE ACORDO COM A IDADE, CONSIDERANDO O DESENVOLVIMENTO AUDITIVO, EM RESPOSTA A ESTIMULOSSONOROS COM ESPECTRO CONHECIDO	NÃO	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070068	AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA / LEITURA	CONSISTE NA AVALIAÇÃO DA LINGUAGEM ESCRITA NOS ASPECTOS DE PRODUÇÃO GRÁFICA, DA COESÃO E COERENCIA DO TEXTO, ORTOGRAFIA, SINTATICO SEMANTICA, VOCABULARIO E /OU NIVEL DE LETRAMENTO, BEM COMO A AVALIAÇÃO DA LEITURA NOS ASPECTOS FLUENCIA E/OU COMPREENSÃO	NÃO	NÃO	BPA I	FONO
211070076	AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL	CONSISTE NA AVALIACAO DA LINGUAGEM ORAL INTERATIVA, EXPRESSIVA E COMPREENSIVA	NÃO	NÃO	BPA I	FONO E ORL

211070084	AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO	CONSISTE NOS EXAMES DOS ORGAOS FONOAARTICULATORIOS E DAS FUNCOES: RESPIRACAO, SUCCAO, MASTIGACAO, DEGLUTICAO E FALA	NÃO	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070092	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA	CONSISTE EM CONSULTA OTORRRINOLARINGOLOGICA; AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM E AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA; ATENDIMENTO DE SERVIÇO SOCIAL, ATENDIMENTO DE PSICOLOGIA	135/005 – 135/010	NÃO	APAC	FONO E ORL
211070106	AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE CONSULTA OTORRRINOLARINGOLOGICA; AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DOS ASPECTOS DA LINGUAGEM E AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA; AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA E AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA; ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA EM PACIENTE MENOR DE TRÊS ANOS OU EM PACIENTE COM AFECÇÕES ASSOCIADAS (NEUROLÓGICAS, PSICOLÓGICAS, SINDROMES GENÉTICAS, CEGUEIRA, VISÃO SUBNORMAL) OU PERDAS UNILATERAIS, E, AINDA PARA OS PACIENTES REFERENCIADOS DOS SERVIÇOS DE MENOR COMPLEXIDADE	135/005 – 135/010	NÃO	APAC	FONO E ORL
211070114	AVALIACAO VOCAL	CONSISTE NA AVALIACAO DA QUALIDADE VOCAL, GRAU DE SEVERIDADE DA DISFONIA, FOCO DE RESSONANCIA E REGISTRO VOCAL.	NÃO	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070149	EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS P/ TRIAGEM AUDITIVA	CONSISTE EM MÉTODO OBJETIVO PARA VERIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE/INTEGRIDADE DA CÍCLEA, UTILIZANDO EQUIPAMENTOS AUDIOLÓGICOS E ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM	NÃO	NÃO	BPA I E AIH	FONO E ORL
211070157	ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DO EXAME DE EMISSÕES OTOACUSTICA EVOCADAS TRANSIENTES OU POR PRODUTO DE DISTORSÃO	135/005/ - 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070165	ESTUDO TOPODIAGNOSTICO DA PARALISIA FACIAL	TESTES UTILIZADOS PARA ESTABELECEER UM PROGNÓSTICO QUANTO AO RETORNO DA FUNÇÃO NORMAL DO NERVO FACIAL E/OU LOCALIZAÇÃO ANATOMICA DA LESÃO NEUARAL	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070173	EXAME DE ORGANIZACAO PERCEPTIVA	CONSISTE NO EXAME DA ORGANIZACAO PERCEPTIVA (AUDITIVA, TATIL, VISUAL E CINESTESICA)	NÃO	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070181	EXAME NEUROPSICOMOTOR EVOLUTIVO	AVALIAÇÃO CLÍNICA DO DESENVOLVIMENTO FÍSICO E PSICOMOTOR E SEUS ASPECTOS NEUROLÓGICOS	NÃO	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070190	GUSTOMETRIA	EXAME DE ACUIDADE DO SENTIDO DO GOSTO	135/001 – 135/002 – 135/003 - 135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070203	IMITANCIOMETRIA	CONSISTE EM: TIMPANOMETRIA, COMPLACENCIA ESTATICA, MEDIDA DO REFLEXO ESTAPEDIO E PESQUISA DO RECRUTAMENTO DE METZ	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070211	LOGOAUDIOMETRIA (LDV-IRF-LRF)	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DE TESTES DE RECONHECIMENTO DE FALA QUE COMPREENDEM: LIMIAR DE DETECÇÃO DE VOZ (LDV), ÍNDICE DE RECONHECIMENTO DE FALA (IRF), LIMIAR DE RECONHECIMENTO DE FALA (LRF)	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070220	OLFATOMETRIA	TESTE CLÍNICO DO OLFATO PARA IDENTIFICAÇÃO DE CHEIROS	NÃO	NÃO	BPA I	ORL
211070238	PESQUISA DE FISTULA PERILINFATICA	DIAGNÓSTICO POR MEIO DE TESTES CLÍNICOS DE PRESENÇA DE FISTULA PERINLINFÁTICA	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL

211070246	PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO	CONSISTE NA PESQUISA DO GANHO DE INSERCAO (MEDIDA COM MICROFONE E SONDA)	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070254	PESQUISA DE PARES CRANIANOS	CONSISTE NA PESQUISA DE PARES CRANIANOS RELACIONADOS COM O OITAVO PAR	135/010	NÃO	BPA I	ORL
211070262	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DO POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA, MÉDIA E LONGA	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070270	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA	CONSISTE EM MÉTODO OBJETIVO PARA VERIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE/INTEGRIDADE DAS VIAS AUDITIVAS UTILIZANDO EQUIPAMENTOS AUDIOLÓGICOS E ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM	135/010	NÃO	BPA I E AIH	FONO E ORL
211070289	PROVA DE FUNCAO TUBARIA	TESTE PARA AVALIAÇÃO DA PERMEABILIDADE DA TUBA AUDITIVA, MEDINDO AS PRESSÕES AUDITIVAS, POR MEIO DA INTRODUÇÃO DE UMA SONDA NA TUBA AUDITIVA	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070297	REAVALIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS	CONSISTE NA REAVALIAÇÃO OTORRINOLARINGOLÓGICA; REAVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM E REAVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA; ORIENTAÇÃO À FAMÍLIA E ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL	135/005 – 135/010	NÃO	APAC	FONO E ORL
211070300	REAVALIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS	COMPREENDE A REALIZAÇÃO DE CONSULTA OTORRINOLARINGOLÓGICA; REAVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA DE LINGUAGEM E REAVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA; REAVALIAÇÃO PEDIÁTRICA E REAVALIAÇÃO NEUROLÓGICA; ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL E REAVALIAÇÃO PSICOLÓGICA, EM PACIENTE MENOR DE TRÊS ANOS, OU EM CRIANÇAS E ADULTOS COM AFECÇÕES ASSOCIADAS (NEUROLÓGICA, PSICOLÓGICAS, SÍNDROMES GENÉTICAS, CEGUEIRA, VISÃO SUBNORMAL) OU PERDAS UNILATERAIS, E, AINDA, PARA OS PACIENTES REFERENCIADOS DOS SERVIÇOS DE MENOR COMPLEXIDADE COM OU SEM INDICAÇÃO DO USO DE AASI	135/005 – 135/010	NÃO	APAC	FONO E ORL
211070319	SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI	CONSISTE NA REALIZACAO DA PRE-MOLDAGEM E CONFECÇÃO DO MOLDE AURICULAR PERSONALIZADO. SELEÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ELETRÓACÚSTICAS DO APARELHO E TESTES PARA VERIFICAÇÃO DO BENEFÍCIO FORNECIDO PELO AASI. MÍNIMO DE TRÊS MARCAS DIFERENTES	135/005 – 135/010	NÃO	APAC	FONO
211070327	TESTES ACUMETRICOS (DIAPASAO)	NÃO TEM	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070335	TESTES AUDITIVOS SUPRALIMINARES	CONSISTE NA REALIZACAO DOS TESTES DE TONE DECAY, SISI E FOWLER	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070343	TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	OS TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO SÃO COMPOSTOS POR PROVAS QUE BUSCAM MEDIDAS DAS HABILIDADES DOS INDIVIDUOS NO RECONHECIMENTO DE UM DETRMINADO ESTIMULO MESMO QUANDO AS CONDIÇÕES DE ESCUTA APRESENTAM-SE DIFICULTADAS. A AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO AUDITIVA CENTRAL É FORMADA POR UMA BATERIA DE TESTES VERBAIS E NÃO VERBAIS QUE AVALIAM AS FUNÇÕES DO TRONCO ENCEFÁLICO E CÉREBRO.	135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070351	TESTES VESTIBULARES / OTONEUROLOGICOS	CONSISTE EM: TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLOGICOS COM VECTONISTAGMOGRAFIA, VECTOELTRONISTAGMOGRAFIA, ELETROMIOTAGMOGRAFIA, PROVAS LABIRINTICAS CALORICA COM OU SEM REGISTRO ELETRONISTAGMOGRAFIA	NÃO	NÃO	BPA I	FONO E ORL
211070424	EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA/RETESTE)	CONSISTE EM MÉTODO OBJETIVO PARA VERIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE/INTEGRIDADE DA CÓCLEA, UTILIZANDO EQUIPAMENTOS AUDIOLÓGICOSE ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM. DEVERÁ SER REALIZADO SOMENTE EM NEONATOS OU LACTENTES QUE	NÃO	NÃO	BPA I E AIH	FONO E ORL

		TENHAM COMO RESULTADO AFALHANO TESTE, A FIM DE CONFIRMAR O PRIMEIRO RESULTADO				
211070432	POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO P/ TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA/RETESTE)	CONSISTE EM MÉTODO OBJETIVO PARA VERIFICAÇÃO DA FUNCIONALIDADE/INTEGRIDADE DAS VIAS AUDITIVAS UTILIZANDO EQUIPAMENTOS AUDIOLÓGICOS E ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DA AUDIÇÃO E LINGUAGEM. DEVERÁ SER REALIZADO SOMENTE EM NEONATOS OU LACTENTES QUE TENHAM COMO RESULTADO A FALHA NO TESTE, A FIM DE CONFIRMAR O PRIMEIRO RESULTADO	NÃO	NÃO	BPA I E AIH	FONO E ORL
211100013	APLICACAO DE TESTE P/ PSICODIAGNOSTICO	DIAGNÓSTICO REALIZADO ATRAVÉS DE APLICAÇÃO DE TESTES REGULAMENTADOS PELOS ÓRGÃOS DE FISCALIZAÇÃO	135/001 – 135/003-135/005 – 135/011 135/010 E 115/002	NÃO	BPA I	PSICÓLOGO
301010048	CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)	CONSULTA CLÍNICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE (EXCETO MÉDICO) DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	NÃO	NÃO	BPA I	TODOS
301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CONSULTA CLÍNICA DO PROFISSIONAL MÉDICO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	NÃO	NÃO	BPA I	MÉDICOS
301010137	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR	CONSISTE NA CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR REALIZADA POR PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR À PACIENTE EM ATENÇÃO DOMICILIAR.	NÃO	NÃO	BPA I	ENFERMEIRO, FISIOTERapeuta, FONOTERapeuta, PSICOLOGIA, AS
301010161	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	SEM DESCRIÇÃO	NÃO	NÃO	BPA I	MÉDICO, PSICOLOGIA, NUTRIÇÃO, TODOS
301040036	TERAPIA EM GRUPO	ATIVIDADE PROFISSIONAL EXECUTADA POR PROFISSIONAL DE NIVEL SUPERIOR EM GRUPO DE PACIENTES (GRUPO OPERATIVO; TERAPEUTICO), COMPOSTO POR NO MINIMO 05 (CINCO) E NO MAXIMO 15 (QUINZE) PACIENTES, COM DURACAO MEDIA DE 60 (SESSENTA) MINUTOS, REALIZADO POR PROFISSIONAL COM FORMACAO PARA UTILIZAR ESTA MODALIDADE DE ATENDIMENTO.	NÃO	NÃO	BPA I C	PSIQUIATRA, FONOTERapeuta, PSICOLOGIA, AS
301040044	TERAPIA INDIVIDUAL	ATIVIDADE PROFISSIONAL TERAPEUTICA INDIVIDUAL, COM DURACAO MEDIA DE 60 (SESSENTA) MINUTOS, REALIZADA POR PROFISSIONAL COM FORMACAO PARA UTILIZAR ESTA MODALIDADE DE ATENDIMENTO.	NÃO	NÃO	BPA I	PSIQUIATRA, FONOTERapeuta, PSICOLOGIA, AS
301060100	ATENDIMENTO ORTOPEDICO COM IMOBILIZACAO PROVISORIA	COMPREENDE A CONSULTA MÉDICA E A REALIZAÇÃO IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA. NO CASO DE REALIZAÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO (RAIO X) PARA ESTE ATENDIMENTO, ESTE DEVE SER REGISTRADO EM SEPARADO COM O REGISTRO DO CÓDIGO PRÓPRIO DE CADA TIPO DE EXAME EXISTENTE NO SIGTAP.	NÃO	NÃO	BPA I	MÉDICO ORTOPEDISTA
301070024	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA	DESTINA-SE AO TREINAMENTO PARA UTILIZACAO DE RECURSOS ALTERNATIVOS DE COMUNICACAO, VISANDO A AQUISIÇÃO DE HABILIDADES QUE FAVOREÇAM A REINSERÇÃO SOCIAL DO PACIENTE.	135/001 - 135/002 – 135/003 - 135/004- 135/005 - 135/010) SAD/EMAP	NÃO	BPA I	NEUROLOGIA, ENFERMEIRO, FISIOTERapeuta, FONOTERapeuta, PSICOLOGIA, PEDAGOGIA, AS
301070032	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL	CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO PERIÓDICO DE PACIENTES PROTETIZADOS, UNI OU BILATERALMENTE, POR FONOAUDIOLÓGO E/OU OTORRINOLARINGOLOGISTA.	135/005 135/010	SIM	APAC	ORL E FONOTERapeuta

301070040	ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO	DESTINA-SE A REEDUCAÇÃO DAS FUNÇÕES COGNITIVAS, SENSORIAIS E EXECUTIVAS DO PACIENTE.	135/001-135/002 – 135/003 – 135/005 – 135/010 135/011 E Atenção psicossocial	NÃO	BPA I	NEURO, FISIO/FONO/TO/P SICO/PED AGOGO/ AS
301070059	ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGOGICO DE PACIENTE EM REABILITACAO	DESTINA-SE A ELABORACAO DE SITUACAO DE ENSINO QUE FAVORECA A SUPERACAO DA DIFICULDADE APRESENTADA PELO PACIENTE COM DEFICIT DE APRENDIZAGEM.	NÃO	NÃO	BPA I	NEURO FISIO FONOTO, PSICO, PEDAGOGO PSICOPE DAGOGO , AS
301070067	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MULTIPLAS DEFICIÊNCIAS	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL QUE CONSISTE NA ADAPTAÇÃO DE RECURSO OPTICOS E NÃO OPTICOS NO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADE PARA A EXECUÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA FAVORECER O DESENVOLVIMENTO GLOBAL DO PACIENTE COM MULTIPLAS DEFICIÊNCIAS.	135/001 – 135/002-135/003 – 135/005 135/010 SAD/EMAP	NÃO	BPA I	TODOS
301070075	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	DESTINA-SE AO ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO, ESTIMULAÇÃO, ORIENTAÇÃO RELACIONADOS AO NEURODESENVOLVIMENTO POR MEIO DA UTILIZAÇÃO DE RECURSOS FÍSICOS, COMPORTAMENTAIS, PRÁTICAS INTEGRATIVAS, ENTRE OUTRAS, VISANDO A AQUISIÇÃO DE HABILIDADES E DESENVOLVIMENTO DE FUNÇÕES COGNITIVAS, MOTORAS, SENSORIAIS E EXECUTIVAS, PARA A INCLUSÃO SOCIAL DO PACIENTE	135/001 – 135/002-135/003 – 135/005 – 135/009 E 135/010	NÃO	BPA I	FISIO; TO; PEDAGOGO; AS, FONOT, PSICO
301070083	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA I P/ PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (POR OFICINA)	ATENDIMENTO REALIZADO EM GRUPO (MÍNIMO DE 02, MÁXIMO DE 04 PESSOAS), POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. ESTÃO INCLUÍDAS TODAS AS AÇÕES INERENTES. O REGISTRO DEVE SER POR NÚMERO DE OFICINAS REALIZADAS POR MÊS.	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 135/010	NÃO	BPA I	FISIO/FONO/TO/ MÉDICOS , AS, PSICO E ENFERMEIRO
301070091	ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEUTICA II P/ PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (POR OFICINA)	ATENDIMENTO REALIZADO EM GRUPO (MINIMO DE 05, MAXIMO DE 15 PESSOAS), POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. ESTAO INCLUIDAS TODAS AS ACOES INERENTES.O REGISTRO DEVE SER POR N DE OFICINAS REALIZADAS/NÃO.	135/003 – 135/11	NÃO	BPA I	FISIO/FONO/TO/ MÉDICOS / PSICO; AS E ENFERMEIRO
301070105	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITACAO FISICA (1 TURNO PACIENTE-DIA – 15 ATENDIMENTOS-NÃO)	CONSISTE NO ATENDIMENTO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ESPECIALIZADA EM REABILITACAO NAS DEFICIENCIAS FISICAS (MOTORA E SENSORIO MOTORA), EM REGIME DE UM TURNO. COMPREENDE UM CONJUNTO DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS E OU EM GRUPO REALIZADOS POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.	135/003 E 135/011	SIM	BPA I	TODOS
301070113	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL	HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ÁREAS DE LINGUAGEM, MOTRICIDADE OROFACIAL, VOZ E AUDIÇÃO.	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005, 135/010; SAD E EMAP	NÃO	BPA I	FONO
301070121	TRATAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITACAO FISICA (1 TURNO PACIENTE-DIA – 20 ATENDIMENTOS-NÃO)	CONSISTE NO ATENDIMENTO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADA EM REABILITACAO NAS DEFICIENCIAS FISICAS (MOTORAS E SENSORIO MOTORAS), EM REGIME DE 1 TURNO. COMPREENDE UM CONJUNTO DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS E/ OU EM GRUPOS REALIZADOS POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR. INCLUI QUANDO NECESSARIO A PRESCRICAO, AVALIACAO, ADEQUACAO, TREINAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA DISPENSACAO DE ORTESES, PROTESES E/OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOCCAO E ORIENTACAO FAMILIAR.	135/003 E 135/011	SIM	BPA I	TODOS

301070130	TRATAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM REABILITACAO FISICA (2 TURNOS PACIENTE-DIA – 20 ATENDIMENTOS-NÃO)	CONSISTE NO ATENDIMENTO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR ESPECIALIZADA EM REABILITACAO NAS DEFICIENCIAS FISICAS (MOTORAS E SENSORIO MOTORAS), EM REGIME DE 2 TURNOS, COM O FORNECIMENTO DE UMA REFEICAO DIARIA, INCLUSIVE PARA ACOMPANHANTE. COMPREENDE UM CONJUNTO DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS E/ OU EM GRUPOS REALIZADOS POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E MULTIDISCIPLINAR. INCLUI QUANDO NECESSARIO A PRESCRICAO, AVALIACAO, ADEQUACAO, TREINAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA DISPENSACAO DE ORTESES, PROTESES E/OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOCAO E ORIENTACAO FAMILIAR.	135/ 003 E 135/011	SIM	BPA I	TODOS
301070148	TREINO DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE	CONSISTE NO TREINO DA PESSOA COM CEGUEIRA QUANTO A ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE PARA INDEPENDENCIA NA LOCOMOÇÃO EXPLORAÇÃO DE MEIO AMBIENTE, UTILIZANDO PERCEPÇÕES TÁTIL, SINESTÉSICA, AUDITIVA,OLFATIVA E VISUAL.	135/001	SIM	BPA I	FISIO/TO /PSICOPE DAGOGO /EDUCAD OR FISICO
301070156	AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM DEFICIÊNCIA VISUAL	AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE DESENVOLVIMENTO GLOBAL E FUNCIONAL DA VISÃO QUE CONSISTE NA AVALIAÇÃO DAS RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS FRENTE A ESTÍMULOS E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA PARA DIMENSIONAR O GRAU DE PERDA VISUAL E O USO DA VISÃO RESIDUAL COM A ADAPTAÇÃO DE RECURSOS ÓPTICOS E NÃO ÓPTICOS.	135/001	SIM	BPA I	FISIO/TO /FONO/O FTALMO/ PSICOPE DAGOGO /EDUCAD OR FISICO...
301070164	ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO VISUAL	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL QUE CONSISTE NO DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PARA A EXECUÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA FAVORECER O DESENVOLVIMENTO GLOBAL DO PACIENTE; ORIENTAÇÕES À FAMILIA E A ESCOLA; TREINO E ORIENTAÇÕES PARA USO DE AUXILIOS ÓPTICOS E NÃO ÓPTICOS.	135/001	SIM	BPA I	FISIO/TO /FONO/P SICO/AS/ PSICOPE DAGOGO /EDUCAD OR FISICO...
301070202	ESTIMULAÇÃO PRECOCE PARA DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR	DESTINA-SE AO REGISTRO DE AÇÃO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADO AO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DA CRIANÇA.	NÃO	NÃO	BPAI	FISIO/FO NO/TO/P SICO/MÉ DICO
301070210	REABILITAÇÃO DE PACIENTES PÓS COVID-19	COMPREENDE O ATENDIMENTO MENSAL PARA AS AÇÕES NECESSÁRIAS PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES QUE APÓS INFECÇÃO PELO SARS-COV-2 APRESENTEM ALTERAÇÕES NEUROFUNCIONAIS E/OU NUTRICIONAIS E/OU NEUROLÓGICAS E/OU MUSCULOESQUELÉTICAS E/OU COGNITIVAS, SENSORIAIS E EXECUTIVAS, QUE IMPACTAM NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD) E NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD); QUE GEREM ALTERAÇÕES NA CAPACIDADE FUNCIONAL, INCLUSIVE DA MUSCULATURA OROFACIAL, NA FUNÇÃO MENTAL, COGNITIVA E PSICOLÓGICA DO INDIVÍDUO PÓS QUADRO DE COVID-19. DESTACA-SE QUE O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INFECÇÃO PELO SARS-COV-2 ANTERIOR AO INÍCIO DAS MANIFESTAÇÕES É OBRIGATÓRIO PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO. (1 TURNO PACIENTEDIA – 20	135/003 - 135/011	NÃO	BPAI	MEDICOS
301070229	REABILITAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA DE PACIENTES PÓS COVID-19	COMPREENDE O ATENDIMENTO MENSAL PARA AS AÇÕES NECESSÁRIAS PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES QUE APÓS INFECÇÃO PELO SARS-COV-2 APRESENTEM ALTERAÇÕES ARDIORRESPIRATÓRIAS QUE IMPACTAM NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD) E NAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVD) E QUE GEREM ALTERAÇÕES NA CAPACIDADE FUNCIONAL DO INDIVÍDUO PÓS QUADRO DE COVID-19. DESTACA-SE QUE O DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INFECÇÃO PELO SARS-COV-2 ANTERIOR AO INÍCIO DAS MANIFESTAÇÕES É OBRIGATÓRIO PARA REALIZAÇÃO DESTE PROCEDIMENTO. (1 TURNO PACIENTE- DIA – 20 ATENDIMENTOS-MÊS)	135/003 E 135/011	NÃO	BPA I	FISIO
301070237	TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO FÍSICA	CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO, ATENDIMENTO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÕES REALIZADAS À DISTÂNCIA POR MEIO DE TECNOLOGIA DA INFORMACAO E COMUNICACAO (TIC) UTILIZANDO MÉTODOS SÍNCRONOS DESTINADOS A PACIENTES QUE APRESENTEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS INSERIDOS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FÍSICA QUE	135/003- 135/011	NÃO	BPA I	MEDICO/ TODOS

		TENHAM SIDO SUBMETIDOS PREVIAMENTE À AVALIAÇÃO DE FORMA PRESENCIAL				
301070245	TELETENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO VISUAL	CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO, ATENDIMENTO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÕES REALIZADAS À DISTÂNCIA POR MEIO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) UTILIZANDO MÉTODOS SÍNCRONOS DESTINADOS A PACIENTES QUE APRESENTEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS INSERIDOS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO VISUAL QUE TENHAM SIDO SUBMETIDOS PREVIAMENTE À AVALIAÇÃO DE FORMA PRESENCIAL	135/001	NÃO	BPA I	MEDICO/TODOS
301070253	TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO AUDITIVA	CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO, ATENDIMENTO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÕES REALIZADAS À DISTÂNCIA POR MEIO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) UTILIZANDO MÉTODOS SÍNCRONOS DESTINADOS A PACIENTES QUE APRESENTEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS INSERIDOS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA QUE TENHAM SIDO SUBMETIDOS PREVIAMENTE À AVALIAÇÃO DE FORMA PRESENCIAL	135/005 135/010	NÃO	BPA I	MEDICO/TODOS
301070261	TELEATENDIMENTO/TELEMONITORAMENTO EM REABILITAÇÃO INTELCTUAL	CONSISTE NO ACOMPANHAMENTO, ATENDIMENTO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÕES REALIZADAS À DISTÂNCIA POR MEIO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) UTILIZANDO MÉTODOS SÍNCRONOS DESTINADOS A PACIENTES QUE APRESENTEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS INSERIDOS EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO INTELCTUAL QUE TENHAM SIDO SUBMETIDOS PREVIAMENTE À AVALIAÇÃO DE FORMA PRESENCIAL	135/002	NÃO	BPA I	MEDICO/TODOS
301070270	MATRICIAMENTO DE EQUIPES DOS OUTROS PONTOS E NÍVEIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	APOIO SISTEMÁTICO ÀS EQUIPES DOS OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, PARA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, POR MEIO DE DISCUSSÕES DE CASOS E DO PROCESSO DE TRABALHO, ATENDIMENTO COMPARTILHADO, AÇÕES INTERSETORIAIS NO TERRITÓRIO, E CONTRIBUA NO PROCESSO DE COGESTÃO E CORRESPONSABILIZAÇÃO NA CONDUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, PODENDO SER REALIZADO À DISTÂNCIA POR MEIO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) UTILIZANDO MÉTODOS SÍNCRONOS	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 135/010 E 135/011	NÃO	BPA I	MEDICO/TODOS
301070288	ALTA POR OBJETIVOS TERAPÊUTICOS ALCANÇADOS DA REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	CONSISTE NA ALTA QUALIFICADA APÓS AVALIAÇÃO GLOBAL PELA EQUIPE DE REABILITAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA QUANTO AO ALCANCE DOS OBJETIVOS ESTABELECIDOS NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 – 135/010 E 135/011	NÃO	BPA I	MEDICO/TODOS
030107029-6	ESTIMULAÇÃO PRECOCE RELACIONADA AO NEURODESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Destina-se ao registro de ação de estimulação precoce relacionada ao neurodesenvolvimento da criança realizada pelas equipes multiprofissionais da atenção especializada.	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 -	NÃO	BPA I	TP/FISIO/PSICO/FONO/NEURO/PSQ
03.01.07.030-0	ATENDIMENTO DE FAMILIARES, CUIDADORES E/OU ACOMPANHANTES DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Ações individuais ou coletivas voltadas para o acolhimento, compartilhamento de experiências e informações entre os familiares, cuidadores e/ou acompanhantes de pessoas com deficiência e a equipe multiprofissional de reabilitação, visando a melhoria da qualidade de vida, estímulo à comunicação, socialização, e atendimento das suas demandas, sejam elas decorrentes ou não do cuidado com a pessoa com deficiência.	135/001 – 135/002 – 135/003 – 135/005 -	NÃO	BPA I	MEDICO/TODOS
301080160	ATENDIMENTO EM PSICOTERAPIA DE GRUPO	CONSISTE NO ATENDIMENTO EM GRUPO (NO MÍNIMO 05 E NO MÁXIMO 15 PACIENTES) REALIZADO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE MENTAL DE ACORDO COM PROJETO TERAPÊUTICO ESPECÍFICO. DESTINA-SE PARTICULARMENTE AOS PACIENTES COM OS CHAMADOS TRANSTORNOS MENTAIS MENORES.	135/001 – 135/003 – 135/005 – 135/010 E 135/011	NÃO	BPA C	PISQUIATRA E PSICO
301100039	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	ESTE PROCEDIMENTO DESTINA-SE A AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL QUANDO NÃO FAZ PARTE DA CONSULTA.	NÃO	NÃO	BPA I	ENFERMEIRO
301100063	CUIDADOS C/ ESTOMAS	AVALIAÇÃO DO PACIENTE COM ESTOMA (ORIFÍCIO CRIADO CIRURGICAMENTE NA BEXIGA, ÍLEO OU COLON PARA A PASSAGEM TEMPORÁRIA OU PERMANENTE DE URINA E FEZES), COMPREENDENDO A MENSURAÇÃO DO ESTOMA, RECONHECIMENTO DE ALTERAÇÕES DO ESTOMA E DA ÁREA PERIESTOMA, ADAPTAÇÃO E TROCAS DE DISPOSITIVOS	NÃO	NÃO	BPA I	ENFERMEIRO

		COLETORES DOS EXCREMENTOS. APOIO EMOCIONAL E ACOES DE EDUCACAO EM SAUDE AOS PACIENTES E SEUS FAMILIARES.				
03.01.10.028-4	CURATIVO SIMPLES	CONSISTE EM CURATIVOS FEITOS EM FERIDAS SIMPLES, QUE SÃO PEQUENOS FERIMENTOS NOS QUAIS NÃO OCORRE PERDA DE TECIDOS NEM CONTAMINAÇÃO GROSSEIRA. AQUI ESTÁ INCLuíDA A MAIORIA DAS FERIDAS PRODUZIDAS POR ACIDENTES DOMÉSTICOS, LACERAÇÕES DISCRETAS, FERIDAS CORTANTES PEQUENAS/SUPERFICIAIS OU FERIDAS CIRÚRGICAS SIMPLES NO ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO	NÃO	NÃO	BPA I	ENFERMEIRO
302030018	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS CENTRAIS C/ COMPROMETIMENTO SISTÊMICO	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO QUE VISA A ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA, ALTERAÇÕES DO TÔNUS MUSCULAR, ALTERAÇÕES SENSORIAL E/OU PERCEPTUAL, TREINAMENTO DAS ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO, COORDENAÇÃO MOTORA, MARCHA REEDUCAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA	135/001 – 135/ 004	NÃO	BPA I	FISIO
302030026	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES OCULOMOTORAS PERIFÉRICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO QUE VISA A ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA, ALTERAÇÕES DO TÔNUS MUSCULAR, ALTERAÇÕES SENSORIAL E/OU PERCEPTUAL, TREINAMENTO DAS ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO, COORDENAÇÃO MOTORA, MARCHA REEDUCAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 05 PROCEDIMENTOS/DIA	135/001 – 135/ 004	NÃO	BPA I	FISIO
302040013	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO C/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO DE NATUREZA CLÍNICA OU PRÉ/PÓS CIRÚRGICA, COM DISFUNÇÃO PULMONAR E INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, NECESSITANDO DE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E/OU VENTILÓ-RESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO AMBULATORIALMENTE É DE 20 PROCEDIMENTOS/MÊS E NA INTERNAÇÃO É DE 05 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003-135/ 011	NÃO	BPA I	FISIO
302040021	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	CONSISTE NA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM TRANSTORNO RESPIRATÓRIO CLÍNICO, REQUERENDO REEXPANSIBILIDADE PULMONAR E REEDUCAÇÃO DA CINESIA RESPIRATÓRIA, PROPORCIONANDO A BOA FUNÇÃO RESPIRATÓRIA E FAVORECENDO A MELHORA NA CAPACIDADE FÍSICA GERAL. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/ MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 - 135/011 ; SAD; FISIO	NÃO	BPA I	FISIO
302040030	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA PREVENÇÃO DA CINÉTICA-VASCULAR AOS EFEITOS DA IMOBILIDADE PROLONGADA E RECONDICIONAMENTO CARDIOVASCULAR. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/MÊS E NA INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA.	126/004 E SAD	NÃO	BPA I	FISIO
302040048	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE PRÉ/PÓS CIRURGIA CARDIOVASCULAR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO OBJETIVANDO A PREVENÇÃO DE DISFUNÇÃO DA CINÉTICA-VASCULAR AOS EFEITOS DA IMOBILIDADE PROLONGADA E FAVORECENDO A RESTAURAÇÃO DO CONDICIONAMENTO CARDIOVASCULAR, NECESSITANDO DE MONITORIZAÇÃO CARDÍACA E/OU VENTILÓ-RESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 05 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 – 135/ 011 E FISIO	NÃO	BPA I	FISIO

302040056	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DISFUNÇÕES VASCULARES PERIFÉRICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA PREVENIR E/OU TRATAR A TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP), FAVORECER A ABSORÇÃO DO EXCESSO DE FLUIDO INTERSTICIAL, EVITAR OS EFEITOS DELETÉRIOS DA IMOBILIDADE, DIMINUIR A RESISTÊNCIA VASCULAR E AUMENTAR O FLUXO SANGUÍNEO PERIFÉRICO REDUZINDO A ESTASE CIRCULATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/ MÊS E NA INTERNAÇÃO O QUANTITATIVO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 – 135/ 011 E FISIO	NÃO	BPA I	FISIO
302050019	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO NAS DISFUNÇÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO, VISANDO O PREPARO PARA A CIRURGIA E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS, MOTORAS E CIRCULATÓRIAS. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/ MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 – 135/ 011 E FISIO	NÃO	BPA I	FISIO
302050027	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM ALTERAÇÕES MOTORAS DE ORIGEM TRAUMATOLÓGICA, ORTOPÉDICAS. REUMATOLÓGICAS, HEMATOLÓGICA, INFECCIOSA VISANDO O PREPARO PARA A CIRURGIA E MINIMIZANDO E TRATANDO AS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS, MOTORAS E CIRCULATÓRIAS. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA	135/003 – 135/011 ; SAD; FISIO	NÃO	BPA I	FISIO
302060014	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO, VISANDO MANUTENÇÃO DO TÔNUS MUSCULAR, MINIMIZANDO AS ALTERAÇÕES SENSORIAL E/OU PERCEPTUAL, TREINAMENTO DAS ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO, COORDENAÇÃO MOTORA, MARCHA E REEDUCAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 - 135/011 ; SAD; FISIO	NÃO	BPA I	FISIO
302060022	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS C/COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES NO PRÉ-OPERATÓRIO, PÓS-OPERATÓRIO OU CLÍNICA QUE APRESENTAM COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS, VISANDO MANTER A CAPACIDADE FÍSICA NÃO ACOMETIDA, EVITAR COMPLICAÇÕES DA IMOBILIZAÇÃO, ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA E MAXIMIZAR A FUNÇÃO RESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/ MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 05 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 – 135/011 ; SAD; FISIO	NÃO	BPA I	FISIO
302060030	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS DESDESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES QUE APRESENTAM ALTERAÇÕES DE CONTROLE SENSORIO MOTOR, VISANDO A ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA, ALTERAÇÕES DO TÔNUS MUSCULAR, ALTERAÇÕES SENSORIAL E/OU PERCEPTUAL, TREINAMENTO DAS ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO, COORDENAÇÃO MOTORA, MARCHA REEDUCAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS/MÊS NA INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 – 135/ 011 E FISIO	NÃO	BPA I	FISIO
302060049	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ COMPROMETIMENTO COGNITIVO	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES QUE APRESENTAM ALTERAÇÕES DE CONTROLE SENSORIO MOTOR SEM CONDIÇÃO DE PARTICIPAÇÃO, VISANDO A ESTIMULAÇÃO SENSORIO-MOTORA E COGNITIVA, ALTERAÇÕES DO TÔNUS MUSCULAR, SENSORIAL E/OU PERCEPTUAL, TREINAMENTO DAS ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO, COORDENAÇÃO MOTORA E MARCHA REEDUCAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS/MÊS	135/002 – 135/003 – 135/ 011 E FISIO	NÃO	BPA I	FISIO

302060057	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE NO PRÉ/PÓS-OPERATÓRIO DE NEUROCIRURGIA	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO, VISANDO O PREPARO PARA A CIRURGIA E REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES, MINIMIZANDO E TRATANDO COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS RESPIRATÓRIAS, MOTORAS E CIRCULATÓRIAS. A INDICAÇÃO DO QUANTITATIVO A SER REALIZADO NA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL É DE NO MÁXIMO 20 PROCEDIMENTOS POR PESSOA/MÊS E PARA A INTERNAÇÃO É DE 03 PROCEDIMENTOS/DIA	135/003 – 135/011) E FÍSIO	NÃO	BPA I	FÍSIO
303050020	EXERCÍCIOS ORTOPTICOS	ESTE PROCEDIMENTO DEVE SER REGISTRADO POR SESSÃO, NO MÁXIMO 10 (DEZ) SESSÕES NO MÊS	131/002	NÃO	BPA I	TO, OFTALMO
303090081	REVISÃO C/ IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA EM LESÃO DA COLUNA VERTEBRAL	PROCEDIMENTO QUE CONSISTE NO TRATAMENTO CONTINUADO DE LESÕES DA COLUNA VERTEBRAL COM COLETES NÃO-CONVENCIONAIS	NÃO	NÃO	BPA I	ORTOPEDISTA E NEURO
303090260	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO DE MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS	PROCEDIMENTO QUE CONSISTE NO TRATAMENTO CONTINUADO DE LESÃO DO MECANISMO EXTENSOR DOS DEDOS, INCLUINDO A INSTALAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO E/OU ÓRTESE, COM AS DEVIDAS MANIPULAÇÕES, SE FOR O CASO	NÃO	NÃO	BPA I	ORTOPEDISTA
303090286	TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO LIGAMENTAR EM MEMBRO C/ IMOBILIZAÇÃO	PROCEDIMENTO QUE CONSISTE NO TRATAMENTO CONTINUADO DE LESÃO LIGAMENTAR EM MEMBROS, INCLUINDO A INSTALAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO E/OU ÓRTESE, COM AS DEVIDAS MANIPULAÇÕES, SE FOR O CASO	NÃO	NÃO	BPA I	ORTOPEDISTA E FISIATRA
309050014	SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSAS / MOXA	TÉCNICA TERAPÊUTICA DE ORIGEM ORIENTAL QUE ESTIMULA OS PONTOS DE ACUPUNTURA POR MEIO DE AQUECIMENTO OBTIDO COM A QUEIMA DE ERVAS MEDICINAIS APROPRIADAS, APLICADAS, EM GERAL, DE MODO INDIRETO SOBRE A PELE (MOXA) OU POR SUÇÃO NOS CANAIS DE ENERGIA (MERIDIANOS) POR VÁCUO, OBTIDA COM RECIPIENTE DE VIDRO OU PLÁSTICO UTILIZADO PARA ADERIR À SUPERFÍCIE DA PELE (VENTOSA). POR MEIO DE INTENSO RELAXAMENTO, CONCENTRAÇÃO E/OU FOCO, INDUZ A PESSOA A ALCANÇAR UM ESTADO DE CONSCIÊNCIA AUMENTADO QUE PERMITA ALTERAR UMA AMPLA GAMA DE CONDIÇÕES OU COMPORTAMENTOS INDESEJADOS COMO MEDOS, FOBIAS, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANGIÚSTIA, ESTRESSE, DORES CRÔNICAS	135/001 - 135/002 – 135/003 – 135/005 135-010; 135/011 ; SAD, EMAP, PICS	NÃO	BPA I	TODOS
309050022	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS	TECNOLOGIA DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE QUE FAZ PARTE DOS RECURSOS TERAPÊUTICOS DA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA (MTC) E ESTIMULA PONTOS ESPALHADOS POR TODO O CORPO, AO LONGO DOS MERIDIANOS, POR MEIO DA INSERÇÃO DE FINAS AGULHAS FILIFORMES METÁLICAS, VISANDO À PROMOÇÃO, À MANUTENÇÃO E À RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, BEM COMO À PREVENÇÃO DE AGRAVOS E DOENÇAS. POR MEIO DE INTENSO RELAXAMENTO, CONCENTRAÇÃO E/OU FOCO, INDUZ A PESSOA A ALCANÇAR UM ESTADO DE CONSCIÊNCIA AUMENTADO QUE PERMITA ALTERAR UMA AMPLA GAMA DE CONDIÇÕES OU COMPORTAMENTOS INDESEJADOS COMO MEDOS, FOBIAS, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANGIÚSTIA, ESTRESSE, DORES CRÔNICAS	135/001 - 135/002 – 135/003 – 135/005 135-010; 135/011 ; SAD, EMAP, PICS	NÃO	BPA I	TODOS
309050030	SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO	TÉCNICA TERAPÊUTICA QUE CONSISTE NA APLICAÇÃO DE AGULHAS CONECTADAS A ELETRODOS, TRANSMITINDO ESTÍMULOS ELÉTRICOS DE BAIXA FREQUÊNCIA NOS PONTOS DE ACUPUNTURA. A ELETROESTIMULAÇÃO É OBTIDA POR ESTÍMULOS ELÉTRICOS COM FORMATOS DE ONDA ESPECÍFICOS, DE FREQUÊNCIA VARIÁVEL DE 1 HZ A 1.000 HZ, DE BAIXA VOLTAGEM E BAIXA AMPERAGEM, PRODUZIDOS POR APARELHO PRÓPRIO, QUE, NA MEDICINA TRADICIONAL CHINESA, SÃO APLICADOS NAS ZONAS NEURORREATIVAS DE ACUPUNTURA POR MEIO DE INTENSO RELAXAMENTO, CONCENTRAÇÃO E/OU FOCO, INDUZ A PESSOA A ALCANÇAR UM ESTADO DE CONSCIÊNCIA AUMENTADO QUE PERMITA ALTERAR UMA AMPLA GAMA DE CONDIÇÕES OU COMPORTAMENTOS INDESEJADOS COMO MEDOS, FOBIAS, INSÔNIA, DEPRESSÃO, ANGIÚSTIA, ESTRESSE, DORES CRÔNICAS	135/001 - 135/002 – 135/003 – 135/005 135-010; 135/011 ; SAD, EMAP, PICS	NÃO	BPA I	TODOS

309050049	SESSÃO DE AURICULOTERAPIA	TÉCNICA TERAPÊUTICA QUE PROMOVE A REGULAÇÃO PSÍQUICO-ORGÂNICA DO INDIVÍDUO POR MEIO DE ESTÍMULOS NOS PONTOS ENERGÉTICOS LOCALIZADOS NA ORELHA – ONDE TODO O ORGANISMO SE ENCONTRA REPRESENTADO COMO UM MICROSSISTEMA. A ACUPUNTURA AURICULAR OU AURICULOTERAPIA ESTIMULA AS ZONAS NEURORREATIVAS POR MEIO DE AGULHAS, ESFERAS DE AÇO, OURO, PRATA, PLÁSTICO, OU SEMENTES DE MOSTARDA, PREVIAMENTE PREPARADAS PARA ESSE FIM	NÃO	NÃO	BPA I	TODOS
-----------	---------------------------	--	-----	-----	-------	-------

PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	DESCRIPTIVO	SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO	HABILITAÇÃO?	REGISTRO	CBO
701010010	ANDADOR FIXO / ARTICULADO EM ALUMINIO C/ QUATRO PONTEIRAS.	ANDADOR FIXO / ARTICULADO EM ALUMINIO, REGULAVEL NA ALTURA, PUNHADEIRA EM BORRACHA OU ESPUMA RECOBERTA, COM QUATRO (4) PONTEIRAS DE BORRACHA RESISTENTES.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDESTA
701010029	CADEIRA DE RODAS ADULTO / INFANTIL (TIPO PADRAO)	CADEIRA DE RODAS TIPO PADRÃO (INFANTIL/JUVENIL/ADULTO) DE ALUMÍNIO/LIGA METÁLICA/AÇO, CROMADA OU COM PINTURA ELETROSTÁTICA; DOBRÁVEL; BRACOS REMOVÍVEIS OU ESCAMOTEÁVEIS; ENCOSTO PADRÃO EM NYLON OU COURO RESISTENTE, ACENTO EM TECIDO DE NYLON OU COURO SINTÉTICO, COM ALMOFADA EM ESPUMA DE ALTA DENSIDADE COM NO MÍNIMO 03 (TRÊS) CM DE ESPESSURA, FORRADA COM MESMO TECIDO E VELCRO PARA FIXAÇÃO; GRANDES RODAS TRASEIRAS COM AROS DE PROPULSÃO, PNEUS TRASEIROS MACIÇOS OU INFLÁVEIS; FREIO BILATERAL; PEQUENAS RODAS DIANTEIRAS COM PNEUS MACIÇOS OU INFLÁVEIS COM ROLAMENTOS BLINDADOS NOS EIXOS; PEDAIS COM REGULAGEM DE ALTURA E REBATÍVEIS, PODENDO SER REMOVÍVEIS OU NÃO, PODENDO SER GIRATÓRIOS OU NÃO, PODENDO SER ELEVÁVEIS OU NÃO;SUPORTE PARA PANTURRILHAS E/OU POSTERIOR AO CALCANHAR; COM OU SEM RODA ANTI-TOMBO, COM QUICK RELEASE NAS RODAS TRASEIRAS. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001	NÃO	BPA I: (MS) APAC: (SMS)	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDESTA
701010037	CADEIRA DE RODAS P/ BANHO C/ ASSENTO SANITARIO	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ASSENTO SANITARIO, CONFECCIONADA EM ALUMINIO OU ACO TUBULAR, PINTURA ELETROSTATICA, ESTRUTURA A PERMITIR O ENCAIXE SOBRE VASO SANITARIO NORMAL. BRACOS FIXOS ENCOSTO PADRAO, PROVIDAS DE QUATRO RODAS PEQUENAS, COM PNEUS MACICOS, SENDO AS TRASEIRAS FIXAS E DIANTEIRAS GIRATORIAS, FREIO BILATERAL COM SISTEMA ESTICADOR, APOIO PARA OS PES.	164/001	NÃO	BPA I: (MS) APAC: (SMS)	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDESTA
701010045	CADEIRA DE RODAS P/ TETRAPLEGICO - TIPO PADRAO	CADEIRA DE RODAS CONFECCIONADA EM TUBOS DE ALUMÍNIO / LIGA METÁLICA / AÇO, CROMADA OU COM PINTURA ELETROSTÁTICA, DOBRÁVEL OU DESMONTÁVEL, BRACOS REMOVÍVEIS COM OU SEM REGULAGEM DE ALTURA, MANOPLA (OU PUNHO) COM OU SEM AJUSTE DE ALTURA, APOIO DE CABEÇA REGULÁVEL EM ALTURA E PROFUNDIDADE, ENCOSTO RECLINÁVEL EM NYLON OU COURO RESISTENTE; CINTO OBRIGATÓRIO (PODENDO SER FAIXA TORÁCICA LARGA ADAPTADA AO ENCOSTO OU CINTO CAMISETA OU CINTO DE QUATRO PONTOS OU CINTO PÉLVICO); ASSENTO EM TECIDO NYLON OU COURO SINTÉTICO, ALMOFADA EM ESPUMA DE ALTA DENSIDADE COM, NO MÍNIMO, 3 CM DE ESPESSURA, FORRADA COM MESMO TECIDO E VELCRO PARA FIXAÇÃO; GRANDES RODAS TRASEIRAS COM OU SEM AROS DE PROPULSÃO E COM OU SEM PINOS SOBRE OS AROS; FREIO BILATERAL; PNEUS TRASEIROS MACIÇOS OU INFLÁVEIS; RODAS DIANTEIRAS COM PNEUS MACIÇOS OU INFLÁVEIS, COM ROLAMENTOS BLINDADOS NOS EIXOS; PEDAIS COM REGULAGEM DE ALTURA E ELEVÁVEIS (ATE EXTENSÃO COMPLETA DOS JOELHOS), REBATÍVEIS, GIRATÓRIOS E REMOVÍVEIS; SUPORTE PARA PANTURRILHAS E /OU POSTERIOR AO CALCANHAR; COM RODAS ANTI-TOMBO;	164/001	NÃO	BPA I: (MS) APAC: (SMS)	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDESTA

		QUICK RELEASE OBRIGATÓRIO NAS RODAS TRASEIRAS E OPCIONAIS NAS DIANTEIRAS. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.				
701010053	CALCADOS ANATOMICOS C/ PALMILHAS P/ PE NEUROPATICOS (PAR)	CALCADOS CONFECCIONADOS COM FORRACAO E SOLADOS ESPECIAIS, PARA REDUZIR PONTOS DE ATRITO OU COMPRESSAO, DOTADOS DE PALMILHAS ESPECIAIS, ATÉ MESMO EM SILICONE, QUE SE ADAPTEM A ANATOMIA PLANTAR.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010061	CALCADOS ORTOPEDICOS CONFECCIONADOS SOB MEDIDA ATE NUMERO 45 (PAR)	CALCADOS ORTOPEDICOS CONFECCIONADOS COM FORRACAO E SOLADOS ESPECIAIS, QUE PODEM OU NAO SEREM ADAPTADOS AS ORTESES OU PALMILHAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010070	CALCADOS ORTOPEDICOS PRE-FABRICADOS C/ PALMILHAS ATE NUMERO 45 (PAR)	CALCADOS ORTOPEDICOS COM CONTRAFORTES RIGIDOS LATERAL OU MEDIALMENTE, PARA MANUTENCAO POSTURAL EM PES COM DESVIOS. QUANDO UTILIZADOS COM ORTESES DE HASTES METALICAS PODEM RECEBER CORREIAS EM T PARA VARUS OU VALGO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010088	CALÇADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA	CALÇADO SOB MEDIDA PARA COMPENSAÇÃO DE DISCREPÂNCIA NO COMPRIMENTO ENTRE MEMBROS INFERIORES ACIMA DE 12 MILÍMETROS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010096	CALCADOS SOB MEDIDA P/ COMPENSACAO DE ENCURTAMENTO ATE NUMERO 33 (PAR)	CALCADOS SOB MEDIDA PARA COMPENSACAO, DE DISCREPANCIA NO COMPRIMENTO ENTRE MEMBROS INFERIORES ACIMA DE 12 MILÍMETROS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010118	BENGALA CANADENSE REGULAVEL EM ALTURA (PAR)	BENGALA CANADENSE EM ALUMINIO COM BRACADEIRA NAO ARTICULAVEL, REGULAGEM PARA AJUSTAMENTO DA ALTURA. PONTEIRAS EM BORRACHA RESISTENTES (PAR).	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010134	MULETA AXILAR TUBULAR EM ALUMINIO REGULAVEL NA ALTURA (PAR)	MULETA AXILAR TUBULAR DE ALUMINIO, PARA USO PERMANENTE, COM APOIO AXILAR EMBORRACHADO, INJETADO OU ALMOFADADO, MANOPLAS DE ALTURA REGULAVEIS, HASTES DUPLAS DE COMPRIMENTO AJUSTAVEIS NA ALTURA. PONTEIRAS DE BORRACHA RESISTENTES.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010142	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA (PAR)	PALMILHAS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010150	PALMILHAS P/ PES NEUROPATICOS CONFECCIONADAS SOB MEDIDA P/ ADULTOS OU CRIANCAS (PAR)	PALMILHAS ESPECIAIS PARA PES NEUROPATICOS, CONFECCIONADOS SOB MEDIDA. (PAR).	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010169	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES ATE O NUMERO 33 (PAR)	PALMILHAS PARA SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES EM COURO E EVA, ATE O NUMERO TRINTA E TRES (33).	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010177	PALMILHAS P/ SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES NUMEROS ACIMA DE 34 (PAR)	PALMILHAS PARA SUSTENTACAO DOS ARCOS PLANTARES EM COURO E EVA PARA ADULTOS, ACIMA DO NUMERO TRINTA E QUATRO (34).	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010185	ADAPTAÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	REALIZAÇÃO ADAPTAÇÃO DA CADEIRA DE RODAS E CADEIRA DE RODAS E CADEIRA DE BANHO PARA A CONDIÇÃO FUNCIONAL DO USUARIO.	164/002	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010193	MANUTENÇÃO DE OPM AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	REALIZAÇÃO DE MANUTENÇÃO OU REPARO DE PEÇAS DE BENGALA, CADEIRA DE RODAS, CADEIRA DE BANHO MULETA E ANDADOR.	164/002	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA

701010207	CADEIRA DE RODAS MONOBLOCO	CADEIRA DE RODAS CONFECCIONADA SOB MEDIDA, EM TUBOS DE ALUMÍNIO, CROMADO OU COM PINTURA ELETROSTÁTICA, DOBRÁVEL EM L OU FIXA, BRAÇOS REMOVÍVEIS OU ESCAMOTEÁVEIS, PODENDO NÃO TER APOIO DE BRAÇOS, EIXO DE REMOÇÃO RÁPIDA NAS QUATRO RODAS, ENCOSTO E ASSENTO COM ESTOFAMENTO 100% NYLON OU COURO SINTÉTICO RESISTENTE, COM ALMOFADA DE ASSENTO EM ESPUMA DE ALTA DENSIDADE DE NO MÍNIMO 5 CM DE ESPESSURA, FORRADA COM MESMO TECIDO E VELCRO PARA FIXAÇÃO, COM OU SEM FAIXA TORÁCICA (5 -7 CM), COM OU SEM CINTO PÉLVICO; COM OU SEM FAIXA PARA PANTURRILHA, PROTETOR LATERAL DE ROUPA REBATÍVEL COM ABA OU TIPO PARALAMAS, RODAS TRASEIRAS DE 24" COM SOBREIRO DE PROPULSÃO COM OU SEM PINOS, PNEUS TRASEIROS MACIÇOS OU INFLÁVEIS, FREIO BILATERAL, RODAS DIANTEIRAS REMOVÍVEIS DE 5? OU 6" COM PNEUS MACIÇOS OU INFLÁVEIS COM ROLAMENTOS BLINDADOS NOS EIXOS; COM OU SEM RODAS ANTI TOMBO; APOIO PARA PÉS ERGONÔMICO REBATÍVEL OU FIXO, COM ALTURA E ÂNGULO DE INCLINAÇÃO AJUSTÁVEL. QUICK RELEASE OBRIGATÓRIO NAS RODAS TRASEIRAS E OPCIONAIS NAS DIANTEIRAS. CAMBAGEM OPCIONAL. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010215	CADEIRA DE RODAS (ACIMA 90KG)	CADEIRA DE RODAS CONFECCIONADA SOB MEDIDA, EM TUBOS DE ALUMÍNIO, LIGA METÁLICA OU AÇO, CROMADO OU PINTURA ELETROSTÁTICA, DOBRÁVEL EM X OU MONOBLOCO, APOIO PARA BRAÇOS REMOVÍVEIS OU ESCAMOTEÁVEIS. EIXO DE REMOÇÃO RÁPIDA NAS GRANDES RODAS, ENCOSTO E ASSENTO COM ESTOFAMENTO 100% NYLON OU COURO SINTÉTICO RESISTENTE, COM ALMOFADA DE ASSENTO EM ESPUMA DE ALTA DENSIDADE COM NO MÍNIMO 5 CM DE ESPESSURA, FORRADA COM MESMO TECIDO E VELCRO PARA FIXAÇÃO, COM OU SEM FAIXA TORÁCICA (5-7 CM), COM OU SEM CINTO PÉLVICO, COM OU SEM FAIXA PARA PANTURRILHA, PROTETOR LATERAL DE ROUPA, RODAS TRASEIRAS DE 24" COM SOBRE ARO DE PROPULSÃO, PODENDO OU NÃO TER PINOS, PNEUS TRASEIROS MACIÇOS OU INFLÁVEIS, FREIO BILATERAL, RODAS DIANTEIRAS DE 6" OU 8" COM PNEUS MACIÇOS OU INFLÁVEIS COM ROLAMENTOS BLINDADOS NOS EIXOS, APOIO PARA PÉS REBATÍVEIS, PODENDO SER GIRATÓRIOS, PODENDO OU NÃO SER REMOVÍVEIS, APOIO PARA PÉS ELEVÁVEIS OPCIONAL. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO, DEVENDO SER OBSERVADA A TOLERÂNCIA DE PESO DEFINIDA PELO FABRICANTE.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010223	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA ADULTO OU INFANTIL	CADEIRA DE RODAS MOTORIZADA SOB MEDIDA COM CHASSIS EM DURALUMÍNIO TUBULAR SEM SOLDA, DOBRÁVEL EM "X" COM ARTICULAÇÕES, CONEXÕES INJETADAS EM ALUMÍNIO, CONTAINER DE BATERIAS; RODAS TRASEIRAS DE 12? E DIANTEIRAS 8" COM AROS EM NYLON, AMBAS COM PNEUS EM PU SEM CÂMARA NA COR CINZA; RODAS DE APOIO 35 X 17 MM MACIÇAS; EIXOS COM ROLAMENTO BLINDADOS; MOTORIZAÇÃO COM DOIS MOTORES ELÉTRICOS DE CORRENTE CONTÍNUA E IMÃ PERMANENTE DE 200 W CADA, COM SISTEMA DE TRANSMISSÃO ENGENRADA, COM TORQUE PARA TRANSPORTAR UM USUÁRIO DE ATÉ 130 KG. DRIVE MICRO PROCESSADO DE 50A QUE PERMITE ACELERAÇÃO E DESACELERAÇÃO LINEAR E VELOCIDADE DE 0 A 6 KM/H, INSTALADO NO LADO DIREITO OU ESQUERDO JOYSTICK NO PRÓPRIO MÓDULO OU POR CONTROLE MENTONIANO OU POR CONTROLE DE CABEÇA OU POR CONTROLE DE SUGAR/SOPRAR, SISTEMA DE FREIO MOTOR REGENERATIVO, SISTEMA DE FREIO DE ESTACIONAMENTO ELETROMAGNÉTICO, PAINEL DE COMANDO DIGITAL COM TECLAS TENDO AS FUNÇÕES DE LIGA-DESLIGA, LIMITADOR DE VELOCIDADE, INDICADOR DE CARGA E BUZINA; DUAS BATERIAS DE 12 V X 34 A SEM MANUTENÇÃO, QUE POSSIBILITAM AUTONOMIA DE ATÉ 30 KM, RECARREGÁVEIS POR CARREGADOR INTELIGENTE, MICRO PROCESSADO; ASSENTO E ENCOSTO FIXADO SEM USO DE PARAFUSOS, ACOLCHOADOS E REVESTIDOS, APOIO DE BRAÇOS E SUPORTE DOS PÉS REGULÁVEIS, ESCAMOTEÁVEIS E/OU REMOVÍVEIS. ESTOFAMENTO EM TECIDO	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA

		NYLON. ALMOFADA DE ASSENTO PLANA (EM ESPUMA). EQUIPADA COM CINTO DE SEGURANÇA QUE PODE SER DO TIPO QUATRO PONTOS, CAMISETA, FAIXA TORÁCICA OU CINTO PÉLVICO E FAIXA PARA PANTURRILHA. PODENDO TER ENCOSTO RECLINÁVEL SENDO ACOMPANHADO, NESSE CASO, DE 2 RODAS ANTI-TOMBO, APOIO PARA CABEÇA REMOVÍVEL E REGULÁVEL EM ALTURA E/OU PROFUNDIDADE ACOLCHOADO E APOIOS DE PÉS ELEVÁVEIS. PODENDO OU NÃO TER REGULAGEM DE POSICIONAMENTO DE TILT NAS CADEIRAS INFANTIS. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.				
701010231	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO EM CONCHA INFANTIL	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO INFANTIL EM CONCHA EM POLIETILENO COM ABERTURA E MANGUEIRA PARA SAÍDA DE ÁGUA, COM SUPORTE EM ALUMÍNIO, PINTURA EPÓXI, RODAS GIRATÓRIAS E COM TRAVA, COM OU SEM APOIO DE CABEÇA. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO, DEVENDO SER OBSERVADA A TOLERÂNCIA DE PESO DEFINIDA PELO FABRICANTE.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010240	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ENCOSTO RECLINÁVEL	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ASSENTO SANITÁRIO, COM APOIO DE CABEÇA AJUSTÁVEL, CINTO REMOVÍVEL, CINTO PARA PERNAS (FAIXA PARA PANTURRILHAS) E TRONCO REMOVÍVEIS, ENCOSTO RECLINÁVEL REVESTIDO COM TELA DE POLIÉSTER; BASE COM RODAS COM TRAVA. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010258	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ARO DE PROPULSÃO	CADEIRA DE RODAS PARA BANHO COM ASSENTO SANITÁRIO, CONFECCIONADA EM ALUMÍNIO, PINTURA EPÓXI, DESMONTÁVEL, COM ESTRUTURA A PERMITIR O ENCAIXE SOBRE VASO SANITÁRIO CONVENCIONAL. BRAÇOS ESCAMOTEÁVEIS OU REMOVÍVEIS. ENCOSTO PADRÃO, RODAS TRASEIRAS DE 20" OU 24" COM ARO DE PROPULSÃO, PNEUS INFLÁVEIS OU MACIÇOS, E RODAS DIANTEIRAS MACIÇAS DE 6". APOIO PARA PÉS REMOVÍVEIS OU REBATÍVEIS. AS DIMENSÕES DA CADEIRA SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010266	ADAPTAÇÃO DE ASSENTO PARA DEFORMIDADES DE QUADRIL	ALMOFADA CONFECCIONADA SOB MEDIDA EM ESPUMA DE POLIURETANO ACRESCIDA DE CAMADA DE ESPUMA DE DENSIDADE VARIÁVEL, PODENDO OU NÃO APRESENTAR CAVALO ABDUTOR E ADUTORES, PODENDO OU NÃO SER CONFECCIONADA SOBRE BASE RÍGIDA, PODENDO SER ENCAIXADA OU FIXADA POR VELCRO SOBRE O ASSENTO ORIGINAL. A PARTE ANTERIOR PODE SER MAIS ALTA QUE A PARTE POSTERIOR COM O OBJETIVO DE REDUZIR O TÔNUS EXTENSOR, COM MELHOR POSICIONAMENTO DO QUADRIL. FORRADA COM TECIDO AUTOMOTIVO. DEVE SER REMOVÍVEL, PARA PERMITIR O FECHAMENTO DA CADEIRA. FAVORECE POSICIONAMENTO CORRETO E MELHOR DISTRIBUIÇÃO DE PRESSÃO, DEVENDO PREVENIR DEFORMIDADES E ÚLCERAS DE PRESSÃO OU ACOMODAR, ATRAVÉS DE COMPENSAÇÕES, AS DEFORMIDADES JÁ EXISTENTES. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	NÃO	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010274	ADAPTAÇÃO DE ENCOSTO PARA DEFORMIDADES DE TRONCO	ALMOFADA CONFECCIONADA SOB MEDIDA EM ESPUMA DE POLIURETANO ACRESCIDA DE ESPUMA DE DIFERENTES DENSIDADES, PODENDO OU NÃO SER CONFECCIONADA SOBRE BASE RÍGIDA OU CONFECCÃO DE REFORÇO DO ENCOSTO COM FAIXAS TENSORAS PARA EVITAR LACEAMENTO. UTILIZADA PARA PREVENÇÃO E/OU ACOMODAÇÃO DE DEFORMIDADES. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	NÃO	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010282	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE PÉS DA CADEIRA DE RODAS	CONFECCIONADA SOB MEDIDA EM MADEIRA, PROPILENO OU METAL, REGULÁVEL EM ALTURA PODENDO SER EM FOLHA ÚNICA OU DUPLA, FIXO OU REMOVÍVEL, REBATÍVEL, ELEVÁVEL (ARTICULADO); REVESTIDO OU NÃO DE TECIDO AUTOMOTIVO, ACOLCHOADO OU NÃO. PODE TER AINDA FAIXA CONFECCIONADA SOB MEDIDA EM MATERIAL ANTIALÉRGICO DE ALTA RESISTÊNCIA, NÃO ELÁSTICO, COM FECHAMENTO EM VELCRO, LARGURA DE 5 A 7 CM QUE PRESA AOS APOIOS DE PÉS, ESTABILIZA MEMBROS INFERIORES. INDICADO PARA PACIENTES QUE NÃO TÊM SUAS NECESSIDADES ATENDIDAS PARA MODELO	164/001 - 164/002	NÃO	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA

		DE APOIO DE PÉS ORIGINAL DA CADEIRA DE RODAS. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.				
701010290	APOIOS LATERAIS DO TRONCO EM 3 OU 4 PONTOS	APOIO TORÁCICO LATERAL FIXADO AO ENCOSTO DA CADEIRA DE RODAS ATRAVÉS DE PEÇAS COM REGULAGENS DE ALTURA E LARGURA, REVESTIDO DE ESPUMA DE POLIURETANO OU DE DIFERENTES DENSIDADES E FORRADO DE TECIDO AUTOMOTIVO. ACESSÓRIO INDIVIDUALIZADO, CONFORME TAMANHO DO PACIENTE E TIPO DE DEFORMIDADE APRESENTADA. UTILIZADO PARA PREVENIR E/OU ACOMODAR DEFORMIDADES DE TRONCO. DEVEM SER REMOVÍVEIS PARA FACILITAR A TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE. PODE POSSUIR AINDA, CINTO COM DUAS ALÇAS PASSANDO PELOS OMBROS E DUAS PRESAS NO ASSENTO DA CADEIRA, CONFECCIONADOS EM MATERIAL SINTÉTICO DE ALTA RESISTÊNCIA, COM FECHAMENTO EM VELCRO, MOSQUETÃO, BOTÃO DE PRESSÃO OU FIVELA TIPO AVIAÇÃO, PODENDO SER ACOLCHOADO OU NÃO, PARA POSICIONAR ADEQUADAMENTE O PACIENTE EM SEDESTAÇÃO PODENDO SER DO TIPO CAMISETA, QUATRO PONTOS OU TORÁCICO. INDICADO QUANDO HÁ DÉFICIT DE EQUILÍBRIO DE TRONCO OU POSTURA CIFÓTICA. INDICADO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE E POSICIONAMENTO DO TRONCO. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010304	APOIOS LATERAIS DE QUADRIL PARA CADEIRA DE RODAS	APOIO LATERAL REVESTIDO DE ESPUMA DE POLIURETANO OU DE DIFERENTES DENSIDADES E FORRADO DE TECIDO AUTOMOTIVO. POSICIONA OS MEMBROS INFERIORES EM POSIÇÃO NEUTRA, INIBINDO ABDUÇÃO EXCESSIVA E ROTAÇÃO EXTERNA. PODE SER FIXADO AO ASSENTO DA CADEIRA DE RODAS ATRAVÉS DE PEÇAS COM REGULAGENS DE LARGURA E PROFUNDIDADE, OU REMOVÍVEIS PARA FACILITAR A TRANSFERÊNCIA DO PACIENTE. PODE POSSUIR AINDA, CINTO PÉLVICO OU EM "Y", COM APOIO NA REGIÃO DO QUADRIL, CONFECCIONADOS EM MATERIAL SINTÉTICO DE ALTA RESISTÊNCIA, COM FECHAMENTO EM VELCRO, MOSQUETÃO, BOTÃO DE PRESSÃO OU FIVELA TIPO AVIAÇÃO, PODENDO SER ACOLCHOADO OU NÃO, FIXADO NO ENCONTRO ENTRE ASSENTO E ENCOSTO EM ÂNGULO DE 45°, PARA POSICIONAR ADEQUADAMENTE O PACIENTE EM SEDESTAÇÃO. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010312	APOIO PARA ESTABILIZAÇÃO DA CABEÇA NA CADEIRA DE RODAS	APOIO DE CABEÇA COM ABAS LATERAIS EM ALUMÍNIO REVESTIDO DE ESPUMA DE POLIURETANO, FORRADA DE TECIDO AUTOMOTIVO, FIXADO NO ENCOSTO DA CADEIRA DE RODAS POR MEIO DE HASTE COM 3 TIPOS DE REGULAGEM: PROFUNDIDADE, ALTURA E INCLINAÇÃO. TAMBÉM PODE SER APENAS DE ESPUMA DE POLIURETANO FIXADO AO ENCOSTO COM VELCRO. INDICADO PARA PACIENTES COM DÉFICIT DE CONTROLE CERVICAL. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010320	ADAPTAÇÃO DO APOIO DE BRAÇOS DA CADEIRA DE RODAS	CONFECCIONADA SOB MEDIDA EM MADEIRA, TERMOMOLDÁVEL DE ALTA TEMPERATURA OU METAL, PODENDO SER FIXO, ESCAMOTEÁVEL, REBATÍVEL OU REMOVÍVEL, REVESTIDO OU NÃO DE TECIDO AUTOMOTIVO, ACOLCHOADO OU NÃO. CONTEMPLA CALHAS DE POSICIONAMENTO DO MEMBRO SUPERIOR EM CADEIRA DE RODAS. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701010339	ADAPTAÇÃO ABDUTOR TIPO CAVALO PARA CADEIRA DE RODAS	ADAPTAÇÃO SOB MEDIDA CONFECCIONADA EM ESPUMA DE ALTA DENSIDADE, OU QUANDO NECESSITAR DE REFORÇO, CONFECCIONADA DE MADEIRA E REVESTIDA DE ESPUMA, FORRADO POR TECIDO AUTOMOTIVO PARA POSICIONAR MEMBROS INFERIORES (INIBIR ADUÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA). PODE SER REMOVÍVEL OU FIXADO NO ASSENTO DA CADEIRA DE RODAS. AS DIMENSÕES SERÃO FORNECIDAS POR MEIO DE DESCRIÇÃO POR PROFISSIONAL DE SAÚDE HABILITADO.	164/001 - 164/002	SIM	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020016	ORTESE / CINTA LSO TIPO PUTTI (BAIXA)	ORTESE (LSO) TIPO COLETE DE PUTTI PARA REGIAO LOMBO-SACRA, CONFECCIONADA EM TECIDO RESISTENTE, QUATRO (4) HASTES METALICAS OU DE PLASTICO POSTERIORMENTE,	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO,

		FECHAMENTO ANTERIOR POR VELCRO OU FIVELAS COM CORREIAS.				ORTOPEDISTA
701020024	ORTESE / CINTA TLSO TIPO PUTTI (ALTO)	ÓRTESE (TLSO), TIPO COLETE PUTTI PARA A REGIÃO TÓRACO-LOMBO-SACRA, CONFECCIONADA EM TECIDO RESISTENTE, (4) QUATRO HASTES METÁLICAS OU DE PLÁSTICO POSTERIORMENTE, FECHAMENTO ANTERIOR POR VELCRO OU FIVELAS COM CORREIAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020032	ORTESE / COLETE CTLSO TIPO MILWAUKEE	ÓRTESE (CTLSO), DINÂMICA, TIPO MILWAUKEE, INCLUINDO OS COXINS E ALMOFADAS PARA ESTABILIZAÇÃO DA COLUNA VERTEBRAL NAS ESCOLIOSES E CIFOSSES.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020040	ÓRTESE/ COLETE TIPO WILLIAMS	ORTESE (LSO) TIPO WILLIAMS, PARA SUSTENTACAO DA REGIAO LOMBAR SACRA, COM ARTICULACOES LATERAIS QUE PERMITEM A FLEXAO, MAS BLOQUEIAM A HIPEREXTENSAO LOMBAR.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020059	ORTESE / COLETE TLSO TIPO KNIGHT	ÓRTESE (TLSO) TIPO KNIGHT, RÍGIDO POSTERIORMENTE POR HASTES, FECHAMENTO ANTERIOR EM TECIDO RESISTENTE COM VELCRO OU ATRACADOR.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020067	ORTESE CRUROMALEOLAR INFANTIL EM POLIPROPILENO P/ IMOBILIZACAO DE JOELHO EM EXTENSAO ARTICULADA	ÓRTESE CRUROMALEOLAR, TIPO CALHA EM POLIPROPILENO PARA IMOBILIZAÇÃO DO JOELHO EM EXTENSÃO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020075	ORTESE CRUROMALEOLAR P/ LIMITACAO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO	ÓRTESE PARA LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020083	ORTESE CRUROPODALICA C/ DISTRATOR P/ GENUVALGO / GENUVARO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	ÓRTESE CRUROPODALICA, UNILATERAL, INFANTIL E ADOLESCENTE, TIPO CALHA PÓSTERO-LATERAL OU PÓSTERO-MEDIAL EM POLIPROPILENO, COM DISTRATOR, PARA TRATAMENTO DE GENUVALGO/ VARO,	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020091	ORTESE DINAMICA PELVICO-CRURAL TIPO ATLANTA /	ÓRTESE PÉLVICO CRURAL TIPO ATLANTA / TORONTO, PARA ESTABILIZAÇÃO DOS QUADRIS EM ABDUÇÃO, NA DOENÇA DE LEGG PERTHES.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020105	ORTESE DINAMICA SUROPODALICA TIPO MOLA DE CODEVILLE (UNILATERAL)	ÓRTESE SUROPODÁLICA TIPO CODEVILLE, COM DISPOSITIVO DE MOLA DE AÇO ADAPTADO A PALMILHA OU SAPATILHA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020113	ORTESE ESTATICA IMOBILIZADORA AXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO	ÓRTESE IMOBILIZADORA ÁXILO-PALMAR TIPO AEROPLANO PARA SUPORTE DO OMBRO EM ABDUÇÃO DE NOVENTA (90) GRAUS, COM COTOVELO EM NOVENTA (90) GRAUS DE FLEXÃO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020121	ORTESE GENUPODALICO EM POLIPROPILENO TIPO SARMIENTO	ÓRTESE GENUPODALICO BIVALVADA TIPO SARMIENTO CONFECCIONADA EM TERMOPLÁSTICO RÍGIDO (POLIPROPILENO).	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020130	ORTESE HCTO TIPO MINERVA IMOBILIZADORA CERVICAL C/ APOIO TORACICO (COLAR).	ÓRTESE (HCTO) TIPO COLAR CERVICO-TORÁCICO RÍGIDO, TIPO MINERVA.	164/001	SIM	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020148	ORTESE METALICA CRUROPODALICA ADULTO	ÓRTESE CRUROPODALICA, COM HASTES LATERAIS EM ALUMÍNIO OU AÇO, ARTICULAÇÃO DE JOELHO LIVRE OU COM TRAVA DE ANEL, OU COM BLOQUEIO DE GATILHO (TRAVA SUÍÇA), ARTICULAÇÃO DE TORNZELO LIVRE OU COM BLOQUEIO, ADOLESCENTE E ADULTO, UNILATERAL.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA

701020156	ORTESE METALICA CRUROPODALICA (INFANTIL E ADOLESCENTE)	ÓRTESE CRUROPODALICA, COM HASTES LATERAIS EM ALUMÍNIO OU AÇO, ARTICULAÇÃO DE JOELHO LIVRE OU COM BLOQUEIO DE ANEL, ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO LIVRE OU COM BLOQUEIO, INFANTIL UNILATERAL.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020164	ÓRTESE METALICA SUROPODALICA (INFANTIL)	ÓRTESE SUROPODÁLICA, UNILATERAL, COM HASTES LATERAIS EM ALUMÍNIO OU AÇO, ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO LIVRE OU COM BLOQUEIO,	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020172	ÓRTESE PÉLVICO-PODALICA DE DESCARGA ISQUIÁTICA	ÓRTESE PÉLVICO-PODALICA PARA DESCARGA ISQUIÁTICA, TIPO TRILATERAL OU HASTES PARALELAS COM CURSOR.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020180	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA C/ OU S/ APOIO ISQUIATICO (INFANTIL E ADOLESCENTE)	ÓRTESE PÉLVICO-PODALICA UNILATERAL, INFANTIL E ADOLESCENTE, COM HASTES LATERAIS METÁLICAS COM OU SEM APOIO ISQUIÁTICO, ARTICULAÇÃO DE QUADRIL LIVRE OU COM BLOQUEIO DE ANEL, ARTICULAÇÃO DE JOELHO COM BLOQUEIO DE ANEL, ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO LIVRE OU COM BLOQUEIO DA FLEXÃO PLANTAR.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020199	ORTESE PELVICO-PODALICA METALICA P/ ADULTO C/ OU S/ APOIO ISQUIATICO	ÓRTESE PÉLVICO-PODALICA UNILATERAL, COM HASTES LATERAIS EM ALUMÍNIO OU AÇO, COM OU SEM APOIO ISQUIÁTICO, ARTICULAÇÃO DE QUADRIL LIVRE OU COM BLOQUEIO DE ANEL, ARTICULAÇÃO DE JOELHO COM BLOQUEIO POR TRAVA DE ANEL OU TRAVA DE GATILHO (TRAVA SUÍÇA), ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO LIVRE OU COM BLOQUEIO DA FLEXÃO PLANTAR.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020202	ORTESE RIGIDA P/ LUXACAO CONGENITA DO QUADRIL	ÓRTESE CONFECCIONADA EM TERMOPLÁSTICO RÍGIDO, PARA LUXAÇÃO CONGÊNITA DE QUADRIL.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020210	ORTESE SUROPODALICA ARTICULADA EM POLIPROPILENO INFANTIL	ÓRTESE SUROPODALICA, UNILATERAL, INFANTIL, TIPO CALHA POSTERIOR EM POLIPROPILENO, ARTICULADA NO TORNOZELO, COM OU SEM CORREIA ANTIVARO OU ANTIVALGO DE RETROPE.	164/001	NÃO	BPA I: (MS) APAC: (SMS)	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020229	ORTESE SUROPODALICA S/ ARTICULACAO EM POLIPROPILENO (ADULTO)	ÓRTESE SUROPODÁLICA UNILATERAL, ADULTO, TIPO CALHA POSTERIOR EM POLIPROPILENO, SEM ARTICULAÇÃO, COM OU SEM CORREIA ANTIVALGO OU ANTIVARO NO RETROPE.	164/001	NÃO	BPA I: (MS) APAC: (SMS)	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020237	ORTESE SUROPODALICA S/ ARTICULACAO EM POLIPROPILENO (INFANTIL)	ÓRTESE SUROPODÁLICA, UNILATERAL, INFANTIL E ADOLESCENTE, TIPO CALHA POSTERIOR EM POLIPROPILENO, SEM ARTICULAÇÃO, COM OU SEM CORREIA ANTIVALGO OU ANTIVARO NO RETROPE.	164/001	NÃO	BPA I: (MS) APAC: (SMS)	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020245	ORTESE SUROPODALICA METALICA (ADULTO)	ÓRTESE SUROPODÁLICA UNILATERAL, ADULTO, COM HASTES LATERAIS DE ALUMÍNIO OU DE AÇO, ARTICULAÇÃO DE TORNOZELO LIVRE OU COM BLOQUEIO.	164/001	NÃO	BPA I: (MS) APAC: (SMS)	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020253	ORTESE SUROPODALICA UNILATERAL ARTICULADA EM POLIPROPILENO (ADULTO)	ÓRTESE SUROPODÁLICA UNILATERAL, ADULTO, TIPO CALHA POSTERIOR EM POLIPROPILENO COM ARTICULAÇÃO NO TORNOZELO, COM OU SEM CORREIA ANTIVALGO OU ANTIVARO DE RETROPE.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020261	ORTESE SUSPENSORIO DE PAVLIK	ÓRTESE PARA LUXAÇÃO CONGÊNITA DO QUADRIL TIPO SUSPENSÓRIO PAVLIX.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020270	ÓRTESE TIPO SARMIENTO PARA ÚMERO	ÓRTESES PARA FRATURA DE ÚMERO, TIPO SARMIENTO CONFECCIONADA EM POLIPROPILENO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA

701020288	ORTESE TLSO / COLETE TIPO BOSTON	ÓRTESE (TLSO) COLETE TIPO BOSTON, CONFECCIONADA SOB MEDIDA EM POLIPROPILENO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020296	ORTESE TLSO / TIPO COLETE EM METAL TIPO JEWETT	ÓRTESE (TLSO) PRE FABRICADA, OU CONFECCIONADA EM METAL E TERMOPLÁSTICO TIPO COLETE PARA SUSTENTAÇÃO TÓRACOLOMBAR EM HIPEREXTENSÃO, COM PORÇÃO ANTERIOR RÍGIDA TIPO BAHLER OU JEWETT.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020300	ORTESE TLSO CORRETIVA TORACO-LOMBAR EM POLIPROPILENO	ÓRTESE (TLSO) BIVALVADA, CONFECCIONADA EM POLIPROPILENO (COLETE), VISANDO ESTABILIDADE NA COLUNA TORÁCICA E / OU LOMBAR.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020318	ÓRTESE TLSO TIPO COLETE / JAQUETA DE RISSER	ÓRTESE (TLSO) TIPO JAQUETA DE RISSER, CONFECCIONADA SOB MEDIDA, EM TERMOPLÁSTICO RÍGIDO, PARA ESTABILIZAÇÃO VERTEBRAL, INCLUSIVE PÓS-CIRÚRGICAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020326	ORTESE TORACICA COLETE DINAMICA DE COMPRESSAO TORACICA	ÓRTESE (TO) TORÁCICA TIPO COLETE DINÂMICO COMPRESSOR PARA TRATAMENTO DE PECTUS EXCAVATUM E PECTUS CARENATUM, CONFECCIONADA EM METAL LEVE OU TERMOPLÁSTICO RÍGIDO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020334	PROTESE CANADENSE ENDOESQUELETICA EM ALUMINIO OU ACO (DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL)	PRÓTESE CANADENSE ENDOESQUELÉTICA EM AÇO OU ALUMÍNIO PARA COTO MUITO CURTO TRANSFEMORAL, DESARTICULADO DE QUADRIL E HEMIPLECTOMIA PARCIAL / TOTAL, COM CESTO PÉLVICO EM RESINA ACRÍLICA OU POLIPROPILENO, ARTICULAÇÃO DE QUADRIL MONOCENTRICA E COM OU SEM BLOQUEIO, COM OU SEM IMPULSOR, JOELHO TIPO MONOEIXO OU POLICÊNTRICO MECÂNICO, COM SEM IMPULSOR, LIVRE OU COM TRAVA OU COM FREIO DE ATRITO, REVESTIDA COM ESPUMA E MEIA COSMÉTICA PE SACH OU ARTICULADO UNIAXIAL, OU DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020342	PRÓTESE CANADENSE EXOESQUELÉTICA. (DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL)	PRÓTESE CANADENSE EXOESQUELÉTICA PARA COTO CURTO TRANSFEMORAL, DESARTICULAÇÃO DO QUADRIL E HIPELPECTOMIA PARCIAL / TOTAL, EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO, CESTO PÉLVICO EM RESINA OU POLIPROPILENO, ARTICULAÇÃO DE QUADRIL MONOCENTRICA E COM OU SEM BLOQUEIO, COM DISPOSITIVO EXTENSOR, JOELHO MONOEIXO COM OU SEM IMPULSOR LIVRE OU COM TRAVA OU COM FREIO DE ATRITO, PE SACH OU ARTICULADO UNIAXIAL, OU DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020350	PROTESE ENDOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE JOELHO EM ALUMINIO OU ACO	PRÓTESE ENDOESQUELETICA PARA DESARTICULAÇÃO DO JOELHO, EM ALUMÍNIO OU AÇO EM RESINA ACRÍLICA COM OU SEM SOQUETE FLEXÍVEL INTERNO, JOELHO ENDOESQUELETICO DE QUATRO BARRAS EM AÇO COM IMPULSOR, REVESTIMENTO DE ESPUMA E MEIA COSMÉTICA, PE SACH, ARTICULADO OU DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020369	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSFEMURAL EM ALUMINIO OU ACO	PRÓTESE ENDOESQUELETICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSFEMORAL EM AÇO OU ALUMÍNIO COM ENCAIXE QUADRILÁTERO, OU DE CONTENÇÃO ISQUIÁTICA, EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO, ENCAIXE INTERNO FLEXÍVEL, COM OU SEM CINTO PÉLVICO OU SILESIANO, JOELHO ENDOESQUELETICO MONOEIXO OU POLICÊNTRICO EM AÇO, COM OU SEM IMPULSOR, LIVRE OU COM TRAVA, REVESTIDA COM ESPUMA E MEIA COSMÉTICA. PÉ SACH OU ARTICULADO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020377	PROTESE ENDOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM EM ALUMINIO OU ACO	PRÓTESE ENDOESQUELETICA TIPO PTB-PTS OU KBN PARA AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL ENCAIXE LAMINADO EM RESINA ACRÍLICA, E FIBRA DE CARBONO, CARTUCHO/ENCAIXE INTERNO FLEXÍVEL, REVESTIDA COM ESPUMA E MEIA COSMÉTICA. PÉ SACH, ARTICULADO OU DE ADAPTAÇÃO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020385	PRÓTESE EXOESQUELETICA PARA DESARTICULAÇÃO DO JOELHO	PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DO JOELHO, LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO, COM ARTICULAÇÃO DE JOELHO EXTERNA EM HASTES DE AÇO ARTICULADAS, ENCAIXE DE COXA EM RESINA PLÁSTICA OU EM POLIPROPILENO OU EM COURO GROSSO, COM ELÁSTICO IMPULSOR PARA EXTENSÃO DO JOELHO. PÉ SACH OU ARTICULADO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA

701020393	PRÓTESE EXOESQUELETICA PASSIVA PARA DESARTICULAÇÃO DO PUNHO OU AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL	PRÓTESE PASSIVA LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA, PUNHO EM ROSCA, MÃO PASSIVA, REVESTIDA POR LUVAS COSMÉTICAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020407	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSFEMURAL	PRÓTESE EXOESQUELÉTICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSFEMURAL EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO. ENCAIXE QUADRILÁTERO OU DE CONTENÇÃO ISQUIÁTICA, COM OU SEM CINTO PÉLVICO OU SILESIANO, JOELHO MONOEIXO, COM OU SEM IMPULSOR, LIVRE OU COM TRAVA OU COM FREIO DE ATRITO CONTINUO, PÉ SACH OU ARTICULADO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020415	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL C/ COXAL OU MANGUITO DE COXA	PRÓTESE EXOESQUELÉTICA LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO, PARA AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL, CARTUCHO / ENCAIXE FLEXÍVEL, COXAL (MANGUITO DE COXA) CONECTADO AO ENCAIXE DE RESINA PE SACH OU ARTICULADO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020423	PROTESE EXOESQUELETICA TRANSTIBIAL TIPO PTB-PTS-KBM	PRÓTESE EXOESQUELÉTICA TIPO PTB, PTS OU KBM PARA AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO, CARTUCHO / ENCAIXE FLEXÍVEL PÉ TIPO SACH OU ARTICULADO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020431	PRÓTESE FUNCIONAL ENDOESQUELETICA P/ AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL	PRÓTESE FUNCIONAL LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL, SUSPENSÃO POR CORREIAS COM OU SEM ALÇA SOBRE O OMBRO. ARTICULAÇÃO DE COTOVELO COM BLOQUEIO ATIVO, EM MÚLTIPLOS ESTÁGIOS, POR TRAVA CONTINUA. PUNHO DE ROSCA COM MÃO MECÂNICA, REVESTIDA DE LUVAS COSMÉTICAS ACIONADA POR UM SISTEMA DE TIRANTES E CORREIAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020440	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA P/ DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO DE ROSCA)	PRÓTESE FUNCIONAL LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA PARA DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO, SUSPENSÃO POR MANGUITO UMERAL E SUPRACONDILAR, ARTICULAÇÃO DE COTOVELO EXTERNA COM BLOQUEIO ATIVO DE MÚLTIPLOS ESTÁGIOS, PUNHO DE ROSCA COM MÃO MECÂNICA REVESTIDA DE LUVAS COSMÉTICAS, ACIONADA POR UM SISTEMA DE TIRANTES E CORREIAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020458	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA P/ DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO (PUNHO UNIVERSO).	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA PARA DESARTICULAÇÃO DE COTOVELO, CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, COM SUSPENSÃO POR CORREIA EM OITO (8) OU NOVE (9), CABO DE TRACÇÃO, ARTICULAÇÃO DE COTOVELO EXTERNA COM BLOQUEIO ATIVO DE MÚLTIPLOS ESTÁGIOS. PUNHO UNIVERSAL, MÃO FUNCIONAL REVESTIDA EM LUVAS COSMÉTICAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020466	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA PARA AMPUTACAO TRANSRADIAL.	PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL, LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA, SISTEMA DE CORREIAS EM OITO (8) OU NOVE (9) CABO DE TRACÇÃO, PUNHO UNIVERSAL, MÃO FUNCIONAL COM LUVAS COSMÉTICAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020474	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL C/ GANCHO DE DUPLA FORÇA.	PRÓTESE FUNCIONAL LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL CURTA. SUSPENSÃO POR MANGUITO UMERAL. ARTICULAÇÃO DE COTOVELO COM MULTIPLICADOR. GANCHO DE DUPLA FORÇA DE PREENSÃO E MÃO MECÂNICA REVESTIDA DE LUVAS COSMÉTICAS, ACIONADOS POR UM SISTEMA DE TIRANTES E CORREIAS	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020482	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL COTO	PRÓTESE PARA AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL, ENCAIXE TIPO KUHN (MUNSTER) LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA, ARTICULAÇÃO DE COTOVELO COM MULTIPLICADOR, SISTEMA DE CORREIAS EM 8 OU 9, PUNHO UNIVERSAL, MÃO FUNCIONAL REVESTIDA POR LUVAS COSMÉTICAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020490	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSRADIAL P/ PUNHO DE TROCA RÁPIDA C/ GANCHO DE DUPLA FORÇA	PRÓTESE FUNCIONAL LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA PARA AMPUTAÇÃO TRANSRADIAL. SUSPENSÃO POR MANGUITO UMERAL E SUPRACONDILAR. PUNHO DE TROCA RÁPIDA, COM GANCHO DE DUPLA FORÇA DE PREENSÃO E MÃO MECÂNICA REVESTIDA POR LUVAS COSMÉTICAS. ACIONAMENTO POR MEIO DE TIRANTES E CORREIAS	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020504	PROTESE FUNCIONAL EXOESQUELETICA TRANSUMERAL	PRÓTESE FUNCIONAL EXOESQUELÉTICA, PARA AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL, CONFECCIONADA EM RESINA ACRÍLICA, COM SUSPENSÃO POR CORREIA EM OITO OU NOVE, COTOVELO COM BLOQUEIO ATIVO EM MÚLTIPLOS ESTÁGIOS, PUNHO UNIVERSAL, MÃO FUNCIONAL COM LUVAS COSMÉTICAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA

701020520	PROTESE P/ AMPUTACAO TIPO CHOPART	PRÓTESE LAMINADA EM RESINA ACRÍLICA REFORÇADA EM FIBRA DE CARBONO, PARA AMPUTAÇÃO DE CHOPART, BIVALVADA OU NÃO, COM OU SEM APOIO NO TENDÃO PATELAR, COM PE ESPECÍFICO PARA COTO CHOPART.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020539	PROTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA P/ DESARTICULACAO DE OMBRO E ESCAPULECTOMIA PARCIAL OU TOTAL	PRÓTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA EM TUBULAÇÃO DE ALUMÍNIO, PARA DESARTICULAÇÃO DE OMBRO, OU ESCAPULECTOMIA PARCIAL OU TOTAL, COM MONOBLOCO ARTICULÁVEL SOBRE O OMBRO, SUSPENSÃO POR CORREIAS, COTOVELO COM BLOQUEIO PASSIVO EM MÚLTIPLOS ESTÁGIOS, PUNHO, MÃO PASSIVA COM LUYA COSMÉTICA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020547	PRÓTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA TRANSUMERAL	PRÓTESE PASSIVA ENDOESQUELETICA EM ALUMÍNIO TUBULAR, PARA AMPUTAÇÃO TRANSUMERAL, REVESTIDA COM ESPUMA E MEIA COSMÉTICA, SUSPENSÃO POR CORREIA EM OITO OU NOVE, COTOVELO COM BLOQUEIO PASSIVO EM MÚLTIPLOS ESTÁGIOS, PUNHO EM ROSCA, MÃO PASSIVA COM LUYA COSMÉTICA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020555	PRÓTESE PASSIVA PARA AMPUTAÇÃO PARCIAL DA MÃO	PRÓTESE LAMINADA EM RESINA, PARA COMPLEMENTAÇÃO DE AMPUTAÇÃO PARCIAL DA MÃO, COM REVESTIMENTO POR LUYA COSMÉTICA.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020563	PROTESE TIPO PALMILHA PARA AMPUTACAO EM NIVEL DO ANTE PE	PRÓTESE TIPO PALMILHA RÍGIDA OU FLEXÍVEL PARA AMPUTAÇÃO DO ANTE PÉ, CONFECCIONADA EM TERMOPLÁSTICO SOB MEDIDA, COMPLEMENTAÇÃO DISTAL EM SILICONE OU PLASTAZOTE E ADAPTÁVEL INTERNAMENTE AO CALÇADO COMUM OU ORTOPÉDICO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020571	ADAPTAÇÃO DE OPM ORTOPEDICA	REALIZAÇÃO DE REPARO OU AJUSTES PARA ADEQUAÇÃO FUNCIONAL DE ÓRTESE E PRÓTESE DE MEMBROS INFERIORES, SUPERIORES E TRONCO PARA A CONDIÇÃO ATUAL DO USUÁRIO.	164/002	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020580	MANUTENÇÃO DE OPM ORTOPÉDICA	REALIZAÇÃO DE SUBSTITUIÇÃO OU REPARO DE FORRAÇÃO, VELCRO OU PEÇA DE ÓRTESE E PRÓTESE DE MEMBROS INFERIORES, SUPERIORES E TRONCO.	164/002	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701020598	MATERIAIS ELÁSTICOS PARA MODELAGEM DE COTOS, CONTROLE CICATRICAL OU CONTROLE DE EDEMA DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES – FAIXA ELÁSTICA COMPRESSIVA	FAIXA ELÁSTICA COMPRESSIVA, ATADURA ELÁSTICA AUTO-ADESIVA, MALHA TUBULAR OU LUYA COMPRESSIVA CONFECCIONADA EM MATERIAL ELÁSTICO E/OU TECIDO, SOB MEDIDA, UTILIZADAS NA MODELAGEM DE COTOS DE AMPUTAÇÃO OU PARA CONTROLE DO EDEMA OU DO PROCESSO CICATRICAL DE TODO O SEGMENTO OU PARTES.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020601	TÁBUA (PRANCHA) PARA TRANSFERÊNCIA	ADAPTAÇÕES PARA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (AVD) ADAPTAÇÃO DE MADEIRA, PLÁSTICO OU OUTRO MATERIAL RESISTENTE, COM REVESTIMENTO OU SUPERFÍCIE QUE FACILITE O DESLIZAMENTO, BORDAS ABAULADAS, UTILIZADA PARA FACILITAR AS TRANSFERÊNCIAS DE USUÁRIOS DE CADEIRA DE RODAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020610	CINTA PARA TRANSFERÊNCIAS	ADAPTAÇÕES PARA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (AVD): CINTO EM LONA OU OUTRO TIPO DE TECIDO, ACOLCHOADA OU NÃO, COM ALÇAS LATERAIS, COM ESTRUTURA REFORÇADA, PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS DE POSICIONAMENTO (EX.: DEITADO PARA SENTADO, SENTADO PARA POSIÇÃO ORTOSTÁTICA) OU DE SUPERFÍCIES, COM OU SEM ALÇAS DE SUSTENTAÇÃO EM REGIÃO INGUINAL.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020628	ALMOFADA DE ASSENTO PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM CÉLULAS DE AR	ALMOFADAS DE ASSENTO COM CÉLULAS DE AR INTERCONECTADAS, CONFECCIONADA EM BORRACHA SINTÉTICA COM VÁLVULAS DE INFLAÇÃO DE LATÃO NIQUELADO, CAPA IMPERMEÁVEL E LATERAIS CONFECCIONADOS EM MATERIAL SINTÉTICO RESISTENTE AO FOGO E BASE REFORÇADA. REMOVÍVEL PARA PERMITIR FECHAMENTO DA CADEIRA DE RODAS.	164/001	NÃO	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020636	ALMOFADA DE ASSENTO PARA CADEIRA DE RODAS PARA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO - SIMPLES	ALMOFADAS DE ASSENTO QUADRADAS (CONFORME MEDIDA DO ASSENTO DA CADEIRA DE RODAS) CONFECCIONADAS EM PVC OU OUTRO MATERIAL RESISTENTE, MALLEÁVEL E IMPERMEÁVEL, PREENCHIDAS COM GEL, ÁGUA OU AR, DE FÁCIL HIGIENIZAÇÃO E DESINFECÇÃO. REMOVÍVEL PARA PERMITIR FECHAMENTO DA CADEIRA DE RODAS.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA

701020644	MESA DE ATIVIDADES PARA CADEIRA DE RODAS (TÁBUA MESA)	SUPORTE PARA ATIVIDADES CONFECCIONADO EM MADEIRA SOB MEDIDA, COM RECORTE PARA ENCAIXE DA REGIÃO TORÁCICA, REVESTIDO EM FÓRMICA OU MATERIAL ANTI-DERRAPANTE TIPO EVA, NEOPRENE, TAPEÇARIA, PODENDO OU NÃO RECEBER TRATAMENTO IMPERMEABILIZANTE, COM OU SEM BORDAS ELEVADAS NAS LATERAIS, COM OU SEM REBAIXAMENTOS NA SUPERFÍCIE, COM FIXAÇÃO POR VELCRO OU SUPORTE METÁLICO. PODE SER UTILIZADO EM CADEIRA DE RODAS, CARRINHO, CADEIRA DE CANTO.	164/001	NÃO	BPA I	FISIO; TO, FISIATRA, ORTOPEDISTA
701020652	BENGALA DE 4 PONTAS	BENGALA EM ALUMÍNIO, REGULÁVEL EM ALTURA, COM CABO ANATÔMICO, PONTEIRAS EMBORRACHADAS ADERENTES, RESISTENTES E ENGATE QUE PERMITE AJUSTE DA MANOPLA PARA USO DE AMBOS OS LADOS.	164/001	NÃO	APAC	FISIO; TO, FISIATRA, NEURO, ORTOPEDISTA
701030011	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL CONVENCIONAL ADAPTADO POR VIA ÓSSEA INCLUINDO VIBRADOR ÓSSEO, ARCO E CABO PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030020	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA RETROAURICULAR TIPO A	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR, ADAPTADO POR VIA ÓSSEA INCLUINDO VIBRADOR ÓSSEO, ARCO E CABO PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030038	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA - AURICULAR TIPO A	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA AURICULAR TIPO A PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030046	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA AURICULAR TIPO B PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030054	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA AURICULAR TIPO C PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030062	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA-CANAL TIPO A, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS.	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030070	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA CANAL TIPO B PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030089	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA CANAL TIPO C PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030097	Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) Externo Microcanal Tipo A	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL MICRO CANAL TIPO A PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030100	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL MICRO CANAL TIPO B PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030119	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL MICRO CANAL TIPO C PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030127	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO - AURICULAR TIPO A	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR TIPO A PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL

701030135	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO - AURICULAR TIPO B	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR TIPO B PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030143	APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C	APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR TIPO C PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030151	MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)	CONSISTE NA REALIZAÇÃO DA PRE-MOLDAGEM E CONFECÇÃO DO MOLDE AURICULAR PERSONALIZADO.	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030160	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA CONVENCIONAL TIPO A	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL CONVENCIONAL, TIPO A, ADAPTADO POR VIA ÓSSEA, INCLUINDO VIBRADOR ÓSSEO, ARCO E CABO EM PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS.	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030178	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO OSSEA RETROAURICULAR TIPO A	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR, TIPO A, ADAPTADO POR VIA ÓSSEA, INCLUINDO VIBRADOR ÓSSEO, ARCO E CABO EM PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS.	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030186	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA - AURICULAR TIPO A	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA AURICULAR TIPO A, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS.	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030194	REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL TIPO INTRA AURICULAR TIPO B, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030208	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA - AURICULAR TIPO C	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA AURICULAR TIPO C, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS.	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030216	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA -CANAL TIPO A	REPOSIÇÃO DO APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA-CANAL TIPO A, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030224	REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA- CANAL TIPO B PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030232	REPOSICAO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL INTRA-CANAL TIPO C, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030240	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO - CANAL TIPO A	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL MICRO-CANAL TIPO A, PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030259	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO - CANAL TIPO B	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL MICRO-CANAL TIPO B PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030267	REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO - CANAL TIPO C	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL MICRO-CANAL TIPO C, PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030275	REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR TIPO A, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS.	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL

701030283	REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR TIPO B, PARA PACIENTES COM DIAGNOSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030291	REPOSICAO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C	REPOSIÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL RETROAURICULAR TIPO C, PARA PACIENTES COM DIAGNÓSTICO, SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO CONCLUÍDOS	164/005	SIM	APAC	FONO E ORL
701030305	MANUTENÇÃO/ ADAPTAÇÃO DE OPM AUDITIVA	REPOSIÇÃO DE PEÇAS DANIFICADAS DO APARELHO AUDITIVO SONORO INDIVIDUAL (AASI).	164/006	NÃO	BPA I	FONO E ORL
701030321	SISTEMA DE FREQUENCIA MODULADA PESSOAL	DISPOSITIVO PARA PESSOAS COM PERDA DA QUALIDADE DA AUDIÇÃO USUARIAS DE APARELHO DE AMPLIAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) OU IMPLANTE COCLEAR (IC). COMPOSTO DE TRANSMISSOR COM MICRIOFONE PARA CAPTAÇÃO DO SINAL POR FREQUENCIA MODULADA (FM) E RECTOR COM ADAPTAÇÃO PARA ENTRADA DE AUDIO DO AASI OU IC. A PRESCRIÇÃO DEVERÁ SER REALIZADA POR PROFISSIONAL DE SAUDE HABILITADO.	164/005 - 164/006	SIM	APAC	FONO E ORL
701040017	BENGALA ARTICULADA	BENGALAS DE ALUMINIO COM PONTAS DE BORRACHA, CABO ANATOMICO, ARTICULADA PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA VISUAL.	164/007	NÃO	BPA I	FISIATRA, OFTALMO, TO E FISIO
701040025	LENTE ESCLERAL PINTADA	LENTE ESCLERAL PINTADA, TRANSPARENTE PARA RECOMPOSICAO ESTETICA DO GLOBO OCULAR PARA PACIENTES QUE SOFRERAM TRAUMATISMO.	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040033	LUPA DE APOIO COM OU SEM ILUMINAÇÃO	LUPAS COM SUPORTE DE MESA OU PESCOÇO COM LENTES ESFERICAS OU ASFERICAS POSITIVAS PARA AMPLIAÇÃO DA IMAGEM, COM DIFERENTES PODERES DIOPTRICOS.	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040041	LUPA MANUAL COM OU SEM ILUMINAÇÃO	LUPAS DE MÃO COM LENTES ESFERICAS OU ASFERICAS POSITIVAS PARA AMPLIACAO DA IMAGEM, COM DIFERENTES PODERES DIOPTRICOS.	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040050	ÓCULOS C/ LENTES CORRETIVAS IGUAIS / MAIORES QUE 0,5 DIOPTRIAS	OCULOS UTILIZADOS PARA CORRIGIR MIOPIAS, HIPERMETROPIAS, ASTIGMATISMOS, PRESBIOPIA E PARA BAIXA VISAO.	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040092	ÓCULOS COM LENTES FILTRANTES	ÓCULOS COM ARMAÇÕES DE ACETATO, METAL, PLÁSTICO, SILICONE OU EMBORRACHADO E LENTES COM CAPACIDADE DE FILTRAÇÃO DA LUZ SOLAR OU DO AMBIENTE. INDICADO PARA MELHORA DA INTOLERÂNCIA À LUZ (FOTOFOBIA), DO GLARE (DIMINUIÇÃO DA RESOLUÇÃO VISUAL NAQUELA CONDIÇÃO AMBIENTAL DE ILUMINAÇÃO) E DA VISÃO DE CONTRASTE (COM MELHORA DA VISÃO DE PROFUNDIDADE). AS LENTES EMPREGADAS PODEM TER DIVERSAS COLORAÇÕES, DE ACORDO COM A INDICAÇÃO DO OFTALMOLOGISTA.	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040106	SISTEMAS TELESCÓPICO MANUAL BINOCULAR COM FOCO AJUSTÁVEL	SISTEMA TELESCÓPICO BINOCULAR, MONTADO EM ARMAÇÕES SIMILARES A ÓCULOS, COM AMPLIAÇÕES DE 2X A 4X E DIÂMETRO VARIÁVEL DE OBJETIVA. PARA EMPREGO PARA LONGE OU PARA PERTO. O AJUSTE DE FOCO É MANUAL.	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040114	SISTEMAS TELESCÓPICO MANUAL MONOCULAR COM FOCO AJUSTÁVEL	SISTEMA TELESCÓPICO COM AMPLIAÇÕES DE 2X A 8 X, COM DIÂMETROS VARIADOS DE OBJETIVA E COM AJUSTE MANUAL DO FOCO. PARA SER EMPREGADO NO MELHOR OLHO E PARA ATIVIDADES PARA LONGE E/OU PARA PERTO.	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040122	ÓCULOS COM LENTES ASFÉRICAS POSITIVAS	ÓCULOS COM ARMAÇÕES DE ACETATO, METAL, PLÁSTICO, SILICONE OU EMBORRACHADO E COM LENTES ASFÉRICAS POSITIVAS PARA GRADUAÇÕES MAIORES DO QUE +8,00 DIOPTRIAS. PODERÃO SER UTILIZADAS BINOCULARMENTE OU MONOCULARMENTE (A CRITÉRIO DA INDICAÇÃO MÉDICA). NO CASO DE MONOCULARMENTE, UTILIZAR NO MELHOR OLHO. NO OLHO NÃO UTILIZADO É EMPREGADA UMA LENTE SIMILAR OU	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO

		COM O MESMO PESO (A CRITÉRIO DA INDICAÇÃO MÉDICA). SÃO UTILIZADAS PARA AMPLIAÇÃO DA IMAGEM NAS ATIVIDADES DE PERTO.				
701040130	ÓCULOS COM LENTES ESFÉRO PRISMÁTICAS	ÓCULOS COM MEIA-ARMAÇÃO DE ACETATO, METAL, PLÁSTICO OU EMBORRACHADO. SÃO EMPREGADAS LENTES ESFEROPRISMÁTICAS COM GRADUAÇÃO SUPERIOR A +5,00 DIOPTRIAS ESFÉRICAS (COM LIMITE ATÉ + 12,00 DIOPTRIAS ESFÉRICAS) E NOS DOIS OLHOS. SEU EMPREGO PERMITE A AMPLIAÇÃO DA IMAGEM PARA ATIVIDADES DE PERTO E COM USO DE AMBOS OS OLHOS (PARA MAIOR CAMPO DE VISÃO).	164/007	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040149	ADAPTAÇÃO DE OPM OFTALMOLÓGICA	PROCESSO CLÍNICO DE ORIENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PARA USO FUNCIONAL DA ÓRTESE E PRÓTESE OFTALMOLÓGICA.	164/008	NÃO	BPA I	OFTALMO
701040157	MANUTENÇÃO DE OPM OFTALMOLÓGICA	REALIZAÇÃO DE TROCA POR QUEBRA OU DESGASTE DE PEÇAS DA ÓRTESE E PRÓTESE OFTALMOLÓGICA.	164/008	NÃO	BPA I	OFTALMO
701090014	ORTESE HCO TIPO PHILADELPHIA P/ IMOBILIZAÇÃO DA REGIÃO CERVICAL	ORTESE (HCO), TIPO COLAR CERVICAL, EM ESPUMA FIRME BIVALVADA COM REFORÇO EM PLÁSTICO, TIPO PHILADELPHIA.	164/009	NÃO	BPA I	FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090022	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA COSMÉTICA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL	SUBSTITUIÇÃO / TROCA DA ESPUMA E MEIA DE REVESTIMENTO COSMÉTICO DA PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSFEMURAL.	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090030	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA COSMÉTICA EM PRÓTESE TRANSTIBIAL ENDOESQUELÉTICA.	SUBSTITUIÇÃO DA ESPUMA E MEIA COSMÉTICA DA PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSTIBIAL.	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090049	SUBSTITUIÇÃO DE ESPUMA E MEIA EM PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSUMERAL	SUBSTITUIÇÃO TROCA DA ESPUMA E MEIA DE REVESTIMENTO COSMÉTICO DA PRÓTESE ENDOESQUELÉTICA TRANSUMERAL E TRANSRADIAL	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090057	SUBSTITUIÇÃO DE LUVA COSMÉTICA P/ MÃOS PROTÉTICAS	SUBSTITUIÇÃO DE LUVA PROTÉTICA DE VINIL COM COR ADEQUADA A EPIDERME DO PACIENTE.	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090065	SUBSTITUIÇÃO DE PE DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA.	SUBSTITUIÇÃO DE PE DE ADAPTAÇÃO DINÂMICA, SEM ADAPTADOR E SEM FERRAGENS.	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090073	SUBSTITUIÇÃO DE PE SACH / ARTICULADO.	SUBSTITUIÇÃO DE PE SACH OU ARTICULADO SEM ADAPTADOR E SEM FERRAGENS.	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090081	SUBSTITUIÇÃO DO ENCAIXE INTERNO FLEXÍVEL P/ PRÓTESE	SUBSTITUIÇÃO DO ENCAIXE (SOQUETE) DE PRÓTESES TRANSTIBIAIS EXOESQUELÉTICAS OU ENDOESQUELÉTICAS, CONFECCIONADAS EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO, COM ENCAIXE INTERNO FLEXÍVEL.	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA
701090090	SUBSTITUIÇÃO/TROCA DO ENCAIXE PARA PRÓTESE TRANSFEMURAL ENDOESQUELÉTICA/ EXOESQUELÉTICA.	SUBSTITUIÇÃO DO ENCAIXE (SOQUETE) DE PRÓTESES TRANSFEMURAIS EXOESQUELÉTICAS OU ENDOESQUELÉTICAS, CONFECCIONADAS EM RESINA ACRÍLICA E FIBRA DE CARBONO.	164/009	NÃO	BPA I	FISIO, FISIATRA E ORTOPEDISTA

PROCEDIMENTO MUNICIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO MUNICIPAL	DESCRIPTIVO
0301049068	TERAPIA COM RECURSOS DE REALIDADE VIRTUAL	Consiste no atendimento em reabilitação de pessoas com deficiência utilizando recursos de realidade virtual (NIRVANA). Este procedimento municipal não tem equivalente federal (não é exportado). Desta forma, ao utilizar este recurso, é necessário registrar também um procedimento relacionado no anexo IX. Para o terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo orientamos o registro do procedimento 03.01.04.004-4 - TERAPIA INDIVIDUAL . Para o fisioterapeuta orientamos o registro relacionado ao atendimento realizado.
0301049076	TERAPIA COM RECURSOS DE ESTIMULACAO SENSORIAL	Consiste no atendimento em reabilitação de pessoas com deficiência utilizando a sala de recursos de estimulação sensorial. Este procedimento municipal não tem equivalente federal (não é exportado). Desta forma, ao utilizar este recurso, é necessário registrar também um procedimento relacionado no anexo IX. Para o terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e psicólogo orientamos o registro do procedimento 03.01.04.004-4 - TERAPIA INDIVIDUAL. Para o fisioterapeuta orientamos o registro relacionado ao atendimento realizado.
0301049017	ATENDIMENTO COMPARTILHADO	Consiste no atendimento realizado por mais de um profissional. Atualmente os atendimentos individuais e em grupo compartilhados são registrados por apenas 1 profissional. De forma a podermos verificar a produção de todos os integrantes da ação, solicitamos que os demais profissionais que participarem do grupo registram o procedimento municipal criado SEM DE-PARA. Desta forma, a produção de todos os profissionais poderá ser identificada no SIGA Saúde, mas não teremos sobreposição de procedimentos para o MS.
0301049084	INTERVENCOES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ESTRATEGIA APD	Intervenções da equipe multiprofissional APD com usuários, famílias e articulação com os recursos do território visando o fortalecimento e suporte aos usuários e familiares, a participação social e novas possibilidades para projetos de vida. Este procedimento não será convertido em nenhum procedimento SUS. Desta forma, além deste registro, a unidade deverá registrar os procedimentos como já faz: visita domiciliar, consulta, terapia, matriciamento. O registro deverá ser realizado por pessoa efetivamente atendida ou articulação realizada.
0301049092	ACOES DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATEGIA APD	Ações de suporte aos usuários e familiares realizadas pelos acompanhantes da estratégia APD nos diversos contextos reais de vida, como casa, trabalho, família, atividades comunitárias. Atualmente as ações dos acompanhantes não são registradas. A partir de agora poderemos saber quantos acompanhamentos foram realizados pela equipe no mês. Registrar por pessoa efetivamente atendida.
301079005	AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL - REABILITAÇÃO	Nas especialidades "Especialista em": <ul style="list-style-type: none"> <li>• reabilitação física,</li> <li>• reabilitação auditiva,</li> <li>• reabilitação visual e</li> <li>• reabilitação intelectual/desenvolvimento</li> </ul>
301019070	SESSÕES HIDROTERAPIA	Esse código consiste no atendimento em FISIOTERAPIA AQUÁTICA. Este procedimento é convertido no procedimento SUS CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO).
0301049106	ORTESE DE MEMBRO SUPERIOR	Confecção de órtese para posicionamento adequado de membros superiores (dedo, mão, punho ou cotovelo) que são utilizados no processo de reabilitação.
0301049114	TERAPIA COM RECURSOS DE TERAPIA ROBOTICA	Consiste no atendimento em reabilitação para trabalhar membros superiores utilizando recursos de terapia robótica.

## ANEXO X - PESQUISA DE SATISFAÇÃO

COORDENADORIA REGIONAL SAÚDE: \_\_\_\_\_

STS: \_\_\_\_\_

CER: \_\_\_\_\_

*A presente pesquisa foi elaborada com objetivo de conhecer a satisfação de nossos usuários quanto ao atendimento prestados nos CER, bem como ouvir sugestões para a melhoria do atendimento.*

IDENTIFICAÇÃO:(OPCIONAL)

NOME: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

UBS DE REFERÊNCIA DA MORADIA \_\_\_\_\_ STS \_\_\_\_\_

Informações:

1) Quanto tempo você esperou entre o pedido de agendamento na UBS e a primeira consulta no CER:

\_\_\_\_\_

2) Localização e ambiente do CER (local acessível, ambiente confortável, arejado, limpo equipado)

Satisfatório  Insatisfatório.  Motivo: \_\_\_\_\_

3) Foi atendido por:

Fisioterapeuta  Fonoaudiólogo  Terapeuta Ocupacional  Psicólogo  
 Assistente Social  Médico \_\_\_\_\_  Outro profissional \_\_\_\_\_

4) Você se sente suficientemente orientado sobre a deficiência ou dificuldade que apresenta e a proposta terapêutica de reabilitação?  SIM  NÃO

5) Você sente confiança nos atendimentos prestados pela Equipe?  SIM  NÃO

Na sua opinião, o serviço prestado pelo CER está:



SATISFATÓRIO



REGULAR



INSATISFATÓRIO

Observações e Sugestões:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Agradecemos sua contribuição, que será valiosa para aprimoramento de nosso serviço.**

## ANEXO XI - Materiais de Educação Permanente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Ministério da Saúde:

- Instrutivo de Reabilitação da Rede Pessoa com Deficiência: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/10/Instrutivo-de-Reabilitacao-Rede-PCD-10-08-2020.pdf>
- Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo\\_bio\\_politico\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf)  
Diretrizes de Atenção à Pessoa amputada: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_pessoa\\_amputada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/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: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_atencao\\_reabilitacao\\_pessoa\\_autismo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/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\\_traumatismo\\_cranioencefalico.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_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\\_morbididades.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_reabilitacao_sindrome_pos_poliomielite_co_morbididades.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)
- Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_estimulacao\\_crianças\\_0a3anos\\_neuropsicomotor.pdf](https://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://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_manutencao\\_orteses\\_protetes\\_auxiliares\\_locomocao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_manutencao_orteses_protetes_auxiliares_locomocao.pdf)
- Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_bucal\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_bucal_pessoa_deficiencia.pdf)
  - Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atencao\\_saude\\_pessoa\\_estomia.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_saude_pessoa_estomia.pdf)
  - Redes Estratégicas do SUS – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: <https://www.redesestrategicassus.org/#/home>
  - Vídeos Modos de CER:
    - Vídeo 1: <https://www.youtube.com/watch?v=9OTev5hyphI>
    - Vídeo 2: <https://www.youtube.com/watch?v=uXq6VH9Njb0>
    - Vídeo 3: <https://www.youtube.com/watch?v=pc3DWJBUHM0>
    - Vídeo 4: [https://www.youtube.com/watch?v=Mn\\_3Kp576Wg](https://www.youtube.com/watch?v=Mn_3Kp576Wg)
    - Vídeo 5: <https://www.youtube.com/watch?v=GZeO17Hrfhg>
  - Vídeos voltados às pessoas com deficiência e suas especificidades (visual, auditiva, física e intelectual) no âmbito da emergência pela Covid-19:
    - Vídeo 1: Cuidado à pessoa com mobilidade reduzida no contexto da COVID-19. Objetivo: Apresentar às pessoas com mobilidade reduzida e aos seus cuidadores/assistentes pessoais orientações e medidas de prevenção e cuidado quanto a COVID-19: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/video/215>
    - Vídeo 2: Cuidado à pessoa com deficiência auditiva no contexto da COVID-19. Objetivo: Apresentar às pessoas com deficiência auditiva orientações e medidas de prevenção e cuidado bem como orientar às demais pessoas sobre a comunicação com as pessoas com deficiência auditiva no contexto da COVID-19: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/video/216>
    - Vídeo 3: Cuidado à pessoa com deficiência visual no contexto da COVID-19. Objetivo: Apresentar às pessoas com mobilidade reduzida e aos seus cuidadores/assistentes pessoais orientações e medidas de prevenção e cuidado quanto a COVID-19: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/video/217>
    - Vídeo 4: Cuidado à Pessoa com Deficiência Intelectual/ Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) / Deficiências Múltiplas no contexto da COVID-19. Objetivo: Apresentar às famílias, cuidadores e as pessoas com Deficiência Intelectual/ Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)/Deficiências Múltiplas orientações e medidas de prevenção e cuidado quanto a COVID-19: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/video/218>
    - Vídeo 5: Cuidado à Pessoa com Limitações na Comunicação no Contexto do COVID-19. Objetivo: Apresentar estratégias para auxiliar as pessoas com limitação na comunicação e seus cuidadores/assistentes pessoais a traçar estratégias de comunicação alternativas para garantir as expressão e compreensão das suas necessidades no contexto da COVID-19: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/video/219>.
    - Cursos de capacitação de profissionais de saúde para o cuidado à pessoa com deficiência (<https://www.unasus.ufma.br/cursos>):

## ANEXO XII

### Elaboração de Relatórios

Sempre que solicitado relatório com elaboração de PTS (seja compartilhado com outros equipamentos da rede ou não), o CER deverá seguir o modelo abaixo:

- **Avaliação multiprofissional realizada**, contendo quais profissionais e serviços participaram, assim como a data em que ocorreu;
- **PTS:**
  - **Diagnóstico:** delineamento da situação problema, identificando os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos que influenciam no caso. É importante, nessa etapa, identificar os sujeitos envolvidos, as vulnerabilidades e a rede de apoio existente, e não apenas os aspectos clínicos do caso.
  - **Definição de metas:** após a descrição do caso e levantamento dos pontos a serem trabalhados com o usuário e a família, importante que a equipe estabeleça metas a serem alcançadas **a curto, médio e longo prazo**. Essas metas devem ser negociadas com o sujeito e demais pessoas envolvidas.
  - **Divisão de responsabilidade:** as tarefas de cada profissional envolvido no cuidado devem ser claras, assim como o papel do usuário e sua família.
  - **Periodicidade:** inserir a frequência de cada especialidade envolvida no cuidado (por exemplo: fono 2x por semana no CER, TO 1x por semana no CAPS, psico 1x por semana na UBS).
  - **Adesão ao PTS proposto:** descrever detalhadamente como tem sido a adesão da família ao PTS e assiduidade dos agendamentos.
  - **Objetivos a serem trabalhados:** descrever os objetivos esperados e estratégias terapêuticas que estão ou que serão utilizadas para o alcance dos objetivos.
  - **Reavaliação:** momento onde a equipe fará a discussão do caso, verificando o que teve êxito e o que precisa ser reformulado para ter melhor resposta e adesão do usuário e família.

- **Intervenções realizadas até o momento;**

Para os casos de usuários que já foram atendidos na rede, além das informações acima, os serviços deverão relatar as intervenções realizadas até o momento e quais os encaminhamentos dados. Por exemplo: paciente realizou TO 1x por semana durante 6 meses no CER e grupo no CAPS por 1 ano. Após isto, teve alta do CER e do CAPS, mas continuará tendo seu acompanhamento em saúde na UBS, podendo retornar aos serviços, caso a UBS identifique nova demanda.

- **Informar qual tem sido ou qual foi o papel de cada serviço:**

Descrever qual foi o papel UBS, CAPS e/ou CER neste cuidado (por exemplo: CER oferta/ofertou terapia individual para trabalhar questões relativas às AVDs e

comunicação/linguagem. CAPS ofertou terapia em grupo a fim de estimular a socialização e melhora das alterações comportamentais, UBS realiza o acompanhamento em saúde do usuário, como consultas, vacinas, saúde bucal, etc...).

- **Ações intra e intersetoriais realizadas e programadas:**

Importante relatar aqui as articulações com a escola, com a assistência social, esporte, dentre outros.

Se após as avaliações a equipe identificar que não há indicação para a inserção em alguma das especialidades pleiteadas no processo, o relatório elaborado também deverá conter esta justificativa de forma técnica e detalhada.

Nas judicializações relacionadas ao Transtorno do Espectro do Autismo, em que se solicita acompanhamento multiprofissional, caso o município não tenha indicação terapêutica para todos os serviços preconizados pela Linha de Cuidado, o relatório deverá apontar a justificativa técnica para a não inclusão no equipamento.

Ressaltamos, por fim, que o relatório deverá ser assinado também pelos profissionais técnicos envolvidos diretamente nos atendimentos.

## ANEXO XIII

# DIRETRIZES PARA AVALIAÇÃO, PRESCRIÇÃO E CONCESSÃO DE CALÇADOS E PALMILHAS NO CER

**Atualização 10/2024**

De forma a complementar as diretrizes para dispensação de OPM já estabelecidas e em andamento no CER, conforme o documento Diretrizes para a Organização das Ações de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, disponível em [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOC\\_NORTEADOR\\_AT\\_Pc\\_D\\_FINAL\\_JANEIRO\\_22\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOC_NORTEADOR_AT_Pc_D_FINAL_JANEIRO_22(1).pdf), foi elaborada esta diretriz, cujo objetivo é detalhar os critérios para a concessão de calçados e palmilhas pelos CER.

### **ACESSO AO CER**

#### Avaliação Multiprofissional em Reabilitação Física:

O processo se inicia através da Avaliação Multiprofissional em Reabilitação Física no CER, quando a equipe identifica as necessidades de reabilitação e qual a OPM mais adequada para cada usuário, iniciando assim, o processo de concessão do dispositivo.

Calçados e palmilhas devem ser inseridos em fila de espera no Siga e inativados pelo CER solicitante tão logo sejam agendados no Polo de referência. Após a entrega, compete ao CER executante o apontamento em BPA individual.

### **ATRIBUIÇÕES**

**A dispensação da OPM realizada no CER integra o processo de reabilitação**, sendo essencial a garantia do cuidado terapêutico conforme a necessidade da pessoa. Desta forma, compete ao profissional prescritor deste serviço realizar avaliação detalhada do usuário, a fim de identificar ou confirmar a necessidade da OPM e garantir uma indicação assertiva do dispositivo, evitando assim, concessões indevidas que resultem em uso inadequado dos recursos públicos e a não adesão por parte do usuário. A mesma orientação é válida para os casos onde o paciente comparece ao CER com prescrição realizada por profissionais externos. Em caso de dúvidas ou incompatibilidades, orientamos que a indicação seja previamente discutida com o profissional que encaminhou ao CER, uma vez que a responsabilidade pela entrega do equipamento será sempre do serviço referência para a aquisição do dispositivo.

## ORIENTAÇÕES TÉCNICAS PARA A PRESCRIÇÃO DE CALÇADOS E PALMILHAS

### 1. Palmilhas / calçados para crianças (de 01 a 10 anos):

- Realizar análise da marcha, teste de mobilidade (Jack Test) para identificar se o pé plano é flexível ou rígido, avaliar a sensibilidade plantar, além de inspeção visual e palpação bilateral.
  - Pés planos **SEM** queixas: **NÃO** prescrever palmilhas para estas crianças, pois promover um suporte contínuo do arco resultará em um menor recrutamento dos músculos intrínsecos dos pés e tecidos moles adjacentes, o que dificultará a formação fisiológica do arco plantar e poderá aumentar a dependência de suportes externos para sua sustentação. Ressaltando que o arco plantar, normalmente, se desenvolve na primeira década de vida após maturação fisiológica. O CER e/ou e-Multi deverá monitorar o caso e intervir com orientações e estimulações.
  - Pés planos **sintomáticos**, ou seja, quando a criança apresenta quedas frequentes, dificuldades em realizar atividades, deformidade moderada/grave, dor nos pés e/ou alterações em quadril e joelhos devido à disfunção plantar: avaliar a indicação de calçado e/ou palmilhas. Neste caso, o CER deverá acompanhar a criança de forma sistemática após o recebimento da OPM.
  - ⊖ Para crianças que apresentam marcha em ponta associada ao Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), deverá ser elaborado um plano de prevenção e tratamento específico, respeitando as singularidades do quadro. É fundamental que aspectos sensoriais sejam avaliados antes da prescrição de palmilhas e órteses, uma vez que, na maioria dos casos, a dificuldade reside no processamento e na modulação sensorial. Intervenções precoces são essenciais nesses casos, pois o atraso no tratamento poderá resultar em encurtamento do tendão calcâneo e, conseqüentemente, causar sequelas permanentes. O enfoque deverá ser dado a atendimentos que incluam estímulos sensoriais, proprioceptivos e vestibulares e de forma multidisciplinar. A terapia deve também incluir exercícios que favoreçam o reequilíbrio muscular e articular.
- Se a marcha em ponta estiver associada a condições neurológicas, como espasticidade, pode ser necessária a indicação de órteses em polipropileno para promover um melhor alinhamento e funcionalidade dos membros inferiores.

### 2. Palmilhas para pés planos ou cavos dolorosos / Fasciopatias:

- Paciente com pés planos ou cavos **SEM** queixas ou comprometimentos funcionais **NÃO** devem ser palmilhados;
- O Guideline publicado na JOSPT (Koc Jr *et al.*, 2023), aponta que dentre os fatores de risco associados a fasciopatias plantares estão:

- Limitação de amplitude de movimento em dorsiflexão;
- Sobrepeso em população sedentária;
- Realização de atividades laborais por tempo prolongado em bipedestação, utilizando calçados inadequados e com baixa absorção de impacto.
- Desta forma, a avaliação deve conter anamnese detalhada para compreender o contexto doloroso, assim como palpação bilateral, testes de mobilidade e inspeção visual.
- Reforçamos que a palmilha não substitui a intervenção terapêutica, a qual inclui prescrição de exercícios para fortalecimento da musculatura intrínseca do pé, ganho de mobilidade através de exercícios, alongamentos (em caso de encurtamento muscular), além de outros recursos que se façam necessários. Tal atribuição compete ao CER ou profissional da eMulti de referência do usuário.
- Nem sempre é necessária a prescrição do calçado associado, pois em alguns casos é possível adaptar a palmilha ao calçado do usuário. Desta forma, é importante que no dia do Polo o usuário compareça ao serviço com o calçado que utiliza com maior frequência para verificar se é possível utilizá-lo com a palmilha.
- Em casos onde a dor no pé é de origem sistêmica, como doenças vasculares ou neuropáticas, as palmilhas podem não abordar a causa e, portanto, podem não ser eficazes. É preciso avaliar com critério.

### 3. Calçados / Palmilhas para pés neuropáticos:

- Poderão se beneficiar pacientes com Diabetes Mellitus e risco de feridas, neuropatia periférica por alcoolismo, neuropatias hereditárias, dentre outros.
- Realizar inspeção para identificar bolhas, calosidades e pontos de pressão em ambos os pés, teste de sensibilidade, avaliar a funcionalidade, as deformidades instaladas, padrões de marcha e, se necessário, realizar atendimento compartilhado com a enfermagem para análise das ulcerações. Importante salientar que cerca de 30% das lesões por pressão ocorrem no hálux, 22% na cabeça do I dedo e 1% no calcâneo. Desta forma, estas áreas precisam ser avaliadas com critério e atenção.
- A prescrição obrigatoriamente precisar estar em consenso com o usuário, uma vez que muitos rejeitam o uso do calçado em função das questões estéticas;
- Os usuários que já utilizam este tipo de dispositivo ou que apresentam pontos de pressão, com laceração frequente da pele, marcha claudicante e que já tiveram lesões por pressão com ou sem amputação são prioridades para o CER. Demais casos deverão aguardar em fila de espera para avaliação multiprofissional em reabilitação física.
- Lembrando que nem todos os pacientes **diabéticos** têm o pé neuropático e podem se beneficiar de calçados ou palmilhas.

### 4. Discrepância de membros:

- As dimetrias podem ser adquiridas (como pós traumas ou fixação de fraturas com osteossíntese, por exemplo) ou naturais;
- Dimetrias naturais: até 5mm parecem não causar repercussão, pois as compensações podem ajustar e, neste caso, o usuário pode não ter indicação para palmilhas;

- As alterações de marcha podem ocorrer em dismetrias acima de 1cm. Neste caso correlacionar com a sintomatologia do paciente;
  - **Para agendamento no Polo, o usuário já deverá ter realizado o exame de escanometria;**
  - Uma vez que o paciente pode necessitar de um período de adaptação, é fundamental que o CER realize monitoramento constante durante as primeiras semanas de uso.
5. Calçado sob medida:
- Calçados sob medida são projetados para fornecer conforto, suporte e proteção para os casos com deformidades congênitas ou adquiridas, como por exemplo, as artrites, artropatias de Charcot, deformidades instaladas pós traumas, dentre outros.

#### ENTREGA DOS CALÇADOS E PALMILHAS

- Após a dispensação, o uso deverá ser monitorado pelo serviço que acompanha efetivamente o usuário, podendo ser o CER, UBS, eMulti ou Polo de Curativo;
- É fundamental observar se o equipamento atendeu às demandas do usuário, se o uso está correto e se não está ocasionando pontos de pressão;
- Palmilhas necessitam de período de adaptação e o início do uso deve ser gradual;
- Para pacientes com pés neuropáticos, além das observações acima, também é preciso orientar sobre o autocuidado e uso de meia branca de algodão, de preferência, sem costuras. Condições como micoses, úlceras ou feridas abertas nos pés podem ser exacerbadas pelo uso inadequado de palmilhas e calçados.
- Em caso de má adaptação ao calçado/palmilha, compete ao CER realizar a reavaliação e, se necessário, agendar o usuário em dia de Polo com a empresa para que sejam feitos os ajustes necessários.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando detectada a necessidade prioritária da OPM pela UBS, eMulti, Polo de Curativo ou EMAD, cada Coordenadoria e/ou Supervisão de Saúde do território deverá se responsabilizar pela articulação destes serviços com os CER para atendimento dos pacientes e dispensação do dispositivo. Outras demandas levantadas pelo usuário nessa avaliação deverão ser acolhidas pela equipe do CER e o mesmo não deverá ser contra referenciado à UBS para que seja inserido em fila de espera para Avaliação Multiprofissional.

Em conformidade com o Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), **as prescrições** somente podem ocorrer por **profissionais terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos.**

A prescrição de um calçado **não** requer obrigatoriamente de uma prescrição de palmilha associada e vice-versa, pois muitos calçados já são fornecidos com a palmilha.

Ressaltamos, por fim, que a substituição de palmilhas e calçados segue as normativas do Ministério da Saúde para dispensação de OPM e não deverão ser fornecidas em período inferior a 02 (dois) anos. Em casos de exceção, perante justificativas plausíveis e mediante apresentação do último item dispensado, o usuário poderá receber um novo calçado ou palmilha em tempo inferior a 02 anos, porém **NUNCA** antes de 01 (um) ano.

Ressaltando, por fim, que palmilha é parte integrante de um tratamento. Logo, seu uso nem sempre será por toda a vida, principalmente, nos casos de pés planos ou cavos dolorosos e fasciopatias, onde se faz necessária a intervenção terapêutica associada.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Para a Organização das Ações de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. São Paulo; 2022.
2. Secretaria Municipal de Saúde. Linha de Cuidado da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo – TEA. São Paulo; 2022.
3. DECRETO Nº 63.018 DE 11 DE DEZEMBRO DE 2023. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-63018-de-11-de-dezembro-de-2023>
4. Koc Jr TA et al. Heel Pain-Plantar Fasciitis: Revision 2023. J Orthop Sports Phys Ther 2023; 53(12): CPG1-CPG39.



CIDADE DE  
**SÃO PAULO**  
SAÚDE