

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência à Saúde

Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Assistência à Saúde

Assessoria Técnica

Área Técnica de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 140, sobreloja

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 3315 / 315 2271

Fax: (61) 315 3403

E-mail: saudedeficiente@saude.gov.br

Diretora da Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde

Sônia Barros

Área Técnica de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

Sheila Miranda da Silva

Organização:

Fátima Oliveira

Sheila Miranda da Silva

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.

Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

216 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0634-7

1. Pessoas Portadoras de Deficiência. 2. Legislação em Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM HV 1551

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Sumário

Apresentação.....	5
--------------------------	----------

Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

1. Introdução.....	9
2. Propósito	19
3. Diretrizes	20
4. Responsabilidades Institucionais.....	28
5. Acompanhamento e Avaliação.....	34
6. Terminologia	35
7. Bibliografia Consultada.....	40

Portarias do Ministério da Saúde

PORTARIA MS/SAS N.º 303, DE 2 DE JULHO DE 1992.....	45
PORTARIA MS/SAS N.º 304, DE 2 DE JULHO DE 1992.....	49
PORTARIA MS/SAS N.º 305, DE 2 DE JULHO DE 1992.....	54
PORTARIA MS/SAS N.º 306, DE 2 DE JULHO DE 1992.....	56
PORTARIA MS/SAS N.º 116, DE 9 DE SETEMBRO DE 1993.....	58
PORTARIA MS/SAS N.º 146, DE 14 DE OUTUBRO DE 1993	67
PORTARIA MS/SAS N.º 388, DE 28 DE JULHO DE 1999.....	69
PORTARIA MS/GM N.º 1.278, DE 20 DE OUTUBRO DE 1999	82
PORTARIA MS/SAS N.º 584, DE 21 DE OUTUBRO DE 1999	93
PORTARIA MS/SAS N.º 432, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000	95
PORTARIA MS/GM N.º 818, DE 5 DE JUNHO DE 2001	121
PORTARIA MS/SAS N.º 185, DE 5 DE JUNHO DE 2001	148
PORTARIA MS/GM N.º 822, DE 6 DE JUNHO DE 2001	164
PORTARIA MS/SAS N.º 298, DE 9 DE AGOSTO DE 2001	192
PORTARIA MS/GM N.º 1.531, DE 4 DE SETEMBRO DE 2001	196
PORTARIA MS/SAS N.º 364, DE 5 DE SETEMBRO DE 2001.....	197
PORTARIA MS/GM N.º 1.635, DE 12 DE SETEMBRO DE 2002	209

Apresentação

Em conformidade com o artigo 23, Capítulo II da Constituição Federal de 1988, que determina “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”, o Ministério da Saúde vem tendo uma atuação efetiva no sentido de incluir a atenção à saúde da população portadora de deficiências no Sistema Único de Saúde, de forma articulada entre os três níveis de governo, na perspectiva da universalização e integralidade da assistência e da descentralização das ações.

Nesse sentido, desde 1992, o Ministério da Saúde expediu uma série de atos legais para viabilizar a organização da assistência e da reabilitação para essa população. São Portarias, Resoluções e Instruções Normativas que regulamentam a assistência, na perspectiva da atenção integral à saúde da pessoa portadora de deficiência, inaugurando um modelo assistencial pautado na abordagem multiprofissional e multidisciplinar, com ênfase nas ações de promoção à saúde, reabilitação e inclusão social.

Entre os anos de 1999/2000, o Ministério da Saúde dedicou-se à elaboração da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, publicada em 2002, que contou com ampla participação de representantes de instituições profissionais e de usuários, vinculados à questão. Instrumento orientador das ações do setor Saúde para esse segmento populacional, a Política Nacional tem como propósito definir diretrizes e responsabilidades institucionais, com vistas a criar condições para a reabilitação da pessoa portadora de deficiências “na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências”.

Esta publicação reúne o conjunto de atos legais que norteiam esse processo, no período de 1992 a 2002, inclusive a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, tornando-os acessíveis aos gestores e profissionais de saúde e aos segmentos sociais envolvidos com o tema, de modo a contribuir para a efetiva implementação da atenção integral ao portador de deficiência no Sistema Único de Saúde.



Renilson Rehem de Souza
Secretário de Assistência à Saúde

**Política Nacional
de Saúde da Pessoa
Portadora de Deficiência**

1. Introdução

Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis n.º 7.853/89 e n.º 8.080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde –, bem como o Decreto n.º 3.298/99.

Em seu artigo 23, Capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

Já a Lei n.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2.º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei Orgânica da Saúde, destacam-se o relativo “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (art. 7.º Incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano”.

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a “estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiências, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão” (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde – do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas – ONU – que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população portadora de deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembléia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução n.º 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Nesse

Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação, etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.

No âmbito específico do setor, cabe registro a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID, elaborada pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1989, que definiu deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta – devida a uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais).

A OMS, quase dez anos depois – em 1997 –, rerepresentou essa Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora denominada Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde – CIDDDM-2, o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés da valorização das incapacidades e das limitações.

O CIDDDM-2 concebe a deficiência como uma perda ou anormalidade de uma parte do corpo (estrutura) ou função corporal (fisiológica), incluindo as funções mentais. Já a atividade está relacionada com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde aquelas simples até as habilidades e condutas complexas. A limitação da atividade, antes conceituada como incapacidade, é agora entendida como uma dificuldade no desempenho pessoal. A raiz da incapacidade é a limitação no desempenho da atividade que deriva totalmente da pessoa. No entanto, o termo incapacidade não é mais utilizado porque pode ser tomado como uma desqualificação social. Ampliando o conceito, essa Classificação Internacional inclui a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental.

Essa nova abordagem representa um outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas portadoras de deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida “como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (Sasaki, 1997, p.3).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas portadoras de deficiências significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Em alguns países, como os Estados Unidos e o Canadá, são consideradas pessoas com incapacidades todas aquelas que têm alguma desvantagem e ou dificuldade de desempenho funcional, o que engloba a população de idosos e de portadores de doenças crônicas potencialmente incapacitantes. No Brasil, a cultura vigente e a definição legal consideram pessoas com deficiência aquelas pertencentes aos segmentos com déficit mental, motor, sensorial e múltiplo.

Para fins de delimitação da problemática das deficiências no Brasil, são apresentados neste documento os tipos de deficiências mais abrangentes e freqüentes, segundo a classificação adotada pela OMS, ou seja, as pessoas portadoras de deficiência mental, motora, auditiva, visual e múltipla.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência, das quais: 5% é portadora de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual; e 1% de deficiência múltipla. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas portadoras de deficiência.

A Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar – Pnad, realizada em 1981, incluiu questões relativas à deficiência: número e tipos de deficientes e assistência recebida) O resultado mostrou que 2% da população é portadora de deficiência, das quais quase a metade diz respeito à deficiência motora. Essa pesquisa aponta, da mesma forma que o Censo realizado em 1991, uma maior prevalência de incapacidades sensoriais e motoras na população acima de 50 anos de idade.

Os resultados do Censo de 1991, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, indicam um percentual de 1,14% de pessoas portadoras de deficiências na população brasileira. Nesse Censo, foram considerados apenas os que responderam de forma positiva aos quesitos de maior grau de deficiência.

Apesar dessa limitação metodológica, o inquérito censitário traz alguns indicativos importantes. De acordo com dados desse Censo, em relação à deficiência mental há um significativo aumento a partir dos 5 anos de idade, mostrando não só o papel da escola na identificação da deficiência, mas apontando para a necessidade de um diagnóstico mais precoce, bem como para avaliações educacionais mais precisas, evitando-se correr o risco de enquadrar-se como portadores de deficiência mental, pessoas com problemas psicológicos, neurológicos ou mesmo socioeconômicos, que interferem no processo de aprendizagem.

Em relação a gênero, o Censo mostrou que 50,4% da população geral era do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino. Já a população de deficientes apresentou-se de forma inversa: 44,4% do sexo feminino e 55,65 do masculino. A diferença maior ocorre quanto a deficiência mental e, principalmente, a deficiência motora. A maior prevalência de deficiência motora na população masculina, predominante entre jovens e adultos, sugere decorrer sobretudo das causas externas, tais como os acidentes de trabalho, de trânsito, etc. De outra parte, não se encontra justificativa para a incidência maior de deficiência mental no sexo masculino até a faixa etária de 50 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a situação se inverte com predomínio de deficiência mental no sexo feminino. Vários fatores poderão estar relacionados, destacando-se, em especial, o aumento da vida média da população feminina.

Os resultados do Censo 91, por outro lado, não indicam diferença na prevalência de deficiências entre as populações urbanas e rurais; em relação à deficiência motora especificamente, há um relativo aumento na faixa de 20 anos ou mais de idade na população da região urbana, justificável pelos mesmos fatores citados anteriormente (violências e acidentes).

Tanto os resultados da Pnad/81 quanto os do Censo/91, ambos por amostragem e de abrangência nacional, apresentam percentuais inferiores aos estimados pela OMS. Essa diferença pode estar relacionada aos procedimentos metodológicos, como os critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e a própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema. Os números estimados pela OMS, assim como os do Censo e da Pnad, parecem não representar, na média, a realidade do País no que diz respeito à prevalência de deficiências, considerando as diversidades regionais e seus impactos nas condições de vida e saúde da população. As causas, assim como as conseqüências da deficiência, sejam no nível individual do próprio portador de deficiência, ou no nível de toda a sociedade, variam de país para país e resultam das circunstâncias socioeconômicas e das diferentes políticas que os estados adotam com vistas ao bem-estar dos seus cidadãos (Corde, 1996).

As principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas; abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violências e de acidentes de trânsito.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas a males crônico-degenerativos, como a hipertensão arterial, a diabetes, o infarto, os acidentes vasculo-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose e outros. As doenças cerebrovasculares são a terceira causa de morte no Brasil, com prevalência de 5,8 casos por mil habitantes, acima de 25 anos de idade, significando algo em torno de 100 mil óbitos anuais (Datusus, 1997).

Essas doenças cerebrovasculares têm potencial altamente incapacitante. Estatísticas norte-americanas indicam que, para cada óbito em decorrência dessas doenças, pode haver mais de uma sobrevivida. Estima-se que, nos Estados Unidos, existam 612 hemiplégicos por 100 mil habitantes (Hamillar, 1997).

Dados obtidos pelo Datusus demonstram que na cidade de São Paulo, no período 1997/98, a curva de crescimento da ocorrência por acidente vasculoencefálico inicia-se na faixa etária dos 25 anos de idade, acentuando o seu crescimento a partir da faixa etária dos 65 anos ou mais de idade, atingindo cerca de 44% da população nesta faixa etária, com taxa de mortalidade em torno de 22,55%. Na população em geral, a taxa de mortalidade mantém-se em torno de 16%, elevando-se somente na faixa dos 65 anos ou mais de idade, como era de se esperar, devido ao envelhecimento.

Sendo assim, os números sugerem que existe um grande contingente de indivíduos portadores de hemiplegia e ou outras seqüelas decorrentes de AVC. A faixa etária produtiva, como indicam os dados, também é atingida por acidente vascular encefálico, trazendo assim uma importante perda para o setor produtivo.

Estudo realizado em dezembro de 1998, pela Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Fmusp, em 800 pacientes matriculados, indica, entre as principais deficiências identificadas, a seguinte distribuição: hemiplegia, 18,12%; seqüela de lesão medular, 17,8%; seqüela de doenças osteoarticular e neuroevolutivas 14,7%; seqüela de hemofilia, lesão por esforço repetitivo – LER, insuficiências vasculares periféricas pós-trauma e cardiopatias, 23,0%; e seqüelas incapacitantes em idosos, 2,8%. O mesmo estudo aponta a paralisia cerebral como uma importante causa das deficiências em crianças avaliadas em 1998, atingindo a cerca de 16,4%.

A crescente urbanização e industrialização, sem os devidos cuidados com a preservação da vida e do meio ambiente, gera o aumento de incapacidades. Há indícios

de correlação entre o aumento de incapacidade e a incidência de neuroses, doenças psicossomáticas, alcoolismo, vício de drogas, acidentes de trânsito e violência urbana. Levantamento realizado nos hospitais ligados ao SUS mostrou que, em 1997, foram atendidos 6.388 pacientes com fratura da coluna vertebral, representando taxas de internação mais elevadas que nos anos anteriores. Mais de 50% desses casos correspondem a fraturas nos segmentos cervical e dorsal, o que evidencia a gravidade da situação e a provável ocorrência de deficiências (Laurenti et al, 1998).

Quanto à lesão medular, estudo feito também na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Fmusp, em 174 pacientes, apresenta a lesão traumática como a causa de 78% dos casos, assim distribuídos: ferimento por armas de fogo, 33%; acidente de trânsito, 19,5%; queda de altura, 19,5%; ferimento por arma branca, 2,4%; queda de objeto, 2,4%; acidente desportivo, 1,2% (Salimene, 1995). Nesse estudo, verificou-se que a faixa etária preponderantemente atingida era a de 18 a 35 anos de idade, com 53% dos indivíduos, sendo que 81,7% dos casos eram do sexo masculino.

Já o estudo procedido em pacientes atendidos na rede Sarah, em 1997, informa que do total de 293 pacientes com traumatismo da coluna vertebral, registrados naquele ano, 42% foram vítimas de acidentes de trânsito; 24% de disparo de armas de fogo; 12% de mergulhos em águas rasas; 11,6% de quedas e 9,5% de outros tipos de acidentes e violências.

Clifton (1993), estudando a área de Houston – Gaves, no Texas, em 1981, encontrou 183 pacientes portadores de lesão medular, dos quais 106 – 57,9% – eram paraplégicos. A faixa etária de maior incidência foi a de 15 a 24 anos de idade – 42,26% –, seguida daquela compreendida entre 25 a 34 anos de idade – 31,7% –, com predomínio do sexo masculino. A etiologia mais freqüente foi acidente de automóveis – 41 casos –, seguido de perto por acidentes provocados por armas de fogo (38 casos). Barros Filho (1990), realizando estudos clínicos em pacientes com traumatismo da coluna vertebral e déficit neurológico, internados no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da USP, no período de 1982 a 1987, constatou que, dos 428 pacientes, 94,3% eram do sexo masculino e na faixa etária de 21 a 30 anos. A causa principal foi ferimento por armas de fogo (34,5%).

Ao se comparar os estudos de Clifton (1993) e de Barros Filho (1990), constata-se uma semelhança entre os dados detectados em um grande centro urbano norte-americano e São Paulo, em termos da etiologia e das características da população mais vulnerável às lesões traumáticas. Aliados àqueles observados na Divisão de Medicina e Reabilitação do Hospital das Clínicas, anteriormente citados, os resultados confirmam a violência urbana, os acidentes de trânsito e os acidentes de trabalho como importantes agentes causadores de deficiências no Brasil, neste final de século, especialmente em centros urbanos de médio e grande portes.

Analisando o problema em relação às deficiências foco desta Política – motora, visual, auditiva, mental e múltipla –, cabe assinalar inicialmente que a deficiência motora assume maior relevo a partir dos 25 anos de idade, refletindo a importância dos acidentes, das violências e de certas doenças na gênese desta deficiência.

As pessoas portadoras de deficiência motora ressentem-se de uma variedade de condições neurossensoriais que as afetam em termos de mobilidade, de coordenação motora geral ou da fala, como decorrência de lesões nervosas, neuromusculares e osteoarticulares ou, ainda, de má-formação congênita ou adquirida. Dependendo do caso, as pessoas que têm problemas de locomoção conseguem movimentar-se com a ajuda de prótese, cadeira de rodas ou outros aparelhos auxiliares. Ao desenvolver determinadas habilidades, essas pessoas podem ter condições de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônomas e independentes.

A deficiência visual compreende uma situação irreversível de diminuição da visão, mesmo após tratamento clínico e ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. O portador de deficiência visual total ou com baixa visão tem restringida a sua velocidade de trabalho,

a orientação e a mobilidade, bem como a sua capacidade de realizar tarefas. Essa deficiência é classificada pela OMS em categorias que abrangem desde a perda visual leve até a ausência total de visão. A adoção dessa classificação é recomendada para que se possa ter uma maior uniformidade de dados estatísticos e estudos epidemiológicos comparativos entre os diferentes países. Entretanto, é apenas quantitativa, baseada em valores de acuidade visual (CID).

A OMS estima que existam 38 milhões de pessoas cegas no mundo, das quais 1,5 milhão são crianças menores de 16 anos de idade. Cerca de 110 milhões de pessoas possuem baixa visão, perfazendo, assim, um total de 148 milhões de pessoas com deficiência visual. Cabe assinalar que, dois terços ou mais da cegueira total existente são evitáveis, ou seja, pode ser tanto prevenida, quanto tratada. A prevalência da cegueira varia nas diferentes partes do mundo. O Brasil e a América Latina estão, de modo geral, incluídos entre as regiões de economia e serviços de saúde razoáveis, onde se calcula que existam de 0,6 a 0,9 pessoas cegas para cada mil habitantes, sendo que o número daquelas com baixa visão é três vezes maior.

Em crianças, as causas oculares mais comuns de perda visual são as de origem infecciosa congênita, como a rubéola e a toxoplasmose, ou as doenças adquiridas durante os primeiros meses de vida e as de causa hereditária (Barbieri, 1984; Waisberg, 1984; Sato e cols., 1987; Kara-José e cols., 1995; Reis e cols., 1998). As de origem cerebral estão associadas a seqüelas neurológicas causadas principalmente pela prematuridade, síndromes e malformações congênitas associadas a múltiplas deficiências que, muitas vezes, sobrepõem a importância da deficiência visual (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

No adulto, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência das doenças crônico-degenerativas – as quais aumentam com a idade –, as principais causas de perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma e a degeneração muscular senil. A catarata, embora seja uma das principais causas de cegueira no Brasil – mais de 70% dos casos –, não é incluída nas estatísticas de baixa visão por ser tratável e sua perda visual ser reversível após cirurgia e correção óptica convencional, como, por exemplo, o uso de óculos (Carvalho, 1993; OMS, 1994).

A deficiência auditiva, caracterizada pela perda total ou parcial da capacidade de ouvir, manifesta-se como surdez leve e moderada e surdez severa ou profunda. Assim como na visual, as pessoas portadoras de deficiência auditiva podem ser afetadas na sua aprendizagem e no seu desenvolvimento integral. A estimativa da OMS, em 1993, é de que 1,5% da população brasileira – cerca de 2.250.000 habitantes – seria portadora dessa deficiência. As causas de deficiência auditiva, de moderada a profunda, mais freqüente em crianças são a rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. Contudo, em cerca de 33% dos casos não se consegue estabelecer uma etiologia para essa afecção. Nos casos de deficiência auditiva de leve a moderada, a otite média é a causa mais freqüente na infância, com uma incidência ao redor de 33%.

Em 1989, 90% de crianças e adolescentes até 16 anos de idade que procuraram o departamento de otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, com suspeita de deficiência auditiva, tiveram esta deficiência confirmada após terem sido avaliados clinicamente e submetidos a exames especializados. Desses, 90% apresentaram deficiência auditiva severa ou profunda, dos quais 95% bilateral. Quanto à causa, concluiu-se que 45% dos casos eram de deficiência auditiva congênita; 22%, pós-natal; e 32,5%, de origem desconhecida. Nas deficiências auditivas congênitas, 16% tiveram como causa a rubéola materno-fetal; 10% associadas a prematuridade (baixo peso e hipoxemia); 9% hereditária; 1% em decorrência de casamento consanguíneo; e 11% de outras causas (Castro, 1991).

Na literatura internacional, a presbiacusia – perda auditiva devido à idade – é apontada como a principal causa de deficiência auditiva nos idosos, com uma incidência de cerca de 30% na população com mais de 65 anos de idade. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, é apontado como a segunda principal causa de perda auditiva neurossensorial entre os adultos. Dados semelhantes foram reportados por Silveira em 1992.

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Mental – AAMD, na deficiência mental observa-se uma substancial limitação da capacidade de aprendizagem do indivíduo e de suas habilidades para a vida diária. O portador dessa deficiência, assim, caracteriza-se por apresentar um déficit na inteligência conceitual, prática e social. Já a deficiência múltipla é a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias – mental, visual, auditiva e motora –, com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

Em relação a essas deficiências, existem poucos estudos no Brasil que apresentam um perfil mais abrangente dos agentes etiológicos envolvidos na sua determinação. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de portadores de deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de portadores de deficiência mental, 106 casos (12,47%) de portadores de deficiência motora (paralisia cerebral) e 90 casos (10,58%) de deficiência múltipla (mental e motora).

Nesse estudo, a análise da parcela de pessoas portadoras de deficiência motora e deficiência múltipla – 196 casos no total – levou a concluir que múltiplos fatores foram os agentes etiológicos mais freqüentemente envolvidos, correspondendo a 32 casos ou 16,3% da amostra. Esses resultados apontam para um somatório de agressões envolvendo o sistema nervoso nos períodos pré e perinatais e ou nos primeiros dias de vida. Os “fatores ignorados” – 31 casos ou 15,8% – aparecem em segundo lugar, o que pode estar refletindo o pouco acesso da população aos meios diagnósticos.

A anóxia perinatal figura como a terceira causa de deficiências nesse grupo estudado, com 29 casos ou 14,7%, destacando-se como o agente isolado mais freqüente. Isso demonstra a importância de medidas preventivas eficientes para evitar ou amenizar as lesões neurológicas ou físicas que podem ser evitadas, sobretudo durante os períodos pré e perinatal. Vale ressaltar, no entanto, que vários autores questionam a anóxia isolada como causadora de paralisia cerebral e que um índice de Apgar baixo necessariamente não determina quadros de paralisia cerebral.

Esses três agentes – múltiplos fatores, agentes ignorados e anóxia perinatal – atuam de vários modos e intensidade e os seus mecanismos de ação podem determinar desde agressões leves até graves. Como agentes infecciosos pré-natais estão a rubéola e a toxoplasmose, com 10 casos – 5,10% – em 196. De qualquer forma, há que se considerar a precariedade do atendimento pré-natal em algumas regiões, o que impossibilita o diagnóstico de muitos casos de doenças infecciosas. No conjunto dos fatores pós-natais, as infecções – meningite e meningoencefalites – têm nítido predomínio como fator isolado entre os demais: com 14 casos, corresponde a 7,14% do total de 196 analisados, sendo que, das causas pós-natais – 25 casos –, respondem por 56% dos casos.

Por não ser patologia de notificação compulsória, a paralisia cerebral apresenta-se como sendo de difícil avaliação em termos de incidência, até mesmo nos países do primeiro mundo, como na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde a incidência, na década de 50, apontava para 1,5 casos por 1.000 nascidos vivos e entre 1,5 e 5,9, respectivamente.

A morbidade aumentou nos países industrializados em função da redução da mortalidade perinatal, decorrente do aumento do índice de sobreviventes prematuros e com baixo peso. Pesquisas realizadas na Califórnia – EUA –, no período de 1983 a 1985, também apontam o baixo peso como fator associado à paralisia cerebral: de 192 casos, 47,4% eram de crianças com menos de 2.500g ao nascer.

Vale mencionar ainda a existência de doenças que, embora não estejam enquadradas como deficiência na classificação da OMS, produzem, direta ou indiretamente, graus de limitação variados e que são as condutas típicas, os distúrbios comportamentais, os distúrbios da fala e da linguagem e os transtornos orgânicos.

A despeito de as doenças crônicas apresentarem uma alta probabilidade de gerarem incapacidades, não configura objeto desta Política na sua prevenção primária, considerando que estão sendo contempladas em políticas específicas. No entanto, as doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial, a insuficiência coronária, as doenças do aparelho respiratório (como a enfisema), as doenças metabólicas (com as diabetes *mellitus* e as nefropatias), as doenças hematológicas (a anemia falciforme, as hemoglobinopatias e as hemofilias), bem como o reumatismo e a hanseníase constituem campo de intervenção desta Política a partir de desvantagens e incapacidades delas decorrentes.

As pessoas portadoras de ostomias representam um segmento que pode ser classificado como portadora de deficiência, na medida em que houve uma doença prévia que deixou uma deficiência do sistema excretor, que produz limitações em várias esferas da vida, tanto social, quanto pessoal. Essas pessoas estão cadastradas pelo SUS e formam uma população de sete mil pessoas. As deficiências sensoriais e múltiplas, excluída a paralisia cerebral, predominam após os 50 anos de idade, como conseqüência do processo de envelhecimento e do próprio aumento da vida média da população, refletindo o perfil de transição demográfica no País.

O Ministério da Saúde e a OMS apoiaram a realização de Estudos de Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagem, realizados em 11 cidades de diferentes regiões do País, entre os anos de 1992 e 1999. Utilizando a metodologia de entrevistas domiciliares proposta pela Opas/OMS, esses estudos indicaram percentuais de pessoas portadoras de deficiência que variam de 2,81%, em Brasília; a 4,00%, em Taguatinga/DF; 4,30%, em Canoas/RS; 4,80, em Campo Grande/MS; 6,11%, em Santos/SP; 6,18%, em Silva Jardim/RJ; 6,97%, em Maceió/AL; 5,05%, em Santo André/SP; 7,50%, em Niterói/RJ; 9,60%, em Feira de Santana/BA; e 5,9%, em São José dos Campos/SP.

É importante ressaltar que, por se tratar de cidades com perfis populacionais distintos, com localização espacial e regional variadas e com características diferentes em termos socioeconômicos, a generalização dos resultados para o Brasil como um todo é desaconselhável, o que não invalida a credibilidade dos resultados. Esses percentuais retratam a realidade local, sendo úteis para a composição de um quadro parcial da situação da deficiência nas regiões estudadas, que podem ajudar na compreensão do problema em localidades de perfis semelhantes.

Os resultados dos estudos de prevalência permitem afirmar que a incapacidade motora é a maioria dos casos de deficiência encontrada nas localidades estudadas, seguida pela deficiência mental. Quanto maior o número de idosos na amostra da pesquisa, maior é a prevalência de incapacidades da visão e da audição. Por outro lado, é elevado o número de casos de deficiência múltipla nos municípios de menor renda *per capita*, entre os estudados.

A análise da situação das pessoas portadoras de deficiência deve ser realizada no contexto de diversos níveis de desenvolvimento econômico e social e de diferentes culturas. Todavia, a responsabilidade fundamental de prevenir as condições que conduzem ao aparecimento de incapacidades e de fazer frente às suas conseqüências recai, em toda parte, sobre os governos. Isso não diminui a responsabilidade da sociedade em geral, nem dos indivíduos e nem das organizações em particular.

No Brasil, a atenção aos deficientes surgiu com o caráter de atendimento elementar, nas áreas de educação e de saúde, desenvolvida em instituições filantrópicas, evoluindo depois para o atendimento de reabilitação, sem assumir, contudo, uma abordagem integradora desse processo e preservando, na maioria dos casos, uma postura assistencialista. Segundo Maior – 1995 –, originalmente, a reabilitação no Brasil surge em “instituições filantrópicas, sem proposta de participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidas à margem do Estado” (p. 16).

Por outro lado, considerando que o atendimento integral à pessoa portadora de deficiência, por parte do poder público estatal, ainda é precário, as críticas que possam

ser feitas ao papel de entidades devem ser relativizadas. Além disso, devem estar sempre acompanhadas da ressalva de serem pioneiras e majoritárias na área da assistência social, educação e atenção médica a parcelas deste segmento populacional.

A situação da assistência à pessoa portadora de deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um reduzido número de pessoas portadoras de deficiência, além de não contemplar experiências comunitárias, e de seus resultados raramente ser avaliados (Corde, 1995). Todos os leitos de reabilitação, segundo código da tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS, estão concentrados nas regiões Centro-Oeste e Sudeste – os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro detêm 80% do total – e pertencem quase que exclusivamente ao setor privado, conveniado e contratado.

Tomando por base os valores financeiros de dezembro de 1998, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R\$399.517,96. Em contrapartida e a título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica, que foi de R\$7.977.924,99, bem como o total de recursos com internação nesse mesmo mês (R\$340.247.853,63). A internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende a uma grande parcela de pessoas portadoras de deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – SNAS, as quais regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação. Esses dados evidenciam um sub-registro de internação de pessoas portadoras de deficiência nos hospitais gerais e a não estruturação dos serviços de reabilitação em nível hospitalar.

Uma análise preliminar permite concluir que a estratégia usada ainda não foi suficiente para aumentar a cobertura, descentralizar o atendimento e incrementar a qualidade da reabilitação em regime de internação. Podem ser destacados como os mais prováveis fatores causais dessa situação: a falta de investimento na criação dos leitos e centros hospitalares; a pouca sensibilização de dirigentes em relação ao problema; e a remuneração insuficiente do leito de reabilitação. Acresce-se, ainda, o insuficiente engajamento dos hospitais universitários com esse tipo de internação especializada.

Na tabela SIA-SUS, os procedimentos de fisioterapia dominam os gastos, o que corrobora para a perpetuação do atendimento fragmentado e pouco compatível com a proposta de reabilitação integral. Em dezembro de 1998, as despesas com fisioterapia alcançaram um total de R\$5.594.469,30, assim distribuídas a: fisioterapia traumatológica, R\$ 2.801.230,32; fisioterapia reumatológica, R\$ 1.400.820,48; fisioterapia neurológica, R\$ 1.166.205,80; fisioterapia respiratória, R\$ 150.860,80; fisioterapia vascular periférica, R\$ 53.993,60; e fisioterapia cardíaca, R\$ 21.358,40. O montante de recursos é relativamente elevado e a aplicação concentra-se no setor privado e nas regiões Sudeste e Nordeste. Não há nenhum indicador de resultado ou de impacto dos atendimentos.

Tomando-se como exemplo o código de fisioterapia neurológica, em que foram executados 494.155 procedimentos, é possível inferir que parcela significativa dos pacientes atendidos poderia ser mais bem enquadrada e assistida, valendo-se do enfoque núcleo ou centro de reabilitação, com a abordagem multiprofissional. Todavia, desde a criação desse código, o valor unitário vem sofrendo corrosão e a falta de atrativo financeiro, aliada à ausência de normas de atendimentos de fisioterapia, impede a implantação e a qualidade inicialmente pretendida.

Por outro lado, um aspecto a ser considerado na assistência é a concessão e treinamento de equipamentos individuais – órteses e próteses –, ajuda técnica e bolsas coletoras. Trata-se de uma conquista importante da pessoa portadora de deficiência, resultante das Portarias n.ºs 116/1993 e 146/1993, por intermédio do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério da Saúde, que teve, inicialmente, seus recursos fixados no valor de 2,5% da Unidade de Cobertura Ambulatorial – UCA. Embora o incremento tenha sido incorporado ao teto de custeio ambulatorial dos estados,

a concessão de equipamento reduziu-se ou foi interrompida em muitas unidades federadas, permanecendo apenas naquelas que já tinham compromisso institucional e com maior poder de pressão de profissionais e usuários.

O referido Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria n.º 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS. Em decorrência desse Programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no Sistema, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

Nesse conjunto, estão: a Portaria n.º 204/91, que insere no Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS o tratamento em reabilitação e seus procedimentos; a Portaria n.º 303/92 que inclui no SIA-SUS procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 304/92, que fixa normas de procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 305/92, que inclui internação em reabilitação no SIH-SUS; a Portaria n.º 306/92, que apresenta normas dos procedimentos de reabilitação; a Portaria n.º 225/92, que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de saúde para o portador de deficiência no SUS; a Portaria n.º 116/93, que inclui a concessão de órteses e próteses na tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS; e a Portaria n.º 146/93, que regulamenta a concessão de órteses e próteses visando a reabilitação e a inserção social.

Apesar de todas as medidas até então levadas a efeito, ainda persistem fatores que dificultam o alcance de melhores resultados na atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e o efetivo aproveitamento dos recursos financeiros, técnicos, materiais e humanos, entre os quais destacam-se: a desinformação da sociedade em geral, a precária distribuição dos recursos financeiros, a visão limitada dos serviços sobre como e em que poderiam contribuir para a independência e a qualidade de vida destas pessoas.

Soma-se a isso o desafio de despertar a consciência da população em relação aos benefícios resultantes para os indivíduos e a sociedade da inclusão das pessoas portadoras de deficiência em todas as esferas da vida social, econômica e política. As organizações não-governamentais podem, de diversas maneiras, apoiar as ações governamentais voltadas a esse segmento populacional, sobretudo apontando necessidades, sugerindo soluções ou oferecendo serviços complementares às pessoas portadoras de deficiência.

Nesse sentido, a presente Política Nacional, para o alcance do seu propósito, apresentado a seguir, confere prioridade à mobilização da população para com a saúde das pessoas portadoras de deficiência, a partir do que viabilizará a tomada das medidas necessárias ao enfrentamento dos problemas anteriormente abordados e no provimento da atenção adequada a este segmento populacional.

2. Propósito

A presente Política Nacional do setor Saúde, dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas portadoras de deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

3. Diretrizes

Para o alcance do propósito explicitado no capítulo precedente, são estabelecidas as seguintes diretrizes, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, programas, projetos e atividades voltados à operacionalização da presente Política Nacional:

- promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência;
- assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência;
- prevenção de deficiências;
- ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação;
- organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; e
- capacitação de recursos humanos.

3.1. Promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência

A implementação dessa diretriz compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismos representativos de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais – entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente –, visando a assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas portadoras de deficiência.

Essa garantia deverá resultar no provimento de condições e situações capazes de conferir qualidade de vida a esse segmento populacional. Para tanto, além da prevenção de riscos geradores de doenças e morte, constituirá foco dessa diretriz a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das pessoas portadoras de deficiência. Dentre os elementos essenciais nesse sentido estão a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades destas pessoas.

No tocante a ambientes favoráveis à saúde desse segmento, especial atenção será concedida às facilidades para a locomoção e adaptação dos diferentes espaços, tanto os públicos – como vias e edifícios – quanto os domiciliares, eliminando-se, assim, barreiras urbanísticas e arquitetônicas que dificultam a efetiva integração e inclusão. No conjunto dessas facilidades, está a construção de rampas e de corrimãos, bem como a adoção de múltiplas formas de comunicação. De outra parte, deverá ser promovido o amplo acesso das pessoas portadoras de deficiência às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer. Ao lado disso, deverão ser desenvolvidas campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando à superação de preconceitos e posturas que impedem ou constituam obstáculos à inclusão social das pessoas portadoras de deficiência.

Além de normas específicas de saúde que viabilizem o acesso e a qualidade das ações e serviços, o setor promoverá o estabelecimento ou o cumprimento daquelas afetas a outros setores voltadas à qualidade de vida desse segmento, bem como a plena observância do arcabouço legal específico, como é o caso do Decreto n.º 3.298/99.

No âmbito do SUS em particular, buscar-se-á assegurar a representação das pessoas portadoras de deficiência nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de gestão do Sistema, objetivando, em especial, a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito.

Paralelamente, o setor Saúde adotará medidas destinadas a garantir a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas compreendidas na tecnologia assistiva, de modo a estimular a independência e a dignidade na inclusão social desse segmento.

3.2. Assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência

A assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa portadora de deficiência, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência.

Nesse sentido, a assistência à saúde do portador de deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas.

Por outro lado, promover-se-á a ampliação da cobertura assistencial em reabilitação, de modo que o acesso seja propiciado a toda a população portadora de deficiência o qual, atualmente, estima-se alcance cerca de 2% deste segmento. Um das estratégias para tanto será a inclusão da assistência em reabilitação em unidades cujas ações são de diferentes níveis de complexidade.

Assim, a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência, incluindo-se a assistência em reabilitação, deverá ser prestada observando-se os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços, compreendendo desde as unidades básicas de saúde, os centros de atendimento em reabilitação – públicos ou privados – e organizações não-governamentais até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade. Além disso, essa assistência envolverá a geração de conhecimentos, tecnologias e treinamento profissional em reabilitação em nível de pós-graduação estrito e *lato sensu*. Para o atendimento desses requisitos, os Centros de Referência em Reabilitação deverão estar prioritariamente vinculados, direta ou indiretamente, a hospitais universitários.

As ações de assistência à saúde destinadas a esse segmento estarão dessa forma inseridas em um sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação envolvendo a família e a comunidade, bem como a modernização de centros de referência com atendimento e procedimentos de alta complexidade, em caráter ambulatorial.

Dessa forma, buscar-se-á continuamente aumentar a capacidade resolutiva dos serviços prestados, valendo-se, para tanto, de medidas sistemáticas dirigidas ao aprimoramento da assistência e de permanente avaliação. Nesse sentido, adotar-se-á a premissa de que a reabilitação constitui um processo de mão dupla, em que o indivíduo portador de deficiência, sua família e a comunidade deverão ser trabalhados simultaneamente. Assim, a programação do tratamento de reabilitação considerará o indivíduo e a sua família como centro e agentes prioritários do processo.

As ações de saúde para a pessoa portadora de deficiência, assim, terão como eixos fundamentais o diagnóstico e o encaminhamento corretos dos procedimentos referentes às deficiências, imprescindíveis para prevenir e mesmo inibir ou minimizar as limitações e desvantagens delas decorrentes.

O diagnóstico da deficiência incluirá a doença e suas causas, bem como o grau de extensão da lesão. A mensuração da incapacidade e do comprometimento físico-funcional, real ou potencial, também deverão ser diagnosticados com precisão. A avaliação da situação e dinâmica familiar envolverá também as condições emocionais e a situação socioeconômica, cultural e educacional do indivíduo, bem como as suas expectativas frente ao processo de reabilitação, educação e profissionalização. Esse diagnóstico global deverá ser realizado em

conjunto com o portador de deficiência e servirá de base para a definição de seu programa de reabilitação.

O diagnóstico presuntivo da deficiência precocemente formulado por profissionais que atuam principalmente nos serviços de saúde de menor complexidade será fundamental na orientação da família para a busca de atenção necessária no local adequado.

Todas as medidas assistenciais voltadas à saúde da pessoa portadora de deficiência, incluindo a reabilitação, deverão levar em conta, sobretudo, as necessidades, potencialidades e recursos da comunidade, de modo a assegurar-se a continuidade e as possibilidades de auto-sustentação, visando, em especial, à manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional e à sua inclusão ativa na comunidade. Tal objetivo, no âmbito do setor Saúde, será alcançado mediante sobretudo a reabilitação da capacidade funcional e do desempenho humano da pessoa portadora de deficiência.

A atuação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família terá um papel fundamental na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade. Nesse particular, ressalte-se que a inserção da assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência nas ações das equipes de saúde e dos agentes comunitários constituirá estratégia fundamental para implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento.

No processo de reabilitação, a busca da eficiência será uma preocupação permanente, desde a adoção de estratégias e ações que utilizem recursos da própria comunidade, até a intermediação de centros de excelência para procedimentos de alta complexidade. As ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade, quanto o princípio da integralidade.

Essas ações terão, assim, um enfoque funcional e integral, o que significa respeitar as especificidades de cada caso e as áreas das deficiências. Nesse sentido, além de contar com equipe multiprofissional e interdisciplinar, as instituições de reabilitação deverão dispor de implementos tecnológicos para avaliação, diagnóstico e tratamento em reabilitação, adequados ao nível de complexidade a que se destinam.

Serão considerados elementos da atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência, os métodos e as técnicas específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

A atenção integral à saúde das pessoas portadoras de deficiência inclui a saúde bucal e a assistência odontológica, acompanhada de procedimentos anestésicos e outros, em casos específicos. Este atendimento deverá ser em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, quando a natureza da seqüela assim o exigir.

Será considerada parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órtese e prótese, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer a criteriosa avaliação funcional, constituindo-se, dessa forma, um ato médico. Além disso, buscar-se-á prover o acesso dessas pessoas aos medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, na reeducação funcional, no controle das lesões que geram incapacidades e que favorecem a estabilidade das condições clínicas e funcionais.

A assistência domiciliar em reabilitação configurará medida essencial no atendimento desse segmento populacional, compreendendo desde os serviços de apoio à vida cotidiana até o oferecimento de suporte clínico especializado em situação de internamento no domicílio. Nessa assistência deverão ser previstos os recursos necessários à complementação diagnóstica e as intervenções de caráter preventivo como, por exemplo, fornecimento de oxigênio.

3.3. Prevenção de deficiências

A implementação de estratégias de prevenção será fundamental para a redução da incidência de deficiências e das incapacidades delas decorrentes, tendo em vista que cerca de 70% dos casos são evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas apropriadas e oportunas (Corde, 1992). O conhecimento da prevalência de doenças e de deficiências potencialmente incapacitantes configurará subsídio essencial para o desenvolvimento das ações de prevenção e a adoção de medidas destinadas a reduzir ou eliminar as causas de deficiências.

As diferentes realidades regionais brasileiras, que compreendem, entre outros, aspectos específicos de ambientes e processos de produção, de emprego e de renda, além de questões culturais que determinam a prevalência de doenças potencialmente incapacitantes deverão ser reconhecidas e consideradas nas estratégias de prevenção.

As medidas preventivas envolverão ações de natureza informativa e educativa dirigidas à população, relacionadas ao atendimento pré-natal adequado e à detecção precoce de deficiências, bem como de conscientização e formação de recursos humanos qualificados para a prestação de uma atenção eficiente neste contexto. Nesse sentido, deverão ser promovidos processos educativos e campanhas de comunicação social que esclareçam e estimulem a população em geral e os segmentos de risco a adotarem estilos de vida saudáveis e, conseqüentemente, a abandonar hábitos nocivos, como o sedentarismo, o tabagismo e o uso de drogas.

Os programas de vacinação que, sabidamente, contribuem para a prevenção de deficiências, deverão incluir ações informativas à população em geral enfocando a inter-relação da imunização e a prevenção de deficiências, utilizando-se de linguagem acessível e de recursos variados e abrangentes. Nesse particular, ênfase especial será dada às atividades de vacinação contra poliomielite, o sarampo e a rubéola. A investigação da citomegalovirose deverá também ser incentivada e possibilitada nos serviços de acompanhamento de gestante. Ao lado disso, serão implementadas medidas que contemplem a segurança e a saúde nos ambientes de trabalho, destinadas a prevenir os acidentes e as doenças profissionais, tanto no setor urbano quanto no rural.

Promover-se-á, por outro lado, o acesso da população aos exames mais específicos para detecção de doenças genéticas que determinam deficiência, com destaque para o exame de cariótipo e pesquisa para outros erros inatos do metabolismo em geral, tais como: fenilcetonúria, hemoglobinopatias, hipertiroidismo congênito, entre outras.

Deverão ser também promovidos serviços de genética clínica para que se proceda a um adequado aconselhamento genético às famílias. Procedimentos de acompanhamento do desenvolvimento infantil nos seus aspectos motor, cognitivo e emocional deverão ser valorizados nos programas de saúde da criança como uma importante estratégia de prevenção de deficiências nesta população.

A articulação e a integração na implementação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências serão, igualmente, iniciativas essenciais, principalmente mediante o estabelecimento de parcerias entre os vários setores e órgãos envolvidos, em todos os níveis de governo, com o objetivo de diminuir ao máximo o número de vítimas e, conseqüentemente, de seqüelas que determinam algum tipo de deficiência.

3.4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

Adequando-se às normas que disciplinam a criação de fontes de dados e ajustando-se às condições propostas nos fundamentos da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs, deverão ser criados mecanismos específicos para produção de informação a respeito de deficiências e incapacidades no âmbito do SUS.

O monitoramento permanente da ocorrência de deficiências e incapacidades, assim como a análise de prevalência e tendência, constituirá prioridade do SUS nas três esferas de governo. Tais iniciativas visarão ao provimento oportuno de informações para a tomada de decisões quanto à adoção das medidas preventivas e à organização dos serviços especializados de assistência reabilitadora, além de subsídios para a identificação de linhas de pesquisa e a organização de programas de capacitação de recursos humanos.

Buscar-se-á, por iniciativa dos gestores do SUS, fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, com periodicidade e abrangência adequadas, de modo a produzir informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades. Para a efetivação desses estudos, será recomendável o uso da metodologia de inquérito domiciliar da Opas, com a devida adaptação à realidade brasileira, tanto nos aspectos relativos a sua aplicação, quanto nos relacionados à interpretação de seus resultados.

No que se refere aos censos demográficos, deverá ser buscado, por intermédio dos órgãos competentes, o estabelecimento de articulação com o IBGE, visando ao ajuste dos quesitos específicos das planilhas censitárias, favorecendo, assim, a adequada e real apuração dos casos de deficiências e incapacidades existentes na população, bem como o detalhamento necessário à tomada de decisões dos gestores do SUS. Da mesma forma, promover-se-á a compatibilização de quesitos que permitam a extração de dados e informações específicos das Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar.

Na busca de informações de interesse gerencial, ênfase será dada à análise de dados dos sistemas de informação da produção e pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, bem como o fornecimento de órteses e próteses no âmbito do SUS, de que são o exemplo o SIA-SUS e o SIH-SUS. Desses sistemas serão extraídos dados que permitam análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento oferecido, facilitando a identificação, a localização das pessoas portadoras de deficiências, caracterizando o perfil dessa clientela, a sua distribuição, bem como o impacto dos custos, no âmbito dos recursos públicos, da atenção prestada a essa população, observando, também, a conjuntura e as diversidades regionais.

No tocante à infra-estrutura dos serviços e aos profissionais de saúde, serão promovidos, anualmente, levantamentos e cadastramentos de unidades e especialistas envolvidos na assistência às pessoas portadoras de deficiências. Tais informações serão utilizadas para a análise da oferta de leitos, dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar, de modo a identificar lacunas e superposições que estejam dificultando o acesso universal e a oferta integral preconizados para o SUS. Esses levantamentos propiciarão a realização de análises sob os mais variados prismas da questão como, por exemplo, o conhecimento da distribuição geográfica dos serviços especializados, a cobertura viabilizada por estes serviços, a quantificação e a qualificação dos profissionais de saúde atuantes na área das deficiências nos serviços em âmbito federal, estadual e municipal.

O cruzamento das informações disponibilizadas pelas diversas fontes de dados será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa portadora de deficiência. Continuamente, estudos analíticos serão promovidos mediante a superposição crítica dos resultados dos censos periódicos, das pesquisas censitárias domiciliares anuais, dos estudos epidemiológicos e clínicos, dos cadastramentos e dos levantamentos de infra-estrutura.

3.5. Organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência

A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzidas, em especial, segundo a diretriz do SUS relativa ao comando único em cada

esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces com outras políticas públicas.

Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializada.

No nível de atenção básica, os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

- ações de prevenção primária e secundária – como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição –, detecção precoce de fatores de riscos – como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo –, bem como o atendimento as intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência;
- ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação.

Nesse nível, a intervenção de caráter individual, familiar, grupal e comunitária deverá organizar-se de forma complementar ao nível secundário especializado. Serão continuamente fomentados programas de reabilitação em parceria com a comunidade, nos quais os serviços respectivos e as lideranças comunitárias trabalham juntos com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão social dos portadores de deficiência. Tais medidas, definidas a partir das necessidades dos usuários, deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada. As ações, por sua vez, serão desenvolvidas por familiares ou agente comunitário capacitado e supervisionado, com avaliação constante e sistematizada.

Já no nível de atenção secundária, os serviços deverão estar qualificados para atender às necessidades específicas das pessoas portadoras de deficiência advindas da incapacidade propriamente dita. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação para os casos referendados, mediante atuação de profissional especializado para tal e utilização de tecnologia apropriada (tais como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses, entre outros).

Nesse nível, a organização das ações comporá um planejamento de abrangência local e regional, definida em bases epidemiológicas, e terá caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, tendo em conta um sistema de referência e contra-referência, objetivando o alcance da maior cobertura e resolubilidade possíveis dos casos detectados. As ações de nível secundário deverão ser executadas por equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar, de acordo com a disponibilidade local de recursos humanos especializados. Será fundamental, nesse nível, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva necessária.

O nível terciário – ambulatorial e hospitalar – deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais freqüente e intensa, requerendo, portanto tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Será importante que os serviços nesse nível tenham caráter docente e assistencial, vinculado aos centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nesse nível, ainda, promover-se-á a formulação, em conjunto com os demais níveis, de instrumentos de avaliação da eficiência e eficácia do processo reabilitativo, bem como dos de resultados e de impactos alcançados na região.

Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários. Assim, além de fornecer o conjunto das ajudas técnicas

– tecnologia assistiva –, característica do nível secundário, deverá desenvolver atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, bem como dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, foniatria, ortopedia e traumatologia.

A organização e o funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência compreenderão também a assistência domiciliar. A rede de atenção integral à pessoa deficiente deverá, necessariamente, prover os serviços necessários de forma a mais próxima possível, tanto do ponto de vista geográfico quanto social e cultural da comunidade, integrando-se efetivamente no contexto da municipalização da saúde. Na ausência de condições para tal, deverão ser feitos os encaminhamentos necessários, bem como o acompanhamento dos resultados alcançados.

Promover-se-á a disponibilidade de serviços de média complexidade, no nível regional, os quais poderão ser implantados por municípios de maior porte, por meio de consórcios intermunicipais ou, onde não for possível, por intermédio do Estado. A rede de serviços deverá garantir a detecção de todos os tipos e graus de deficiência, incluindo a atenção a pacientes com severo nível de dependência, bem como o conjunto de suas necessidades no âmbito da saúde. Unidades assistenciais filantrópicas poderão integrar, de forma complementar, a rede de serviços.

A porta de entrada do usuário deverá ser a unidade básica de saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e/ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso. Essa dinâmica possibilitará uma distribuição racional da clientela, evitando a sobrecarga de qualquer um dos serviços. O fato de ser assistido por um serviço de menor complexidade não implicará o não atendimento nos demais integrantes dos outros níveis.

A unidade básica constituirá, portanto, o local por excelência do atendimento à pessoa portadora de deficiência dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Será fundamental a articulação entre os gestores municipais visando a garantir o cumprimento da programação pactuada e integrada das ações voltadas às pessoas portadoras de deficiência. Nesse sentido, será igualmente estratégica a instalação de rede regionalizada, descentralizada e hierarquizada de serviços de reabilitação, que contemple ações de prevenção secundária, diagnóstico etiológico, sindrômico e funcional; orientação prognóstica; ações básicas e complexas de reabilitação, além daquelas voltadas à inclusão social; e promova a inter-relação dos serviços existentes. As unidades de reabilitação funcionarão na conformidade das orientações estabelecidas nas Portarias SNAS n.ºs 303, 304, 305 e 306, editadas em 1993.

Os estados e municípios definirão mecanismos de acompanhamento, controle, supervisão e avaliação de serviços de reabilitação, visando à garantia da qualidade do atendimento e a uma reabilitação integradora e global da pessoa portadora de deficiência. Um aspecto essencial na organização e funcionamento dos serviços será o estabelecimento de parcerias com os diversos níveis de governo, bem assim com organizações não-governamentais que têm larga experiência no atendimento a esse segmento populacional.

O serviço de saúde local deverá atuar de forma articulada com a área de assistência social visando, em especial, a facilitar o acesso ao tratamento da pessoa portadora de deficiência.

3.6. Capacitação de recursos humanos

A disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento das ações decorrentes desta Política será enfocada como prioritária. Nesse sentido, a formação de

recursos humanos em reabilitação deverá superar a escassez de profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem segundo a interdisciplinaridade aqui proposta.

Visando a garantir o direito ao atendimento de saúde estabelecido nesta Política e o acesso à reabilitação a quem dela necessitar, buscar-se-á formar equipes interdisciplinares, compostas por profissionais de níveis técnico e universitário, as quais serão submetidas continuamente a cursos de qualificação e atualização.

Os programas de formação e treinamento serão promovidos junto aos diferentes órgãos envolvidos com a questão, tanto dos níveis federal, quanto estadual e municipal, os quais buscarão o engajamento das instituições públicas não-estatais neste trabalho. Ao lado disso, promover-se-á o desenvolvimento de ações conjuntas com o Ministério da Educação e as instituições de ensino superior, tendo em vista a necessidade de que sejam incorporadas disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência nos currículos de graduação da área da Saúde.

As instituições de ensino superior deverão ser estimuladas a incorporar conteúdos de reabilitação na parte diversificada dos currículos dos cursos de graduação, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, com o objetivo de fomentar projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Deverá ser estimulada também, junto às agências de fomento ao ensino de pós-graduação e pesquisa – tais como o CNPq, a Capes, a Fiocruz e as fundações estaduais –, a ampliação do número de vagas e de bolsas de estudo e de pesquisa, voltadas para a formação de profissionais e pesquisadores de alto nível na área de reabilitação. Buscar-se-á da mesma forma incentivar os centros de referência em medicina de reabilitação para o desenvolvimento, entre outras atividades de educação continuada, de cursos de capacitação para o atendimento às pessoas portadoras de deficiência, destinadas aos profissionais do SUS e da rede suplementar de assistência.

Os agentes comunitários de saúde e os profissionais que atuam nas equipes de saúde da família deverão receber treinamento que os habilite para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado das pessoas portadoras de deficiência. A capacitação de agentes de saúde para a atenção ao portador de deficiência, nos aspectos referentes à assistência e à reabilitação, deverá ser promovida no contexto das ações de saúde da família e de saúde comunitária, sempre na perspectiva da promoção de uma vida saudável e da manutenção dos ganhos funcionais.

Além disso, serão promovidos treinamentos para a capacitação profissional do atendente pessoal, com enfoque na valorização, na autonomia e na individualidade do portador de deficiência, respeitando suas necessidades, como elemento de apoio para o estímulo à vida independente. Deverão ser criados ainda, em articulação com o Ministério da Educação, cursos com o objetivo de formar profissionais especializados na produção de órteses e próteses, nos níveis médio e superior.

4. Responsabilidades Institucionais

A atenção à pessoa portadora de deficiência envolve esforços de múltiplas instituições públicas e privadas, bem como de organizações civis, cujo objetivo final é a inclusão da pessoa portadora de deficiência a sua comunidade, habilitando-a ao trabalho e ao exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

Nesse sentido, caberá aos gestores do SUS, de acordo com as suas respectivas competências e de forma articulada, criar as condições e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política, qual seja: reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Essa forma de atuação significará compartilhar responsabilidades tanto no âmbito interno do setor Saúde, quanto no contexto de outros setores.

Assim, nas suas respectivas áreas de abrangência, os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de compromissos intersetoriais, os quais deverão configurar parcerias efetivas. Promoverão, também, a participação de diferentes segmentos da sociedade que possam contribuir para a implementação das diretrizes desta Política.

4.1. Articulação intersetorial

No âmbito federal, o processo de articulação deverá envolver os setores a seguir identificados, com os quais procurar-se-á estabelecer parcerias que viabilizem o alcance dos objetivos preconizados.

A) Ministério da Educação

A parceria com esse Ministério buscará, sobretudo:

- a) a difusão, junto às instituições de ensino e da comunidade escolar, de informações relacionadas às deficiências, à prevenção e à limitação das incapacidades de modo a contribuir para a qualidade de vida desse segmento populacional;
- b) o estímulo à criação de centros de referência em reabilitação nos hospitais universitários, com atuação integrada com o SUS, voltado ao atendimento da pessoa portadora de deficiência, bem como ao treinamento contínuo de equipes interdisciplinares de reabilitação;
- c) a garantia de retaguarda clínica às pessoas portadoras de deficiência inscritas na rede de ensino básico, em estreita parceria com as respectivas secretarias estaduais e municipais de educação e saúde;
- d) a reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da Saúde, visando ao atendimento das diretrizes fixadas nesta política;
- e) a colaboração às secretarias de educação dos estados e municípios no treinamento e capacitação dos docentes para o trabalho com a pessoa portadora de deficiências, tendo em vista a sua inclusão no ensino regular;

- f) a inclusão nos currículos dos cursos de graduação da área de saúde de conteúdos relacionados à reabilitação.

B) Ministério da Previdência e Assistência Social

A parceria com esse Ministério visará em especial:

- a) a realização de pesquisas epidemiológicas junto aos seus segurados relativas às doenças potencialmente incapacitantes, sobretudo quanto aos seus impactos nos indivíduos e na família, na sociedade, na previdência social e no setor Saúde;
- b) o encaminhamento do segurado, portador de deficiência, reabilitado pelo sistema de saúde, para programas de trabalho com ênfase na reeducação profissional, no trabalho domiciliar e nas cooperativas de prestação de serviço;
- c) a difusão, junto aos seus serviços e àqueles sob sua supervisão, de informações relativas à proteção da saúde do portador de deficiência, à prevenção secundária e à limitação ou recuperação de incapacidades;
- d) a promoção de treinamento de grupos de cuidadores para a identificação de deficiências e a promoção de cuidados básicos ao portador de deficiências, tendo em vista a manutenção da qualidade de vida;
- e) a inclusão na rede do SUS das unidades da rede da assistência social que já desenvolvem ações de reabilitação multidisciplinares especializadas para o atendimento de todos os tipos de deficiência;
- f) a promoção da observância das normas relativas à criação e ao funcionamento de instituições de reabilitação e que assistem pessoas portadoras de deficiência nas unidades próprias e naquelas sob a sua supervisão.

C) Ministério da Justiça

Com esse Ministério, buscar-se-á, sobretudo:

- a) a observância de mecanismos, normas e legislação voltada à promoção e à defesa dos direitos da pessoa portadora de deficiência no tocante às questões de saúde;
- b) a promoção da aplicação dos dispositivos de segurança no trânsito, principalmente no tocante ao uso do cinto de segurança;
- c) a promoção, junto aos estados e municípios, de processos educativos relacionados ao trânsito, voltado à redução do número de vítimas e a conseqüente diminuição de seqüelas que determinam algum tipo de deficiência;
- d) o fornecimento de subsídios ao Ministério Público no tocante a criminalização da discriminação e do preconceito referentes à recusa, retardo ou limitação dos serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais à pessoa portadora de deficiência;
- e) o provimento ao cidadão portador de deficiência, em articulação com a Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, das informações sobre os direitos conquistados na área da Saúde.

D) Secretaria de Estado do Desenvolvimento Urbano

Com essa Secretaria, a parceria objetivará, em especial:

- a) a promoção de planos de habitação e moradia que permitam o acesso e a locomoção das pessoas portadoras de deficiência e que eliminem, portanto, barreiras arquitetônicas e ambientais que dificultam ou impedem a independência funcional destas pessoas;
- b) a instalação de equipamentos comunitários públicos adequados à utilização da população portadora de deficiência;
- c) a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa portadora de deficiência, sobretudo aquela que apresenta dificuldades de locomoção, na conformidade das normas existentes relativas à acessibilidade.

E) Ministério do Trabalho e Emprego

Com esse Ministério, a parceria a ser estabelecida visará, principalmente:

- a) à melhoria das condições de emprego, compreendendo a eliminação das discriminações no mercado de trabalho e a criação de condições que permitam a inserção da pessoa portadora de deficiências na vida socioeconômica das comunidades;
- b) à promoção de cursos e de materiais informativos voltados à eliminação do preconceito em relação ao portador de deficiência, destinados a empregadores;
- c) ao encaminhamento das pessoas portadoras de deficiência reabilitadas pelo sistema de saúde para cursos de capacitação profissional e inserção no mercado de trabalho.

F) Ministério do Esporte e Turismo

A parceria objetivará em especial:

- a) a implementação e o acompanhamento de programas esportivos e de atividades físicas destinados às pessoas portadoras de deficiência, tendo como base o conceito de qualidade de vida e a utilização destas medidas para a manutenção dos ganhos funcionais obtidos com o programa de reabilitação;
- b) a promoção de turismo adaptado ao portador de deficiência, como elemento de qualidade de vida e inclusão social.

G) Ministério da Ciência e Tecnologia

Buscar-se-á, com esse Ministério, o estabelecimento de parcerias que fomentem, sobretudo, o desenvolvimento de pesquisa na área da reabilitação, contemplando:

1. estudos de prevalência de incapacidades; 2. validação de novas tecnologias para diagnóstico e tratamento da pessoa portadora de deficiência; 3. gerenciamento das informações referentes ao impacto social e funcional da reabilitação; 4. capacitação, reorganização e atualização tecnológica dos Centros de Reabilitação; e 5. avaliação da eficiência e eficácia dos modelos de atenção hospitalar, centro de reabilitação ambulatorial e assistência domiciliar.

4.2. Responsabilidades do Gestor Federal do SUS – Ministério da Saúde

- A) Implementar, acompanhar e avaliar a operacionalização desta Política, bem como os planos, programas e projetos dela decorrentes.

- B) Assessorar os estados na formulação e na implementação de suas respectivas políticas, consoante às diretrizes aqui fixadas.
- C) Criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos às instâncias estadual e municipal, ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde e de reabilitação da pessoa portadora de deficiência.
- D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à implementação desta política.
- E) Apoiar a estruturação de centros de referência em reabilitação, preferencialmente localizados em instituições de ensino superior, envolvidas na formação contínua de recursos humanos específicos para a atenção à pessoa portadora de deficiência.
- F) Realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico, visando a ampliar o conhecimento sobre a população portadora de deficiência e a subsidiar o planejamento de ações decorrentes desta Política.
- G) Promover a disseminação de informações relativas à saúde da pessoa portadora de deficiência, bem como de experiências exitosas em reabilitação.
- H) Promover processo educativo voltado à eliminação do preconceito em relação ao portador de deficiência.
- I) Promover o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessárias à recuperação e à reabilitação da pessoa portadora de deficiência.
- J) Promover mecanismos que possibilitem a participação da pessoa portadora de deficiência nas diversas instâncias do SUS, bem como o exercício do seu próprio papel no tocante à avaliação dos serviços prestados nas unidades de saúde.
- L) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos em centros de reabilitação-dia, de atendimento domiciliar, bem como de outros serviços suplementares para a pessoa portadora de deficiência.
- M) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação utilizando os recursos comunitários, na conformidade do modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários.
- N) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção das pessoas portadoras de deficiência nos estabelecimentos de saúde e nas instituições que prestam atendimento a estas pessoas.
- O) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando à prevenção de deficiências.
- P) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanente, visando a prevenir agravos de deficiências já instaladas.
- Q) Prestar cooperação técnica aos estados e municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.

- R) Organizar e manter sistema de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.

4.3 Responsabilidades do Gestor Estadual de Saúde – Secretaria Estadual de Saúde

- A) Elaborar, coordenar e executar a política estadual da pessoa portadora de deficiência, consoante a esta Política Nacional.
- B) Promover a elaboração e/ou adequação dos planos, programas, projetos e atividades decorrentes desta política.
- C) Promover processo de articulação entre os diferentes setores no Estado, com vistas à implementação das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
- D) Promover a capacitação de recursos humanos necessários à consecução das Políticas Nacional e Estadual.
- E) Promover o acesso do portador de deficiência aos medicamentos, órteses e próteses e outros insumos necessários a sua recuperação e reabilitação.
- F) Prestar cooperação técnica aos municípios na implementação das ações decorrentes desta Política.
- G) Viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência nas diversas instâncias do SUS.
- H) Promover a criação, na rede de serviços do SUS, de unidades de cuidados diurnos – centros-dia –, de atendimento domiciliar e de outros serviços complementares para o atendimento da pessoa portadora de deficiência.
- I) Promover o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários.
- J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis, por parte população em geral, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando a prevenir deficiências.
- L) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população portadora de deficiência, mediante a mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas publicitárias e de processos de educação permanentes, visando a prevenir agravos de deficiências já instaladas.
- M) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionadas à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.
- N) Promover o cumprimento das normas e padrões de atenção aos portadores de deficiência nos serviços de saúde e nas instituições que cuidam destas pessoas.

- O) Promover a organização de rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas.

4.4. Responsabilidades do Gestor Municipal de Saúde – Secretaria Municipal de Saúde ou organismo correspondente

- A) Coordenar e executar as ações decorrentes das Políticas Nacional e Estadual de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, definindo componentes específicos que devem ser implementados no seu âmbito respectivo.
- B) Promover as medidas necessárias visando à integração da programação municipal à do Estado.
- C) Promover o treinamento e a capacitação de recursos humanos necessários à operacionalização das ações e atividades específicas na área de saúde da pessoa portadora de deficiência.
- D) Promover o acesso a medicamentos, órteses e próteses necessárias à recuperação e reabilitação da pessoa portadora de deficiência.
- E) Estimular e viabilizar a participação da pessoa portadora de deficiência nas instâncias do SUS.
- F) Promover a criação, na rede de serviço do SUS, de unidades de cuidados diurnos – centros-dia –, de atendimento domiciliar e de outros serviços alternativos para a pessoa portadora de deficiência.
- G) Viabilizar o desenvolvimento de ações de reabilitação, utilizando os recursos comunitários, conforme o modelo preconizado pelas estratégias de saúde da família e de agentes comunitários.
- H) Organizar e coordenar a rede de atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência na conformidade das diretrizes aqui estabelecidas.
- I) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por parte da população em geral, visando à prevenção de deficiências.
- J) Promover a adoção de práticas, estilos e hábitos de vida saudáveis por da população portadora de deficiência visando a prevenir agravos de deficiências já instaladas.
- L) Organizar e manter sistemas de informação e análise relacionados à situação de saúde e das ações dirigidas à pessoa portadora de deficiência.
- M) Realizar a articulação com outros setores existentes no âmbito municipal, visando à promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência.
- N) Apoiar a formação de entidades voltadas para a promoção da vida independente, de forma integrada com outras instituições que prestam atendimento às pessoas portadoras de deficiência.

5. Acompanhamento e Avaliação

A implementação desta Política Nacional está pautada em processo de acompanhamento e avaliação permanente que permita o seu contínuo aperfeiçoamento, a partir das necessidades que venham a ser indicadas na sua prática.

Para o desenvolvimento do processo, serão definidos indicadores e parâmetros específicos os quais, aliados aos dados e informações geradas pela avaliação dos planos, programas, projetos e atividades que operacionalizarão esta Política, possibilitarão conhecer o grau de alcance do seu propósito, bem como o impacto sobre a qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência.

Dentre os indicadores que poderão ser utilizados nesse processo figuram, por exemplo: índices de cobertura assistencial; taxa de capacitação de recursos humanos; distribuição de medicamentos, órteses e próteses; taxa de implementação de novos leitos de reabilitação; comparações de informações gerenciais; taxas de morbidade; censos demográficos; pesquisa por amostragem domiciliar.

Ao lado disso, no processo de acompanhamento e avaliação referido, deverão ser estabelecidos mecanismos que favoreçam também verificar em que medida a presente Política tem contribuído para o cumprimento dos princípios e diretrizes de funcionamento do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu Capítulo II, art. 7.º Entre esses, destacam-se:

- a “integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema” (inciso II);
- a “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral” (inciso III);
- a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (inciso IV);
- o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a sua saúde” (inciso V);
- a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário” (inciso VI); e
- a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis da assistência” (inciso XII).

6. Terminologia

Abordagem multiprofissional e interdisciplinar – assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Acidentes vasculoencefálico – alteração na vascularização do cérebro que pode ser isquêmico ou hemorrágico.

Ações básicas de reabilitação – ações que visam a minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de deformidades, estimulação para portadores de distúrbios da comunicação, prescrição e fornecimento de próteses, etc.

Ações complexas de reabilitação – ações que utilizam tecnologia apropriada com o objetivo de conseguir maior independência funcional do portador de deficiência.

Aconselhamento genético – orientação fornecida após a realização de exames genéticos prévios que possibilitam verificar a probabilidade de se ter filhos com problemas genéticos.

Alterações da fala e linguagem – constituem perda ou anormalidade de caráter permanente, apesar de parcialmente recuperáveis com a terapia, que geram incapacidades para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

Anemia falciforme – defeito na hemácia, que se torna disforme quando há baixa de oxigenação no sangue, sendo destruída.

Anóxia perinatal – falta de oxigênio no parto, que pode provocar uma lesão no cérebro.

Assistência ou atendimento em reabilitação – terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Atendimento hospitalar em reabilitação – terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

Avaliação funcional – avaliar a capacidade de o indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

Bolsa de ostomia – bolsa coletora de secreções intestinais.

Capacidade adaptativa – capacidade de se adequar a uma nova situação.

Capacidade funcional – capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

Cardiopatias – qualquer processo ou doença do coração.

Centros de Referência em Reabilitação – serviços do setor Saúde nos quais são realizadas a reabilitação em nível terciário, pesquisas e capacitação de recursos humanos.

Condições funcionais – situação encontrada após a avaliação funcional.

Condutas típicas – “manifestações de comportamento típicos de portadores de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízo no relacionamento social, em grau que requeira atendimento especializado” (MEC, 1994).

Deficiência auditiva – perda total ou parcial da capacidade de ouvir.

Deficiência mental – caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade (Associação Americana de Deficiência Mental – AAMD).

Deficiência motora – refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema osteoarticular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida.

Deficiência visual – engloba tanto a cegueira quanto a baixa visão.

Déficit neurológico – comprometimento ou perda da função causada por lesões no sistema nervoso.

Diagnóstico etiológico – determina a causa das doenças, quer diretas, quer predisponentes, e do seu mecanismo de ação.

Diagnóstico sindrômico – determina o grupo de sintomas e sinais que, considerados em conjunto, caracterizam uma moléstia ou lesão.

Diagnóstico funcional – determina a ação normal ou especial de um órgão e grau de comprometimento.

Equipe básica de reabilitação – equipe cuja composição é interdisciplinar – médico e enfermeiro – com a presença ou não de equipe auxiliar treinada.

Erros inatos do metabolismo – doença na qual o organismo não consegue eliminar determinadas substâncias que produz e que lhe causam doenças.

Exame de cariótipo – exame genético mediante o qual são descobertas as anomalias.

Fatores perinatais – ocorrências identificadas no período que vai desde a 20.º semana ou mais de gestação e termina após o 28.º dia do nascimento.

Fatores pós-natais – ocorrências identificadas após o nascimento.

Fenilcetonúria – doença metabólica hereditária, na qual existe uma deficiência de fenilalanina-hidroxilase que, quando não tratada, acarreta retardamento mental (Dicionário Médico – Blakiston).

Genética clínica – é ramo da medicina que trata dos fenômenos da hereditariedade.

Habilitação – processo de desenvolvimento de habilidades.

Hemiplégicos – pessoas portadoras de paralisia de um dos lados do corpo.

Hemofilia – transtorno de coagulação, caracterizado por transmissão recessiva ligada ao sexo, produzindo uma coagulação anormal ou deficiente do plasma.

Hemoglobinopatias – doenças relacionadas com as alterações na hemoglobina ou alteração dos glóbulos vermelhos do sangue

Hipertireoidismo congênito – estado funcional resultante de insuficiência de hormônios tireoidianos de origem congênita.

Hipoxemia – diminuição do teor de oxigênio no sangue.

Índice de Apgar – avaliação quantitativa das condições do recém-nascido com um a cinco minutos de vida, obtida pela atribuição de pontos à qualidade da frequência cardíaca ao esforço respiratório, à cor, ao tônus muscular e à reação ao estímulo; somando esses pontos, o máximo do melhor índice será de dez.

Inteligência conceitual – refere-se às capacidades fundamentais da inteligência, envolvendo suas dimensões abstratas.

Inteligência prática – refere-se à habilidade de se manter e de se sustentar como pessoa independente nas atividades da vida diária. Inclui capacidades como habilidades sensório-motoras, de autocuidado e segurança, de desempenho na comunidade e na vida acadêmica, de trabalho e de lazer, autonomia.

Inteligência social – refere-se à habilidade para compreender as expectativas sociais e o comportamento de outras pessoas, bem como ao comportamento adequado em situações sociais.

Internação em reabilitação – internação realizada pós-trauma visando às ações de reabilitação intensas e freqüentes.

Internamento (ou internação) no domicílio – assistência médica e paramédica prestada no domicílio.

Lesão – alteração estrutural ou funcional devida a uma doença. Comumente esse termo é utilizado em relação às alterações morfológicas.

Lesão medular – alteração da estrutura funcional da medula.

Lesão traumática – alteração produzida por um agente mecânico ou físico.

Lesões nervosas – alterações no sistema nervoso.

Lesões neuromusculares – alteração estrutural ou funcional dos nervos e músculos.

Lesões osteoarticulares – alteração estrutural ou funcional nos ossos e articulações.

Manutenção de ganhos funcionais – treinamento contínuo objetivando a preservação das aquisições motoras, mentais ou sensoriais já adquiridas.

Nefropatias – doenças que acometem o sistema renal.

Núcleo (ou centro) de atendimento em reabilitação – local onde é realizado um conjunto de terapias e outras ações destinadas a possibilitar às pessoas portadoras de deficiência o alcance de sua autonomia funcional.

Orientação prognóstica – aconselhamento na predição da provável evolução e do desfecho de uma doença, lesão ou anomalia.

Órtese – aparelhagem destinada a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

Ostomias – são órgãos ou parte interna do organismo que não se comunica com o meio externo e que por alguma anormalidade passa a se comunicar.

Osteoporose – desossificação, com decréscimo absoluto de tecido ósseo, acompanhada de fraqueza estrutural.

Ototoxicose – substâncias tóxicas que afetam a audição.

Paralisia cerebral – qualquer comprometimento de funções neurológicas devido a lesões cerebrais congênitas (anomalia do desenvolvimento durante o primeiro trimestre da gravidez) ou adquirida (ocasionadas por um parto difícil ou por traumatismo acidental durante os primeiros meses de vida).

Paraplégicos – paralisia dos membros inferiores.

Perda auditiva neurossensorial – um tipo de surdez.

Perturbações psiquiátricas – doenças ou transtornos mentais e emotivos.

Prevenção secundária – consiste no tratamento da doença já instalada, visando a evitar o aparecimento de deficiências ou incapacidades.

Processo reabilitativo – ver reabilitação.

Prótese – aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

Reabilitação – segundo o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, “é um processo de duração limitada e com objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional (por exemplo, ajudas técnicas) e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais”.

Retinopatia diabética – doença da retina causada pelas diabetes.

Rubéola – doença contagiosa benigna e aguda, causada por vírus, das crianças e dos adultos jovens, caracterizadas por febre, exantema pouco intenso e linfonopatia fetais, quando a infecção materna ocorre no início da gravidez.

Serviços de apoio à vida cotidiana – ações desenvolvidas por pessoal treinado visando a auxiliar as pessoas com deficiência nas atividades de vida diária e de vida prática.

Tecnologia assistiva – conjunto de medidas adaptativas ou equipamentos que visam a facilitar a independência funcional das pessoas com deficiência.

Transtornos congênitos – alterações decorrentes de fatores hereditários.

Transtornos orgânicos – alterações que interferem no funcionamento do organismo.

Transtornos perinatais – alterações que ocorrem durante o nascimento.

7. Bibliografia Consultada

- ARAÚJO, Luís Alberto David. *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 140 p.
- BARROS FILHO, T. E. P. et al. *Revista Hospital das Clínicas*, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, v. 45, n. 3, p. 123-126, 1990.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico. 1998. p. 292.
- . Ministério da Ação Social; Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência; Conselho Consultivo. *Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência*. Brasília: CORDE, 1994.
- . Ministério da Ação Social; Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência. *Política nacional de prevenção de deficiências*. Brasília: CORDE, 1992.
- . Ministério da Educação; Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial*. Brasília, 1994. (Livro 1).
- . Ministério da Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. [Brasília], 1996.
- . Ministério da Justiça. *Relatório da Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade*. [Brasília]: SDC; CORDE 1995.
- . Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica 01/96 do Sistema Único de Saúde*. Brasília, 1997.
- . Ministério da Saúde; Secretaria de Política de Saúde. *Promoção da saúde*. Brasília, 1998. (mimeo).
- . Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. *Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços*. Brasília, 1995. p. 48.
- . Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. *Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde*. [Brasília, 199-].
- BRITO, P.; VEITZMAN, S. *Causas da cegueira em criança*. Arquivo brasileiro de oftalmologia, 1998.
- CASTRO JUNIOR, N. P. et al. Deficiência auditiva infantil: aspectos de incidência, etiologia e avaliação audiológica. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, v. 46, p. 228-36, 1980.
- . *Do estudo da audiometria de tronco cerebral em neonatos normais e de alto risco*. São Paulo: CIDI, 1991. 78 p. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina.
- CHRISTENSEN, E.; MELCHIOR, J. Cerebral Palsy. A Clinical and Neuropathological Study. Heinemann-London, *Clinic in Development Medicine*, n. 25 W. 1967.
- CLIFTON, G. L. Spinal Cord in Jury in the Houston Galveston Area. *Tex - Méd.* v. 79, p. 55-8.
- COMITE DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA. *Prevenção de deficiências*. Brasília: Corde, [19--]. p. 34.
- DECLARAÇÃO de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais*. 2. ed. Tradução Edilson Alkimim da Cunha. Brasília: Corde, 1997. 54 p.
- DIAMENT, A.; Cypel, S. *Neurologia Infantil*. 3. ed. [S. l.]: Livraria Atheneu, 1996.
- EDUCAÇÃO inclusiva, desenho universal e integração*. HYPERLINK. Disponível em: <<http://www.gente.especial.com.br/arquitetura.htm>>. Acesso em 2 set. 2002.
- FOSTER, Allen. *Blindness prevention, statistics and principles of control, workshop of ocular health*. São Paulo: [s. n.], 1999.
- INFORMAPAE. Boletim Mensal da Federação Nacional das APAES, v. 4, jan., 1996.

JANNUZI, G; S. M.; JANNUZI, N. Portadores de necessidades especiais no Brasil: reflexões a partir do censo demográfico 1991. *Revista Integração: SEESP; MEC*, Brasília, v.7, n. 18, p. 40-46, 1997.

KARA, José; ALMEIDA, Vicente N. de. et al. Causas de deficiência visual em crianças. *Bol. of Panam.*, 1997, v. 5, p. 405- 412, 1994.

LAURENTI, R. et al. *Estatística de saúde*. São Paulo: EPU, 1990.

LEITE, Ama e Maranhão, H. P. *Situação do atendimento dos portadores de necessidades educativas especiais nos municípios do estado do RJ*. Resultados. Rio de Janeiro, out. 1998.

MAIOR, Isabel Maria M. L. Políticas públicas sociais para as pessoas portadoras de deficiência no Brasil. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo: CEBRAP, n. 7, p. 31-7, 1997.

NALLIN, Araci. *Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso*. Brasília: Corde, 1985. p. 184.

NORMAS e recomendações internacionais sobre a deficiência. Tradução Edilson Alkimim Cunha. Brasília: Corde, 1996. 113 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificación internacional de las deficiencias actividades e participacion: um manual de las dimensiones de la inhabilitacion e su funcionamiento*. Genebra. 1997. (Versão preliminar).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Programa de ação mundial para as pessoas com deficiências*. Tradução Edilson Alkmim da Cunha, Brasília: Corde, 1996.

REGULY, Vanessa Soledade. *A inserção dos deficientes físicos no mercado de trabalho na região metropolitana de Salvador*. Salvador: UNIFACS, 1998. (Monografia apresentada à UNIFACS).

RIBAS, João Batista Cintra. *As pessoas portadoras de deficiência na sociedade brasileira*. Brasília: Corde, 1997.

SALIMENE, A. C. M. *Sexo: caminho para a reabilitação*. São Paulo: Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu Kazumi. *Inclusão social: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários*. 1997. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/temas>>. Acesso em 2 set. 2002.

SILVEIRA, J. A. M. *Estudo da deficiência auditiva em crianças submetidas a exames de potenciais evocados auditivos: etiologia, grau da deficiência e precocidade diagnóstica*. São Paulo, 1992. 107 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

TARICO, M. C. et al. The social and vocational outcome of spinal cor injury patients. *Paraplegia, the International Journal of Spinal Cord*: International Medical Society of Paraplegia, v. 30, n. 3, 1992, p. 214-219.

TARTARELA, M. B. et al. Visão subnormal em crianças. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, v. 54, n. 5, p. 221-224, 1991.

UNICEF. *Deficiência Infantil: sua prevenção e reabilitação*. Relatório da Rehabilitation International, Junta Executiva do UNICEF, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO/PBL 93-27. Management of low vision in children, Bangkok, 1992.

-----, PBL 97.61. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Programme for the Prevention of Blindness and Deafness. 1997.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA:

Portarias. Disponível em: <<http://WWW.saude.gov.br/sas>>. Acesso em 2 set. 2002.

**Portarias do
Ministério da Saúde**

PORTARIA MS/SAS N.º 303, DE 2 DE JULHO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e o Presidente do INAMPS, no uso de suas atribuições do Decreto e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

I - Diretrizes:

- organização de serviços baseada nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos níveis de complexidade assistencial; garantia de continuidade da atenção nos vários níveis de complexidade assistencial;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde do deficiente até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente Portaria e pelo controle de avaliação dos serviços prestados.

II - Normas para Atendimento Hospitalar (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde)

1. Leito ou Unidade de Reabilitação em Hospital Geral

1.1. O estabelecimento de leitos/unidades de reabilitação em Hospital Geral objetiva:

O atendimento integral à pessoa portadora de deficiência quando, por razões de natureza médica, o regime de internação for o mais adequado ao paciente, após avaliação multiprofissional e confirmação da elegibilidade em reunião de equipe de reabilitação da unidade hospitalar acreditada, onde será traçado o plano individual de tratamento contemplando prevenção, reabilitação e integração do PPD. A alta hospitalar será de responsabilidade do médico assistente, que deverá programá-la de comum acordo com a equipe multiprofissional.

1.2. Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação individual em fisioterapia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, assistência social e enfermagem;
- b) atendimento medicamentoso;
- c) atendimento em grupo (as mesmas modalidades acima descritas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com a sua necessidade (ambulatorial, domiciliar ou centro de habilitação/reabilitação profissional;
- f) as metas, o programa e a alta são atividades conjunta da equipe de reabilitação.

1.3. Recursos Humanos

A equipe técnica mínima, para um conjunto de até 15 leitos, deve ser composta por:

- 1 médico fisiatra – 20 horas semanais;
- 1 enfermeiro, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional e 1 assistente social -30 horas semanais, cada;
- profissionais de nível médio e elementar necessários ao desenvolvimento de atividades;
- considerando as variações no perfil da deficiência/incapacidade dos pacientes internados e as consequentes diferenças no tipo e no número de atendimento, os profissionais: terapeuta ocupacional (I), fonoaudiólogo (I), psicólogo (I) e assistente social (I) poderão atender até 30 leitos.

1.4. Recursos físicos

- acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para a PPD: área física para giro de cadeira de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de portas de enfermaria, do quarto e do banheiro, banheiro adaptado(segundo normas da ABNT;1990);
- setores de tratamento: cinesioterapia, macanoterapia, eletrotermoterapia, hidroterapia, terapia ocupacional, treino de AVD e atividades específicas para coordenação, equilíbrio e treino da escrita;
- sala de reunião da equipe multiprofissional de reabilitação para avaliação, atendimento individual, testes diagnósticos e acompanhamento; sala para arquivo de prontuários e fichas de evolução dos pacientes implantando-se o CIDID – Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens (Lisboa, 1989);
- sala de estar de pacientes com atividades educacionais de saúde e de incentivo a reinserção social (TV, jogos, leitura, etc.);
- mobiliário e equipamentos: tatame, espelho de corpo inteiro, paralela 3m, halteres, bolas com peso (*medicine-ball*), mesa de *bonet*, espaldar, bicicleta estacionária, prancha e/ou mesa ortoestática;
- par de bengalas canadenses – 2 tamanhos;
- par de muletas axilares – 2 tamanhos;
- andador regulável;
- cadeiras de rodas com braços e apoio de pés removíveis, freios manuais;
- cadeira de rodas com encosto alto, reclinável, apoio de pés eleváveis;
- nebulizador, mesa de drenagem postural, estimuladores de respiração;
- equipamentos, ferramentas destinadas ao programa de Recuperação das Funções e

Atividades de Vida Diária – AVD;

- psicologia: material para avaliação e tratamento psicoterápico;
- fonoaudiologia: material específico para avaliação e tratamento.

2. Hospital ou Centro Especializado em Reabilitação

2.1. Entende -se como Hospital ou Centro Especializado em Reabilitação aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela portadora de deficiência em regime de internação.

2.2. Recursos humanos

Os Hospitais ou Centros Especializados em Reabilitação deverão contar com equipe mínima para cada 15 leitos, composta de:

- 1 médico fisiatra – com 20 horas semanais, distribuídas em pelo menos 05 dias da semana;
- 1 enfermeiro – com 30 horas semanais, distribuídas em 05 dias da semana;
- 1 terapeuta ocupacional – com 30 horas semanais, distribuídas em 05 dias da semana;
- 1 psicólogo -com 30 horas semanais, distribuídas em 05 dias da semana;
- 1 fonoaudiólogo – com 30 horas semanais, distribuídas em 05 dias da semana;
- 1 assistente social – com 30 horas semanais, distribuídas em 05 dias da semana;
- 1 fisioterapeuta – com 30 horas semanais, distribuídas em 05 dias da semana;
- também é recomendável a inclusão de musicoterapeuta, técnico em mobilidade de cegos e técnico em órteses e próteses.

2.3. Recursos físicos

Preconiza-se a adoção das normas da ABNT no que se refere a adaptação de mobiliário e espaço físico:

- setores de tratamento: cinesioterapia, mecanoterapia, eletrotermoterapia, hidroterapia, terapia ocupacional, treino de AVD e atividades específicas para coordenação, equilíbrio e de treino da escrita;
- sala de reunião para equipe multiprofissional de reabilitação;
- psicologia: material para avaliação e tratamento psicoterápico;
- fonoaudiologia: material específico para avaliação e tratamento;
- sala de estar para pacientes em atividades educativas de saúde e de incentivo à reinserção social (TV, jogos, leitura);
- sala para arquivo de prontuário e fichas de evolução dos pacientes, implantando-se CIDID–Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens (Lisboa, 1989);
- equipamentos: tatame, espelho de corpo inteiro, paralela de 3 metros, halteres, bolas com peso (*medicine-ball*), mesa de *bonet*, espaldar, bicicleta estacionária, prancha ou mesa

ortoestática;

- par de bengalas – 2 tamanhos;
- par de bengalas axilares – 2 tamanhos;
- andador regulável;
- cadeira de rodas com braços e apoio de pés removíveis, freios manual;
- cadeira de rodas com encosto alto, reclinável,; apoio de pés eleváveis;
- nebulizador, mesa de drenagem postural, estimuladores de respiração;
- equipamentos e ferramentas destinadas ao programa de recuperação das funções e atividades cotidianas – AVD.

3. Disposições gerais:

3.1. o leito de reabilitação deve ser exclusivo para este fim.

3.2. nos casos de patologia aguda e/ou acidente/trauma, o paciente será internado no código da lesão aguda e só depois de completada esta etapa e constatada a deficiência passará a estar internado sobre o novo código, sem prejuízo das medidas imediatas de prevenção secundárias das sequelas incapacitantes.

3.3. com vistas a garantir condições adequadas ao atendimento de clientela portadora de deficiência, deverão ser observadas as normas da ABNT referentes à área de engenharia e arquitetura.

3.4. para credenciamento da Unidade de Reabilitação ou Centros de Reabilitação deverão ser considerados os requisitos básicos como:

- recursos humanos;
- recursos físicos (ambiente e adaptações específicos);
- recursos técnicos de diagnóstico e tratamento;
- apoio de serviços clínicos, cirúrgicos, laboratoriais e suplementares, tais como órteses e próteses;
- participação em sistema de saúde com referência e contra-referência para pacientes;
- criação, quando necessário, de outros setores envolvidos em reabilitação.

3.5. caberá ao gestor estadual, por meio de sua Coordenação, dê atenção a esse grupo populacional ou equivalente, as funções de controle, supervisão e avaliação dos serviços de saúde com relação as presentes normas.

4. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ DA SILVA GUEDES

Resumo

Dispõe sobre as normas de funcionamento dos serviços de saúde da pessoa portadora

de deficiência, no Sistema Único de Saúde, baseados nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Define normas para o atendimento de reabilitação em nível hospitalar, discriminando os tipos de serviços – Leito ou Unidade de Reabilitação em Hospital Geral e Hospital ou Centro Especializado em Reabilitação – bem como, os recursos humanos e materiais necessários para o funcionamento desses serviços.

PORTARIA MS/SAS N.º 304, DE 2 DE JULHO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e o Presidente do INAMPS, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece as seguintes diretrizes:

I - Diretrizes:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviço;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde da pessoa portadora de deficiência até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

II - Normas para Atendimento Ambulatorial (Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde)

1. Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório.

1.1. O atendimento em saúde à pessoa portadora de deficiência prestado em nível ambulatorial é compreendido por um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas, centros de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitalares do Sistema Único de Saúde.

1.2. Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidos pelo órgão gestor estadual ou municipal.

1.3. A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde poderá incluir as seguintes atividades, desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta médica, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento em grupo (atividades educativas em saúde, grupo de orientação, modalidades terapêuticas de habilitação/reabilitação);
- visita domiciliar por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4. Recursos humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio, com supervisão de profissional especializado de nível superior:

- atendimento em grupo (atividades educativas em saúde, grupo de orientação e modalidades terapêuticas de habilitação/reabilitação);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe de saúde em habilitação/reabilitação da pessoa portadora de deficiência, para atuar nas unidades básicas e centros de saúde deve ser composta por médico generalista, ortopedista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliares e profissionais de nível médio, complementada por profissionais especialistas (médico fisiatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional).

O ambulatório especializado deve ter equipe multiprofissional permanente, composta por especialistas (médico fisiatra, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro, assistente social, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, complementada por outros profissionais, a depender da clientela-alvo da unidade de saúde, ex.: oftalmologista, foniatra, otorrinolaringologista, psiquiatra, musicoterapeuta, técnico em mobilidade de cegos, pessoal qualificado para atendimento a osteomizados e técnico em órteses e próteses).

1.5. Recursos físicos para ambulatórios especializados

Preconiza-se a adoção das normas da ABNT no que se refere à adaptação de mobiliário e espaço físico:

- setores de tratamento: cinesioterapia, mecanoterapia, eletrotermoterapia, hidroterapia, terapia ocupacional, treino de AVD e atividades específicas para coordenação, equilíbrio e de treino da escrita;
- sala de reunião para equipe multiprofissional de reabilitação;
- psicologia: material para avaliação e tratamento psicoterápico;
- fonoaudiologia: material específico para avaliação e tratamento;
- sala de estar para pacientes em atividades educativas de saúde e de inventivo à reinserção social (TV, jogos, leitura);
- sala para arquivo de prontuário e fichas de evolução dos pacientes, implantando-se CIDID–Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens (Lisboa, 1989);
- equipamentos: tatame, espelho de corpo inteiro, paralela de 3 metros, halteres, bolas com peso (*medicine-ball*), mesa de *bonet*, espaldar bicicleta estacionária, prancha ou mesa ortoestática;
- par de bengalas canadense – 2 tamanhos;
- par de bengalas axilares – 2 tamanhos;
- andador regulável;
- cadeira de rodas com braços e apoio de pés removíveis, freios manuais;

- cadeira de rodas com encosto alto, reclinável, apoio de pés eleváveis;
- nebulizador, mesa de drenagem postural, estimuladores de respiração;
- equipamentos e ferramentas destinadas ao programa de recuperação das funções e atividades cotidianas – AVD.

2. Núcleos/Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

2.1. São unidades de saúde locais/regionalizadas voltadas para uma população adscrita definida pelo nível local, para oferecer atendimento em habilitação/reabilitação, funcionando em um ou dois turnos, com equipe multiprofissional, visando à complementação da rede para os cuidados intensivos sob regime ambulatorial ou de tratamento domiciliar.

2.2. Os Núcleos/Centros podem se constituir em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde da pessoa portadora de deficiência, considerando suas características de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados à rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde.

2.3. São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas. As unidades que funcionarem 24 horas por dia terão, obrigatoriamente, leitos e as demais deverão ter leitos para repouso eventual, de acordo com as necessidades da clientela atendida, o que deve ser definida pelo órgão gestor estadual ou municipal.

2.4. A assistência ao paciente nestas unidades em regime de cuidados intensivos inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentos, fisioterápico, psicoterápico, terapia ocupacional, fonoaudiólogo, assistência social, orientação, atividade educativa em saúde);
- atendimento em grupo (fisioterápico, psicoterápico, terapia ocupacional, fonoaudiólogo, assistência social, orientação, atividade educativa em saúde);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias voltadas para a integração da pessoa portadora de deficiência na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que frequentam a unidade por dois turnos (8 horas) terão direito a duas refeições.

2.5. Recursos humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAD/CAD, para o atendimento a trinta (30) pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico fisiatra;
- 1 enfermeiro;

- 1 fisioterapeuta;
- 1 fonoaudiólogo;
- 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- profissionais de nível médio e elementar com supervisão de profissional de nível superior. ADM -14 MEG/&5.

2.6. Para fins de financiamento pelo SIA-SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) ou 30 pacientes por turno de 4 horas ao dia, com equipe técnica mínima estabelecida anteriormente, em cada unidade assistencial.

III - Recursos Físicos

Preconiza-se a adoção das normas da ABNT no que se refere a adaptação de mobiliário e espaço físico:

- setores de tratamento: cinesioterapia, mecanoterapia, eletrotermoterapia, hidroterapia, terapia ocupacional, treino de AVD e atividades específicas para coordenação, equilíbrio e de treino da escrita;
- sala de reunião para equipe multiprofissional de reabilitação;
- psicologia: material específico para avaliação e tratamento;
- sala de estar para pacientes em atividades educativas de saúde e de incentivo à reinserção social (TV, jogos, leitura);
- sala para arquivo de prontuário e fichas de evolução dos pacientes, implantando-se CIDID – Código Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagens (Lisboa, 1989);
- equipamentos: tatame, espelho de corpo inteiro, paralela de 3 metros, halteres, bolas com peso (*medicine-ball*), mesa de *bonet*, espaldar bicicleta estacionária, prancha ou mesa ortoestática;
- par de bengalas canadense – 2 tamanhos;
- par de bengalas axilares – 2 tamanhos;
- andador regulável;
- cadeira de rodas com braços e apoio de pés removíveis, freios manuais;
- cadeira de rodas com encosto alto, reclinável, apoio de pés eleváveis;
- nebulizador, mesa de drenagem postural, estimuladores de respiração;
- equipamentos e ferramentas destinadas ao programa de recuperação das funções e atividades cotidianas – AVD.

IV - Disposições gerais

1. Caberá ao gestor estadual ou municipal definir critérios, consecução e custeio de transporte coletivo ou específicos adaptados para a pessoa portadora de deficiência.
2. Caberá ao gestor estadual ou municipal, prever e suplementar recursos para concessão de órteses e próteses indispensáveis para complementação da saúde da pessoa portadora de deficiência.
3. Caberá ao gestor estadual, por meio da sua Coordenação de Atenção a esse grupo populacional, ou equivalente, as funções de controle, supervisão e avaliação das normas pertinentes.

Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ DA SILVA GUEDES

Resumo

Dispõe sobre as normas de funcionamento dos serviços de saúde da pessoa portadora de deficiência, no Sistema Único de Saúde, baseadas nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Define normas para o atendimento de reabilitação em nível ambulatorial, discriminando os serviços por nível de complexidade – Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório e Núcleos/Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, bem como os recursos humanos e físicos, necessários para o funcionamento desses serviços.

PORTARIA MS/SAS N.º 305, DE 2 DE JULHO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e o Presidente do INAMPS, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990, e,

considerando a necessidade de melhorar a qualidade e cobertura da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência;

considerando a necessidade de diversificar os métodos e as técnicas terapêuticas, visando à integralidade de atenção a esse grupo, resolve:

1. Incluir no SIH-SUS o grupo 67.100.01-5 Tratamento em Reabilitação e seus procedimentos, a serem cobrados por hospitais previamente autorizados pelo INAMPS/SES:

Grupo: 67.100.01-5- Tratamento em Reabilitação

67.300.01-4- Tratamento em Reabilitação

67.500.01-3- Tratamento em Reabilitação

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MÉDICO	ANEST.	PERM.
25.706,00	8.993,00	22.473,00	57.172,00	0018	0000	001

2. Fica estabelecido o pagamento máximo de 45 (quarenta e cinco) diárias por AIH-AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR. Após esse período, havendo necessidade do paciente permanecer internado, deverá a Unidade Assistencial solicitar nova AIH, conforme o estabelecido no item 2.1 desta Portaria:

2.1. a autorização para emissão da AIH do paciente em Tratamento em Reabilitação será de competência exclusiva de gestores estaduais e/ou municipais.

3. Os procedimentos Tratamento em Reabilitação deverão ser cobrados através da AIH na especialidade – Tratamento em Reabilitação.

4. A Secretaria Estadual de Saúde (SES) autorizará o cadastramento dos leitos para Tratamento em Reabilitação nas Unidades Hospitalares, após avaliação baseada nos requisitos contidos na Portaria n.º 303/92.

5. Para inclusão de leitos de Tratamento em Reabilitação, nas Unidades Assistenciais do SIH-SUS, a Secretaria Estadual de Saúde, encaminhará Ficha Cadastral do Hospital – FCH a DG/INAMPS – Gerência de Sistemas de Assistência Ambulatorial e Hospitalar, através da Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle – CCTC.

6. Caberá ao gestor estadual, por meio da sua Coordenação de Atenção a esse grupo populacional, ou equivalente, as funções de controle, supervisão e avaliação das normas pertinentes.

7. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ DA SILVA GUEDES

Resumo

Inclui no Sistema de Informações Hospitalar do Sistema Único de Saúde SIH/SUS, o grupo 67.100.01-5 – Tratamento em Reabilitação e seus procedimentos, a serem cobrados por hospitais, previamente autorizados pelas SES.

PORTARIA MS/SAS N.º 306, DE 2 DE JULHO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência à Saúde e o Presidente do INAMPS, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990;

considerando a necessidade de melhorar a qualidade e a cobertura da atenção à pessoa portadora de deficiência;

considerando a necessidade de diversificar os métodos e técnicas terapêuticas relativas à reabilitação desse grupo populacional, resolve:

1. utilizar no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, a atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência, os procedimentos já existentes relativos aos Códigos 036, 038-8, 039-6, 650-5; 844-3 e 846-0.
2. incluir as especialidades Fisiatria e Fisioterapia, nos códigos 038-8 e 039-6, para atendimento à saúde da pessoa portadora de deficiência nas Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios do Sistema Único de Saúde.

3. incluir:

código/848-6 - Atendimento em Núcleos/Centros de Reabilitação – (1 turno)

Componentes: atendimento a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação/habilitação, por equipe multiprofissional, em regime de um turno (4 horas), incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento fisioterápico, de terapia ocupacional, fonoaudiólogo, psicoterapia, atividades de lazer, orientação familiar) para serem realizadas em unidades locais devidamente cadastradas no SIA-SUS. A execução desse tipo de procedimento terá valor de Cr\$ 10.398,00 (dez mil, trezentos e noventa e oito cruzeiros).

Código/850-8 - Atendimento em Núcleos/Centros de Reabilitação (2 turnos)

Componentes: atendimento a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação/habilitação por equipe multiprofissional, em regime de dois turnos de 4 horas, incluindo um conjunto de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiólogo, psicoterápico, atividades de lazer, orientação familiar), com fornecimento de refeições, realizadas em unidades locais devidamente cadastradas no SIA-SUS para execução deste tipo de procedimento. Valor Cr\$ 24.796,00 (vinte e quatro mil, setecentos e noventa e seis cruzeiros).

4. os estabelecimentos de saúde que prestam serviços à pessoa portadora de deficiência, integrantes do Sistema Único de Saúde, serão submetidos periodicamente a supervisão, controle e avaliação, por técnicos dos níveis federal, estadual e/ou municipal.
5. o cadastramento dos serviços e dos profissionais que prestam assistência ao portador de deficiência no SIA-SUS, caberá as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, com apoio técnico da Coordenação de Atenção à Grupos Especiais do Ministério da Saúde e da Coordenação de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no Estado.
6. as normas técnicas para o cadastramento de serviços que prestam assistência à pessoa portadora de deficiência estão contidas na Portaria n.º 304/92, com complementação e regulamentação pelo gestor estadual e/ou municipal.

7. esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ DA SILVA GUEDES

Resumo

Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, códigos para atendimento em Núcleos/Centros de Reabilitação – 1 e 2 turnos. Inclui as especialidades Fisiatria e Fisioterapia, nos códigos 038-8 e 039-6 para atendimento da pessoa portadora de deficiência nas Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA MS/SAS N.º 116, DE 9 DE SETEMBRO DE 1993

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições, e

considerando a integralidade da assistência, estabelecida na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde (Lei n.º 8.080, de 16/9/90);

considerando que o atendimento integral à saúde é um direito da cidadania e abrange a atenção primária, secundária e terciária com garantia de fornecimento de equipamentos necessários para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

considerando que o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais aos usuários do sistema contribui para melhorar suas condições de vida, sua integração social, minorando a dependência e ampliando suas potencialidades laborativas e as atividades de vida diária;

considerando a autorização estabelecida pela RS n.º 79, de 2/9/93, do Conselho Nacional de Saúde, resolve:

1. incluir no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia constantes do Anexo Único.
2. a concessão das órteses e próteses ambulatoriais, bem como a adaptação e treinamento do paciente será realizada, obrigatoriamente, pelas unidades públicas de saúde designadas pela Comissão Bipartite. Excepcionalmente, a referida comissão poderá designar instituições da rede complementar, preferencialmente entidades universitárias e filantrópicas para realizar estas atividades.
3. caberá ao gestor estadual/municipal, de conformidade com o Ministério da Saúde, definir critérios e estabelecer fluxos para concessão e fornecimento de órteses e próteses, objetivando as necessidades do usuário.
4. o fornecimento de equipamentos deve se restringir aos usuários do Sistema Único de Saúde que estejam sendo atendidos pelos serviços públicos e/ou conveniados dentro da área de abrangência de cada regional de saúde.
5. fica estabelecido que a partir da competência setembro/93, o Recurso para Cobertura Ambulatorial – RCA será acrescido de 2,5%, destinado ao pagamento das órteses e próteses fornecidas aos usuários.
6. os valores das órteses e próteses descritas no Anexo Único serão divulgados quando da publicação da tabela de Valores dos Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS.
7. esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação com efeitos financeiros a partir de 1.º de setembro de 1993.

CARLOS EDUARDO VENTURELLI MOSCONI

Resumo

Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS a concessão de órteses e próteses e bolsas de colostomia. Estabelece que a concessão de órteses e próteses ambulatoriais, bem como a adaptação e treinamento do paciente, será realizada por unidades públicas de saúde designadas pelas Comissões Intergestores Bipartite, cabendo ao gestor estadual/municipal, de conformidade com o Ministério da Saúde, definir critérios e estabelecer fluxos para a concessão de órteses e próteses, objetivando as necessidades do usuário. Em 31 de outubro de 1994, as Portarias MS/SAS de n.º 172/94 a n.º 193/94 passam a incluir no teto financeiro das estados e do DF, o fornecimento de órteses e próteses ambulatoriais, de conformidade com a Portaria MS/SAS n.º 1.827/94 que define os tetos financeiros.

ANEXO

PRÓTESES E ÓRTESES

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
901-6	COLETE CADEIRA DE BRAÇO;COLETE TAYLOR. Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4,7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
902-4	COLETE JEWEEET. Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4, 7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
903-2	COLETE MILWALKEE. Item de Programação 18 -PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4,7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
905-9	COLAR CERVICAL COM OU SEM APOIO MENTONIANO. Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4,7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
906-7	COLAR CERVICAL DE ESPUMA. Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4, 7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41
908-3	GOTEIRA (CALHA) PARA MEMBROS INFERIORES EM POLIPROPILENO PARA CORRIGIR GENU-VALGO OU GENO-VARO; GOTEIRA (CALHA) PARA MEMBROS INFERIORES EM MADEIRA FORRADA COM ESPUMA. Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4,7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
909-1	GOTEIRA (CALHA) PARA MEMBROS INFERIORES EM POLIPROPILENO USO TIPO PALMILHA. Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4,7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
910-5	GOTEIRA (CALHA) PARA MEMBROS SUPERIORES POSIÇÃO ATIVA / PASSIVA; FERULA COM CALHA PARA EXTENSÃO DOS DEDOS. Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4, 7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
913-0	ÓRTESE GENU-PODALICA (CRIANÇA). Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE. Nível de Hierarquia 3,4,7,8. Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

914-8 - ÓRTESE CRURO-PODALICA UNILATERAL (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

915-6 - ÓRTESE CRURO-PODALICA BILATERAL (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

916-4 - ÓRTESE PARA MARCHA UNILATERAL EM COURO.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

917-2 - ÓRTESE PARA CORRIGIR GENU-VALGO (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

918-0 - ÓRTESE PARA MARCHA BILATERAL EM COURO (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

919-9 - ÓRTESE CODIVILHA EM COURO (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

920-2 - ÓRTESE PARA MARCHA UNILATERAL EM POLIPROPILENO (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

921-0 - ÓRTESE PARA MARCHA BILATERAL EM POLIPROPILENO (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

922-9 - ÓRTESE LEGG PERTHS OU DESCARGA (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

923-7 - DENNIS BROWN SEM BOTA (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

924-5 - CINTO PÉLVICO (CRIANÇA).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

925-3 - JOELHEIRA LONGA IMOBILIZANTE - ELÁSTICA - TAMANHO P/M/G (CRIANÇA);
JOELHEIRA MEDIA ARTICULADA ELÁSTICA TAMANHO P/M/G (CRIANÇA).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

926-1 - ÓRTESE CRURO PODALICA EM POLIPROPILENO (CRIANÇA).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

927-0 - ÓRTESE GENU-PODALICA (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4, 7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

928-8 - ÓRTESE CRURO-PODALICA UNILATERAL (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

929-6 - ÓRTESE CRURO - PODALICA BILATERAL (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

930-0 - ÓRTESE PARA MARCHA UNILATERAL EM COURO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

931-8- ÓRTESE PARA CORRIGIR GENU-VALGO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

932-6- ÓRTESE PARA MARCHA BILATERAL EM COURO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

933-4 - ÓRTESE CODIVILHA EM COURO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4, 7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

934-2 - ÓRTESE PARA MARCHA UNILATERAL EM POLIPROPILENO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

935-0- ÓRTESE PARA MARCHA BILATERAL EM POLIPROPILENO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

936-9 - ÓRTESE LEGG PERTHS OU DESCARGA (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

938-5- CINTO PÉLVICO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

939-3 - JOELHEIRA LONGA IMOBILIZANTE - ELÁSTICA TAMANHO P/M/G (ADULTO);
JOELHEIRA MÉDIA ARTICULADA ELÁSTICA TAMANHO P/M/G (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

940-7 - ÓRTESE CRURO PODALICA EM POLIPROPILENO (ADULTO).

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

945-8 - PRÓTESE PIROGOFF OU SYME (NACIONAL) PÉ SACH.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,33.

946-6 - PTB - KBM - PTS SEM COXAL (NACIONAL) PÉ SACH.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,33.

947-4 - PRÓTESE PIROGOFF OU SYME (NACIONAL) PÉ ARTICULADO.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,33.

948-2 - PTB - KBM - PTS SEM COXAL (NACIONAL) PÉ ARTICULADO.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,33.

951-2- PRÓTESE COM JOELHO LIVRE (NACIONAL) PÉ SACH; PRÓTESE COM JOELHO TIPO
JUPPA (NACIONAL) PÉ SACH); PRÓTESE COM JOELHO COM TRAVA (NACIONAL) PÉ SACH;
PRÓTESE COM JOELHO LIVRE (NACIONAL) PÉ ARTICULADO; PRÓTESE COM JOELHO COM
TRAVA (NACIONAL) PÉ ARTICULADO; PRÓTESE COM JOELHO TIPO JUPPA (NACIONAL) PÉ
ARTICULADO.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,33.

953-9 - PRÓTESE DO QUADRIL DESARTICULADO (NACIONAL) PÉ SACH OU PÉ ARTICULADO.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 20,33.

- 955-5- CINTA LOMBAR OU DORSO LOMBAR (TIPO SALVA PÉ) TAMANHO P/M/G.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7, 8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 957-1- MULETAS CANADENSE OU AXILAR (PAR).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7, 8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 959-8 - CALÇADO ORTOPÉDICO -INFANTIL.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 960-1 - CALÇADO PARA PÉ PLANO (ADULTO).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,18.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 961-0 - PALMILHA ORTOPÉDICA FLEXÍVEL COM CORREÇÃO DE ALTURA E/OU SUPORTE DE ARCO (ADULTO/CRIANÇA).
Item de Programação 18 -PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7, 8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 963-6 -PRÓTESE MAMÁRIA (NACIONAL) EM ESPUMA COM PESO.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 13,22,73.
- 965-2- MALHA TUBULAR PARA QUEIMADOS n.ºs 4 a 15 (POR METRO).
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 11, 13,20.
- 967-9- CADEIRA DE RODAS PINTADA, COURVIM, PÉS E BRAÇOS REMOVÍVEIS.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4, 7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 968-7 -CADEIRA De RODAS CROMADA, COURVIM, PÉS e BRAÇOS REMOVÍVEIS.
Item de Programação 18 -PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8..
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 969-5 - CADEIRA DE RODAS PARA TETRAPLÉGICO, ESPALDAR ALTO, ARTICULADA.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 971-7- ANDADEIRA DE ALUMÍNIO, GRADUADA, DESMONTÁVEL; ANDADEIRA DE FERRO, FIXA GRADUADA.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.
- 973-3- BENGALA DE 4 PONTAS DE ALUMINIO OU FERRO GRADUADA.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 20,28,33,41.

980-6- PRÓTESE AUDITIVA EXTERNA COM AMPLIFICADOR DE BOLSO.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7, 8.
Esp. Ativ. Profissional 34.

981-4- PRÓTESE AUDITIVA COM AMPLIFICADOR RETRO-AURICULAR.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7, 8.
Esp. Ativ. Profissional 34.

984-9 - PRÓTESE OCULAR COM CORREÇÃO ESTÉTICA.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 31.

985-7- LENTE ESPECIAL ACIMA DE 10 A 20 DIOPTRIAS.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 31.

986-5 - PRÓTESE OCULAR PROVISORIA .
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 31.

987-3 - LENTE ESCLERAL PINTADA .
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 31.

988-1 - LUPA PARA VISÃO SUBNORMAL ASFÉRICA.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 31.

991-1 - BOLSA DE COLOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORE DRENAVEL.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 11,21.

992-0 - BOLSA DE COLOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORE FECHADA.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 11,21.

993-8 - BOLSA DE ILEOSTOMIA COM ADESIVO MICROPORE, COM KARAYA E BARREIRA SINTÉTICA DRENAVEL.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4, 7,8.
Esp. Ativ. Profissional 11,21.

994-6 - KIT DE PLACAS E BOLSAS ACOPLADAS-ILEOSTOMIA.
Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.
Nível de Hierarquia 3,4,7,8.
Esp. Ativ. Profissional 11,21.

995-4 - BOLSA DE UROSTOMIA SISTEMA DE PLACAS KIT.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 11,38,46.

996-2 - BOLSA DE UROSTOMIA COM ADESIVO E PROTETOR DE PELE.

Item de Programação 18 - PRÓTESE E ÓRTESE.

Nível de Hierarquia 3,4,7,8.

Esp. Ativ. Profissional 11,38,46.

PORTARIA MS/SAS N.º 146, DE 14 DE OUTUBRO DE 1993

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

considerando o disposto na Portaria n.º 116, de 9 de setembro de 1993, resolve:

1. estabelecer diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial.
2. a coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses, constantes da referida portaria, ficará sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, através de coordenação técnica designada pelo gestor local.
3. O Secretário Estadual/Municipal de Saúde deverá:
 - a) estabelecer critérios e fluxo para a concessão das próteses e órteses;
 - b) cadastrar as unidades públicas, que contenham as especialidades médicas, específicas para cada tipo de próteses e órteses;
 - c) fixar a programação físico-orçamentária para a concessão dos equipamentos constantes da referida portaria;
 - d) constituir comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das próteses e órteses.
4. somente deverão ser cadastradas para concessão de próteses e órteses, as unidades públicas, observados os níveis de hierarquia previstos na Portaria n.º 116, de 9/9/93.
 - 4.1. excepcionalmente, a Comissão Bipartite poderá designar instituições da rede complementar para realizar esta atividade.
5. a indicação das próteses e órteses poderá ser efetuada por qualquer profissional médico da especialidade relativa ao equipamento e encaminhada à comissão técnica da unidade cadastrada, para apreciação, de acordo com os critérios fixados pela Secretaria Estadual/Municipal de Saúde.
6. após o fornecimento das próteses e órteses, a unidade deverá preencher o Boletim de Produção Ambulatorial para fins de processamento e pagamento, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS.
7. deverão ser estabelecidos o cadastro dos usuários atendidos nas unidades, os equipamentos cedidos, a data do fornecimento e a entidade fornecedora, para fins de controle e avaliação e acompanhamento.
8. a aquisição de próteses e órteses deverá obedecer a disposição legal em vigor que regulamenta as licitações.
9. o processo de licitação, contendo o pedido do equipamento, o parecer da comissão técnica, recibo do usuário e as notas fiscais de compra, deverá ser arquivado durante 5(cinco) anos de modo a permitir exame/auditação a qualquer tempo.
10. esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

CARLOS EDUARDO VENTURELLI MOSCONI

Resumo

Estabelece diretrizes gerais para a concessão de órteses e próteses pela assistência ambulatorial. Estabelece que a coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das órteses e próteses serão de responsabilidade das Secretarias Estaduais/Municipais, que deverão definir critérios e fluxos para a concessão e constituir comissão técnica nas unidades cadastradas para apreciação, autorização, fornecimento, treinamento e controle das órteses e próteses.

PORTARIA MS/SAS N.º 388, DE 28 DE JULHO DE 1999

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

- a importância médico social do atendimento às pessoas portadoras de deficiências;
- a necessidade de se garantir produtos de órteses e próteses de qualidade para esses pacientes, e;
- a necessidade de se instituir mecanismos de controle, avaliação e planejamento para este importante segmento da sociedade, resolve:

Art. 1.º Estabelecer que a empresa de Ortopédica Técnica, fornecedora de Órtese e Prótese Ambulatorial, deverá, mediante instrumento próprio, oferecer garantia para o material fornecido.

§ 1.º Os prazos fixados para a garantia de que trata este artigo serão: de 18 (dezoito) meses para defeitos de componentes e de 12 (doze) meses para defeitos decorrentes de falhas comprovadas de mão-de-obra.

§ 2.º As empresas de Ortopedia Técnica objeto deste artigo deverão fornecer o certificado de garantia para todos os produtos por ela fornecidos.

Art. 2.º Instituir o TERMO DE RESPONSABILIDADE, COMPROMISSO E GARANTIA, na forma do Anexo I, a ser assinado pelo receptor da órtese ou prótese e pelo médico que a prescreveu.

§ 1.º O Termo objeto deste artigo, devidamente assinado, deverá ficar anexo ao prontuário do paciente, ou no processo de concessão do aparelho, no SUS.

§ 2.º A concessão de substituição de órtese ou prótese só poderá ser reivindicada ao final de 2 (dois) anos, ou de um período julgado adequado pelos médicos responsáveis.

Art. 3.º Instituir as Normas Básicas de Confecção de Órteses Ortopédicas, na forma do Anexo II.

Art. 4.º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em conjunto com a Secretaria de Políticas de Saúde, deverá adotar as providências necessárias à efetiva operacionalização desta Portaria.

Art. 5.º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

RENILSON REHEN DE SOUZA

Resumo

Estabelece que as empresas de Ortopedia Técnica, fornecedoras de órteses e próteses, deverão oferecer garantia para o material fornecido, mediante instrumento próprio.

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE DE LOCOMOÇÃO

Nome do usuário:

Documento apresentado: n.º

Filiação:

Regional Responsável:

Equipamento: () Órtese () Prótese () Cadeira de Rodas () Andador () Muleta ()

Adaptação

Especificação:

Código do SUS:

Instituição e Empresa Fornecedora:

Endereço: n.º

Bairro Cidade UF:

CEP: Telefone(s): FAX

Insc. Estadual: CGC

Técnico Responsável pela Confecção e Montagem: Rubrica

Responsável pela Empresa/Instituição Rubrica

Garantia dos Componentes: 18 meses -Garantia da Mão-de-Obra: 12 meses

Data das Revisões: - I - I -(6 meses) - 1- 1 -(12 meses) -1 -1- (18 meses)

Origem da Prescrição

Médico responsável pela prescrição:

Data da Prescrição: -1-1 -Data de Entrega ___/___/_____

Peso atual do paciente: Kg -Medidas coto; Proximal cm -Distal: ! cm

Declaração: O equipamento acima descrito foi por mim examinado, e está de acordo com a prescrição médica)

Médico Responsável pela Prescrição/Avaliação

Observações:

1. os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O usuário não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou funcionamento básico do mesmo, com exceção dos casos em que não houver outra alternativa que seja viável para retorná-lo à condição ou parâmetros iniciais. Ao mudar o calçado, cuidar para que o mesmo tenha o salto da mesma altura original.

2. observar, rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.

3. comunicar os problemas ocorridos à comissão técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo.

Ao aceitar e atestar sua satisfação com o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o (a) Sr.(a) compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por, no mínimo, 2 (dois) anos. Para isso contará com o apoio da Empresa/Instituição fornecedora (acima) e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.

Local e data

Usuário ou Responsável

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO - ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAL AUXILIAR

DATA ___/___/___

Identificação do Cliente:

Nome: Sexo: () M () F Cor

Nascimento Cidade: Doc. Ident.

Profissão: Função: Origem:

() Em atividade () Aux. Benefício () Aux. Acid) Trab) Aposentado () Em Reabilitação

Obs.:

Seguro Social: () NÃO () SIM Qual:

Diagnóstico Etiológico:

Diagnóstico Topográfico:

Distúrbios Associados:

Instituição/Profissional que encaminhou:

Nome da Instituição: Fone: ()

Nome do Profissional: Fone: ()

Especialidade: Cons. Reg.: n.º

Identificação do Equipamento:

() Órtese () Prótese () Material Auxiliar de Locomoção/ A VDs

() Funcional () Estético () Temporário () Definitivo: () Novo () Substituição: () Total

() Parcial () Unilateral () Bilateral

PRÓTESE(S) PARA MEMBRO(S) INFERIOR(ES)

Nível: () Desartic. Quadril () Transfemural () Desartic. Joelho () Transtibial () Tornozelo

() Ante pé

Tipo de Equipamento: () Endoesquelético (modular) () Exoesquelético (convencional)

Encaixe: () Cesto Desarticulação Quadril () Quadrilateral () Contensão Isquiática () PTB

() PTS () PTB c/coxaV () PTB p/Chopart/Pirogoff/Syrne/() Palmilha p/ Compl. Ante pé: ()

Rígida () Flexível

Material: () Resina Acrílica p/ Laminação () Couro () Propileno () Reforço Aço Carbono

() Outro

Suspensão: () Válvula vácuo () Cinto Pélvico () Cinto Silesiano () Correia Supracondilar

() Coxal () KBM

Obs.: em amputados bilaterais, com níveis de amputações diferentes, marcar E ou D nos parênteses.

Articulações: () Quadril: () Exoesquelética () Endoesquelética: () com Trava () sem Trava

() Joelho () Exoesquelética () Monoeixo; () Livre () c/ Trava () c/Freio

() c/ Impulsor

() Endoesquelética () Monoeixo () Livre () c/Trava () c/Freio

() c/Impulsor

() Quatro Barras () Livre () c/ Trava

() Tornozelo () Exoesquelética () Endoesquelética

Perna: () Exoesquelética () Endoesquelética: () Aço () Alumínio

() Revestimento cosmético

Pé: () SACH () SACH geriátrico () p/ Amputação de Pirogoff

() Articulado () Dinâmico

I) Casos em que se evita a prescrição de Próteses Ortopédicas p/ Membros Inferiores:

Ao se prescrever uma prótese, deve-se ter em mente que ela irá exigir treinamento e esforço do paciente para a marcha. Por isso, não prescrever próteses para amputados uni ou bilaterais com: cegueira bilateral; graves distúrbios cardiovasculares e respiratórios, neuropatias afetando severamente o equilíbrio, a coordenação, a cinestesia e a propriocepção dos membros inferiores; pacientes com artropatias graves no membro residual ou doenças progressivamente debilitantes, alcoólatras irrecuperáveis, psicopatas c/ grande alienação mental. EM CASOS COMO ESTES, DAR PREFERÊNCIA ÀS CADEIRAS DE RODAS.

Carimbo e Assinatura do Responsável p/ Prescrição

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO ÓRTESES/PRÓTESES E MATERIAL AUXILIAR

DATA ___/___/___

Identificação do Cliente:

Nome: Sexo: () M () F Cor

Nascimento ___/___/___ Cidade: Doc) Ident. _____

Profissão: Função: Origem:

() Em atividade () Aux. Benefício () Aux. Acid) Trab); Aposentado () Em Reabilitação

Obs.:

Seguro Social: () NÃO () SIM Qual:

Diagnóstico Etiológico:

Diagnóstico Topográfico:

Distúrbios Associados:

Instituição/Profissional que encaminhou:

Nome da Instituição: Fone: ()

Nome do Profissional: Fone: ()

Especialidade: Cons. Reg.: n.º

PRÓTESE(S) PARA MEMBRÓ(S) SUPERIOR(ES)

Identificação do Equipamento

() Funcional () Estético () Temporário () Definitivo () Novo () Substituição: () Total

() Parcial

Nível: () Desarticulação de mão () Desarticulação de Punho () Desarticulação de Cotovelo

() Desarticulação de Ombro () Amputação Transradial

Tipo de Equipamento: () Unilateral () Bilateral

Material: () Resina Acrílica p/ Laminação () Luva Cosmética () Espuma Cosmética

() Reforço Aço Carbono () Tirantes: Tipo: () Correias () c/Trava () Outro

Obs.: em amputados bilaterais, com níveis de amputações diferentes, marcar E ou D nos parênteses.

Casos em que se evita a prescrição de Próteses Ortopédicas p/ Membros Superiores:

- nível de rejeição de próteses de membro superior é elevadíssimo:

Assim, ao se prescrever uma prótese, deve-se ter em mente que ela irá exigir treinamento e esforço do paciente, bem como seu nível sociocultural para aprendizado. Por isso, não prescrever próteses para amputados uni ou bilaterais com: cegueira bilateral; graves distúrbios cardiovasculares e respiratórios; neuropatias afetando severamente o equilíbrio, a coordenação, a cinestesia e a propriocepção dos membros Superiores; pacientes com artropatias graves no membro residual ou doenças progressivamente debilitantes; alcoólatras irrecuperáveis; psicopatas c/ grande alienação mental.

Carimbo e Assinatura do Responsável p/ Prescrição

ANEXO II

NORMAS BÁSICAS DE CONFECÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES ORTOPÉDICAS

PRÓTESES ORTOPÉDICAS – Tipos de Estrutura:

Exoesqueléticas (resina laminada)

Endoesqueléticas (modular)

PRÓTESES ORTOPÉDICAS PARA SUBSTITUIÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES

-CONFECÇÃO:

- 1) utilizar somente materiais adequados a cada tipo de prótese, já devidamente aprovados no meio da ortopedia técnica e obedecer, rigorosamente, às recomendações e indicações fornecidas pelo fabricante e/ou importador e fornecedor;
- 2) a laminação da resina deve ser executada a vácuo, visando a eliminar bolhas de ar, ter maior resistência e alcançar menor peso. A pesagem correta dos ingredientes da mistura da resina deve obedecer às quantidades recomendadas pelo seu fabricante, pois isto é de fundamental importância para se obter a qualidade final da laminação;
- 3) utilizar malhas de fibra sintética, de acordo com as especificações do fabricante, com colocação de reforços proporcionais ao peso corpóreo do usuário, utilizando fibra de carbono e/ou manta de fibra de vidro nos pontos de maior esforços, tais como:
 - nas próteses transtibiais:
parte anterior da “canela”
abas superiores próximas ao joelho
 - nas próteses transfemorais:
parte inferior da articulação do joelho, borda superior do soquete
- 4) utilizar espuma de poliuretano expandido para fazer os enchimentos que irão completar altura na fase de prova e dar a forma anatômica final à prótese;
- 5) a escolha dos componentes das próteses deverá seguir critérios rigorosos quanto às vantagens reais que irão oferecer ao usuário, a sua funcionalidade, a relação custo x benefício e obedecer às recomendações técnicas dos seus fabricantes quanto ao limite de peso e indicação do tipo usuário;

6) soquete de encaixe do coto:

a) Desarticulação do Quadril:

Este soquete deverá ser confeccionado em polipropileno moldado a vácuo ou em resina, também laminada a vácuo. Nesse caso, a parte do lado amputado será em resina rígida e o lado oposto ao amputado será em resina flexível. O recorte deste soquete, também chamado de cesto pélvico, deve ser feito de modo a permitir ao usuário fletir o tronco para frente, até uma posição que lhe permita amarrar o calçado. O molde de gesso para a confecção deste soquete terá que ser confeccionado de acordo com as normas já estabelecidas pela ortopedia técnica. Quando usado o polipropileno, a placa de fixação da articulação deverá ser envolvida em um semicesto de resina laminada pela parte externa do polipropileno utilizando reforço de fibra de carbono ou manta de vidro.

b) Transfemoral:

O soquete para amputado transfemoral, com exceção dos casos onde houver contra-indicação médica, deve ser com contato total, com boa acomodação para a massa do coto sem pressões excessivas.

No caso dos soquetes quadrilaterais, a mesa de apoio do ísquio deve ser suave, sem quinas, bem modelada e horizontal em relação ao solo. O canto medial anterior deve ter espaço para acomodação do músculo adutor e a saída da válvula deve ficar o mais distal possível. O contra apoio anterior no triângulo de escarpa deve ser mais elevado cerca de 15 mm acima da mesa do apoio do ísquio.

Uma outra forma de encaixe transfemoral é o chamado encaixe longitudinal ou encaixe de contenção isquiática (também conhecido por encaixe CAT - CAM).

Características específicas deste encaixe:

- a medida antero-posterior é maior que aquela de um encaixe quadrilátero;
- a medida médio-lateral é menor que aquela de um encaixe quadrilátero;
- a medida médio-lateral interóssea (distância entre o ramal isquiático e o sub-trocânter) deve ser respeitada com a maior precisão possível;
- a tuberosidade deve estar contida aproximadamente 3 a 4 cm dentro do encaixe (em relação à borda do encaixe);
- a tuberosidade não possui um apoio no plano horizontal, como, por exemplo, no encaixe quadrilátero;
- o fêmur deve ser posicionado em adução (posição fisiológica);
- o encaixe sempre deve proporcionar contato total.

c) Desarticulação do Joelho:

Este soquete requer uma modelagem precisa da parte distal do coto onde será exercida toda a carga e também sobre os côndilos femorais medial e lateral onde será conseguida a suspensão da prótese.

O soquete flexível deverá ter um acolchoamento na parte distal, onde ocorrerá o apoio, não muito espesso, para evitar o alongamento excessivo do soquete rígido. Na sua borda superior/anterior deverá ser feito um ressalto que servirá de guia para o seu correto encaixe.

d) Transtibial:

Os pontos de apoio (carga) nos vários tipos de soquetes transtibiais são os mesmos, diferenciando-se somente quanto à suspensão. Por isso, deve-se num soquete transtibial, além do desejado contato total (com exceção para os casos onde houver contra-indicação), procurar obter um bom apoio de carga sob o côndilo tibial medial, um segundo apoio de carga não muito forte subpatelar e contra apoio na face lateral anterior e face posterior do coto (poplíteia). Aliviar o apoio na crista e extremidade distal da tibia, bem como na cabeça e extremidade distal da fibula. No soquete PTH, a modelagem termina ao nível da articulação do joelho e para o soquete KBM a modelagem necessita subir englobando a parte superior dos côndilos femorais (médio lateral) e ainda para o soquete PTS modelar a parte superior da patela.

e) Syme:

Neste tipo de amputação, o ponto de descarga é terminal podendo também ser utilizado o apoio subpatelar e o soquete deve obedecer à forma natural do coto, até ao nível do joelho onde será recortado nos moldes de uma PTH. A parte posterior deverá ser bem modelada uma vez que a suspensão deste tipo de prótese será neste ponto (veja detalhes da suspensão no item 10 da letra E.I.).

- 7) nas próteses endoesqueléticas (modulares) o revestimento cosmético de espuma deverá ser fixado em uma sobrecapa de resina laminada e esta então fixada no soquete por parafuso ou velcro também na junção com o pé a espuma deverá ser colada ao adaptador próprio de encaixe no pé. Este procedimento facilitará a manutenção dos componentes e a verificação de sua procedência, sendo vedada a colagem da espuma diretamente no soquete ou no pé.
- 8) nas próteses exoesqueléticas (resina laminada) com pé sem articulação tíbio-társica, este terá que, além da fixação por parafuso, ser firmemente colado à parte do tornozelo com

- cola especial, conforme indicação do fabricante.
- 9) o alinhamento das próteses deverá obedecer às indicações e normas técnicas preestabelecidas de cada fabricante dos componentes utilizados, adequando à fisiopatologia do usuário.
- 10) métodos de Suspensão das Próteses Ortopédicas:
- a) **Desarticulação do Quadril:**
A suspensão deste tipo de prótese é conseguida pela modelagem do soquete (cesto pélvico) sobre as cristas ilíacas, sendo aconselhável acolchoar estes pontos a fim de proporcionar maior conforto ao usuário.
- b) **Transfemoral:**
- b.1) **Sucção:** O coto deve ficar acomodado dentro do soquete sem pressão excessiva, com contato total fazendo uma redução de, aproximadamente, 5% na circunferência da parte superior do soquete formando um anel que irá vedar a passagem de ar criando a sucção.
- b.2) **Cinto Pélvico:** o cinto deve estar localizado entre os trocânteres e as cristas ilíacas e a sua articulação do quadril, quando houver, deve estar anteriorizada cerca de 15 milímetros em relação à linha central da prótese.
- b.3) **Cinto Sileziano:** ancorado na parte lateral-posterior e abotoando na parte anterior mais para a lateral, tem como ponto de apoio para suspensão a parte superior da crista ilíaca, do lado contrário ao amputado e neste ponto (crista ilíaca) deve ser acolchoado ou fazer apoio sobre uma peça de termo plástico moldado sobre a crista ilíaca o que irá oferecer mais conforto.
- c) **Desarticulação do Joelho:**
- c.1) Nos soquetes de resina para este tipo de amputação, a suspensão se dará pela modelagem do soquete flexível sobre os côndilos femoral medial e lateral, sendo técnica já consagrada.
- c.2) Nos soquetes, principalmente das próteses exoesqueléticas quando é usado o manguito de coxa (coxal) em couro tipo soleta ou até em polipropileno, a suspensão ocorre pelo próprio ajuste do manguito. No entanto, a modelagem sobre os côndilos femorais irá com certeza aumentar, consideravelmente, o conforto do soquete.
- d) **Transtibial:**
- d.1) **Prótese PTB:** a suspensão será feita por meio de um dispositivo de couro, ou plástico, abotoando com fivela ou velcro, com um desenho especial já citado com 4 (quatro) pontas interligadas na parte que fará apoio sobre a patela sendo que duas destas pontas irão se encontrar para abotoar, envolvendo a parte distal da coxa logo acima da patela) As outras duas pontas serão ancoradas na prótese na parte lateral e medial ficando estes dois pontos posteriorizados 2 cm em relação a linha central-vertical da prótese, de modo a permitir que esta correia não exerça pressão sobre a patela quando o joelho estiver fletido. É vedado o uso de correias circulares com ancoragem medial e lateral na prótese.
- d.2) **Prótese PTS:** a suspensão é feita acima da patela e côndilos femorais requerendo por isso uma boa modelagem do soquete.
- d.3) **Prótese KBM:** a suspensão se dá por uma boa modelagem das abas medial e lateral sobre os côndilos femorais. Neste tipo de suspensão, as bordas superiores das abas devem ser modeladas ligeiramente viradas para o lado externo, pois se ficarem viradas para o lado

interno irão penetrar nos tecidos e machucar. Quando ocorrer que o diâmetro médio-lateral, ao nível da articulação do joelho, seja maior do que o diâmetro da parte distal do fêmur, ao nível da parte superior dos côndilos, é necessário que se aumente a espessura do soquete flexível nas suas abas quase que igualando o diâmetro do joelho. Caso contrário, haverá dificuldade para calçar a prótese.

d.4) Prótese com Manguito (coxal): a suspensão é obtida pelo ajuste do próprio manguito, no entanto como nos manguitos desarticulados de joelho, uma boa modelagem sobre os côndilos femorais irá aumentar muito o conforto com a prótese.

e) Syme:

e.1) A suspensão na prótese, para este tipo de amputação, será feita aproveitando-se a modelagem na parte posterior distal do coto, com a utilização de uma tampa posterior no soquete que é aberta para a introdução do coto. Em alguns casos de coto com menor volume de massa na extremidade é possível utilizar técnica semelhante à utilizada nos soquetes para desarticulados de joelho e com certeza irá proporcionar melhor estética.

-PROVA:

1) após a montagem da prótese, obedecendo ao que chamamos de alinhamento de bancada, a mesma será calçada no paciente para que se proceda à prova dinâmica de marcha, executada obrigatoriamente com a utilização de uma barra paralela, ocasião em que o protesista irá verificar o seu alinhamento dinâmico, altura, corrigir posições inadequadas, o perfeito ajuste e conforto oferecido pelo soquete, e se os componentes escolhidos estão sendo bem utilizados ou ainda se realmente estão indicados para aquele paciente. Qualquer substituição de componentes deverá ser discutida com a equipe ou médico que fez a prescrição.

2) a fase da prova é de extrema importância para se obter uma prótese com qualidade total. Nesta ocasião, é que se deve fazer todas as correções necessárias, sem se preocupar com o tempo gasto ou com o número de alterações. O paciente só deverá deixar a sala de prova quando a sua prótese estiver totalmente adequada ao seu uso. Se isto não for possível naquele momento, devido a problemas técnicos, convoque-o para uma outra prova, tão logo solucione estes problemas.

3) muitos profissionais cometem um erro primário de anotar as correções observadas na ocasião da prova para executá-las posteriormente. Este procedimento prejudica a qualidade final da prótese e, em muitos casos, é o motivo dos problemas que constatamos no dia a dia, provocando dificuldades na adaptação com a prótese, atrasando a recuperação do paciente e com certeza, causando sérios prejuízos para todos os envolvidos neste processo. Caso isso ocorra, deverá ser realizada nova prova.

-ENTREGA:

Embora o treinamento com a prótese deva ser feito em centros de reabilitação capacitados para este fim, o protesista deve calçar a prótese já totalmente pronta no paciente para que possa conferir todos os detalhes de funcionalidade e recursos técnicos dos componentes. Deve também conferir o conforto e a estética da prótese, informando ao paciente o modo correto de calçá-la e os cuidados fundamentais que este deve dispensar à sua prótese.

PRÓTESES ORTOPÉDICAS PARA SUBSTITUIÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES

-CONFECÇÃO:

1) os procedimentos para a confecção das próteses para membros superiores, quanto aos componentes, a laminação da resina e os cuidados com a sua execução, devem obedecer as mesmas normas já estabelecidas para as próteses destinadas aos membros inferiores.

- 2) a decisão quanto ao tipo de prótese a ser confeccionada para um paciente amputado de membro ou membros superiores, bem como a escolha de seus componentes, deve ser precedida de uma análise muito profunda e executada por uma equipe multidisciplinar composta por médico, terapeuta, psicólogo, assistente social e protesista, pois deverão ser analisados aspectos fundamentais como o tipo de amputação, a necessidade ou não de correção do coto, funcionalidade, grau de utilização e estética da prótese, expectativa e aceitação por parte do paciente e seus familiares, o apoio destes ao paciente e, o principal, onde fazer o treinamento e adaptação com a prótese.
- 3) uma vez vencida esta etapa, o protesista terá ainda que se preocupar com o peso da prótese, o maior aproveitamento possível dos recursos oferecidos pelos componentes escolhidos e no caso das próteses de movimentos mecânicos desenvolver um sistema de suspensão e acionamento dos componentes de modo simples e de fácil colocação.
- 4) para a confecção de próteses de membros superiores o protesista terá que obrigatoriamente utilizar componentes importados e dispor de um bom conhecimento quanto ao funcionamento, recursos, normas técnicas, utilização e indicações para os mesmos.

-ÓRTESES ORTOPÉDICAS :

-ÓRTESES ORTOPÉDICAS PARA COMPLEMENTAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES:

1.) INTRODUÇÃO:

1.a) a confecção de órteses pode ser feita a partir de um molde de gesso ou um desenho com as respectivas medidas.

1.b) a escolha dos materiais para a confecção das órteses é de extrema importância para atender da melhor forma possível o trinômio “funcionalidade - conforto - peso reduzido”.

2.) CONFECÇÃO:

2.a) Princípios de construção de órteses para o membro inferior:

2.a.1) órtese de membro inferior com arcos de metal:

Neste aparelho a união das hastes verticais medial e lateral (de duralumínio ou aço inoxidável) é feita por meio de arcos horizontais de metal. As peças metálicas são revestidas com couro após a montagem do aparelho.

2.a.2) órtese de membro inferior com calhas (cartuchos):

Aparelho confeccionado a partir de calhas de couro (devidamente reforçadas com arcos de duralumínio) ou calhas termomoldadas de polipropileno.

Estas órteses poderão ser híbridas, utilizando-se calha em um segmento do membro e arcos (braçadeiras) no outro.

2.a.3) órtese de membro inferior em carbono:

Aparelho confeccionado por meio de uma laminação. A fixação das articulações é feita durante o processo de laminação. A exatidão do molde de gesso (positivo) é de importância fundamental, já que não é mais possível realizar correções em um aparelho laminado.

Estas órteses também podem ser confeccionadas utilizando-se as hastes verticais e arcos horizontais pré-fabricados em fibra de carbono termo moldável, com a vantagem neste caso de permitir pequenas alterações.

3) ARTICULAÇÕES:

3.a) as articulações das órteses que tiverem movimento no decurso da marcha devem estar paralelas entre si e equipadas com rolamentos ou buchas especiais ou ainda dispositivos

que evitem o seu desgaste prematuro e também facilite os seus movimentos.

3.b) as articulações com bloqueio devem ser bem ajustadas a fim de não apresentarem folgas nas fases de marcha.

3.c) tabela de montagem e alinhamento (alinhamento padrão) das articulações.

PLANO	FRONTAL	SAGITAL	TRANSVERSAL
* Articulação de quadril	Horizontal e paralelo ao solo	Altura: acima do troncâter Posicionamento antero-posterior: centralizar o prumo sobre a axila ou utilizar o traçado de Roser-Nelaton.	Paralelo ao eixo do joelho.
* Joelho	Horizontal e paralelo ao solo	Altura: 20 a 25 mm acima da fenda interóssea do joelho. Posicionamento antero-posterior: relação 60% - 40% (antero- posterior).	Paralelo ao Plano Frontal. Paralelo a parte posterior do joelho flexionado a 90 graus.
* Tornozelo	Horizontal e paralelo ao solo	Altura: ponta distal do meléolo (medial). Posicionamento antero-posterior: de forma medial e lateral considerando a forma convexa do tornozelo.	Paralelo ao plano frontal/rotação externa (em dependência do ângulo de rotação externa da articulação de tornozelo do paciente.
* Metatarso	Horizontal e paralelo ao solo	Medial: até 15 mm atrás do primeiro metatarso. Lateral: imediatamente atrás do quinto metatarso.	Paralelo ao eixo do joelho.

4) FORRAÇÃO DAS ÓRTESES:

4.a) evitar materiais que possam provocar reações alérgicas, principalmente na parte interna que ficará em contato com a pele.

5) SISTEMA DE FECHAMENTO:

Utilizar, de preferência, o sistema de velcro e nos pontos de maior esforço utilizar o velcro reforçado com couro ou cadarço abotoando com passador.

6) USO DE CALÇADOS NAS ÓRTESES:

6.a) A órtese deve proporcionar, sempre que possível, o uso de calçados independentes sem estarem fixos na mesma. De preferência calçados ou tênis normais, adquiridos em lojas de calçados.

6.b) Os processos para se conseguir o uso da órtese com calçados independentes desta vão da utilização de calhas posteriores suro podálicas até sapatilhas ou palmilhas.

7) DESCARGA DO PESO - APOIO ISQUIÁTICO:

Para se obter um bom apoio isquiático nas órteses, o ideal é que a braçadeira superior da coxa seja confeccionada no formato trilateral ou quadrilateral (em resina laminada ou polipropileno) imitando um soquete de prótese transfemoral aberto na parte inferior e o paciente irá calçar a órtese introduzindo o pé por dentro desta braçadeira e assim será obtida uma boa descarga sem o incômodo de se ter que apertar excessivamente a parte anterior da tradicional braçadeira metálica revestida com couro. Esta braçadeira do tipo tri ou quadrilateral poderá também ser fendida dos dois lados da coxa e abotoada com tiras de velcro facilitando os pacientes mais idosos e obesos a calçar a órtese. Este procedimento, no entanto,

irá prejudicar a descarga e o conforto da órtese.

8) CINTO PÉLVICO:

Deverá ser utilizado somente nos casos de extrema necessidade. Constitui-se de uma haste metálica vertical articulada e uma lâmina também metálica horizontal que irá envolver parte da bacia) A haste vertical deverá ficar cerca de 15 milímetros anteriorizada em relação à linha média vertical do membro e a sua articulação ao nível da cabeça do trocânter. A posição correta da lâmina metálica horizontal será entre a cabeça dos trocânteres e as cristas ilíacas. É totalmente contra-indicado o uso de lâmina horizontal (cinto) ao nível da cintura, assim como o bloqueio da articulação do quadril nos casos de órtese unilateral torna-se ineficiente.

9) TIPOS DE BLOQUEIO PARA AS ARTICULAÇÕES:

9.1) DE JOELHO:

9.1.a) Trava de gatilho (suíça): oferece a vantagem do bloquear os dois lados da articulação do joelho e, para destravá-la, o usuário necessitará apenas de uma das mãos ou então utilizar o artifício, muito comum neste tipo de trava, de destravá-la utilizando-se da borda da própria cadeira onde irá sentar-se. Este tipo de bloqueio oferece maior firmeza e recursos de corrigir alguma folga que porventura venha a se apresentar no decorrer do seu uso.

9.1.b) Trava de anel (americana): geralmente é utilizada somente na haste lateral da órtese, pois, se colocada dos dois lados, o usuário terá que obrigatoriamente utilizar-se das suas duas mãos para destravá-las ou sentar-se com a órtese bloqueada para posteriormente destravá-la. O uso da trava somente de um dos lados da órtese oferece menor estabilidade e maior chance de deformá-la.

9.1.c) Existem outros tipos de trava - tipo "TIRO" e oculta.

9.1.d) Bloqueio Ante-Recurvato: nestes casos, a articulação do joelho ficará livre havendo somente limitação dos movimentos em recurvato. O ortesista terá que identificar o grau de limitação, geralmente se mantém um discreto grau de recurvato com limite de até 5.º para que o paciente tenha maior segurança na marcha, na maioria dos casos, ao se limitar um recurvato em 180º, o paciente perde a resistência no joelho, fletindo-o involuntariamente. Este procedimento acarreta um desgaste precoce das articulações.

9.2) DE TORNOZELO: para as articulações do tornozelo, os tipos mais utilizados no nosso meio são:

9.2.a) Livre: quando não houver necessidade de nenhum tipo de limitação.

9.2.b) Com bloqueio posterior em 90º: quando se deseja evitar a flexão plantar nos casos de portadores de espasmos.

9.2.c) Semibloqueada: esta articulação permitirá discretos movimentos de flexão e extensão plantar.

9.2.d) Com dispositivo de mola embutida: estas articulações, hoje confeccionadas com alta tecnologia, facilitam a marcha dos portadores dos vários tipos de paralisia (pé caído) possibilitando inclusive o ajuste da pressão da mola. São também disponíveis com mola anterior e posterior possibilitando o controle dos movimentos de flexão e extensão plantar, sem o incômodo da sensação do bloqueio por batente rígido usados nas articulações com semibloqueio.

10) UTILIZAÇÃO DO POLIPROPILENO NAS ÓRTESES:

Este material termo moldável trouxe um desenvolvimento importante para a ortopedia técnica, por se tratar de material leve, de fácil manuseio na moldagem, oferecendo recursos

que o ortesista pode utilizar para conseguir maior resistência quando necessário, pois a criação de uma simples canaleta na moldagem proporcionará o aumento da resistência naquele ponto do material.

Nas órteses para membros inferiores em nível suro-podálico, a sua utilização tem bons resultados quanto à estabilização, peso, estética e por proporcionar o uso de calçados convencionais.

A utilização do polipropileno nas braçadeiras da coxa também tem sido muito usada por oferecer vantagens, tais como a de se conseguir um bom apoio do ísquio (o seu prolongamento moldando a parte lateral ou medial em nível do joelho, facilita a correção de geno varo ou geno valgo, respectivamente) e uma boa modelagem sobre os côndilos femorais nos dará uma excelente sustentação da órtese.

-ÓRTESES PARA MEMBROS SUPERIORES:

Neste tipo de órtese, mais do que em qualquer outro, a preocupação com o seu peso deve vir em primeiro lugar, seguido da funcionalidade e conforto, seja ela dinâmica ou estática.

Para confeccionar órteses para o membro superior, o ortesista necessita ter um bom conhecimento de anatomia e fisiologia.

Também, mais do que nos outros tipos, o sucesso das órteses de membros superiores está ligado ao trabalho de equipe multidisciplinar composta por médico, terapeuta, ortesista e outros profissionais envolvidos no tratamento do paciente.

Hoje, com a enorme gama de plásticos termo moldáveis, o ortesista que se interessa em conhecê-los, irá com segurança dispor de recursos altamente benéficos aos pacientes.

Neste trabalho, torna-se difícil a colocação de regras devido à grande variedade de recursos e a complexidade dos casos, que serão resolvidos individualmente pela equipe.

-ÓRTESES CÉRVICO-TÓRACO-LOMBO-SACRAS (COLETES):

No grupo das órteses corretivas, as mais usadas são:

1. * Órtese de Milwaukee – OCTLS
2. * Órtese de Boston – OTLS

Por se tratar de órtese que irá ser utilizada por um período mais longo e na faixa de adolescência, deve ser confeccionada com o máximo cuidado e oferecer total conforto ao usuário. Não se admite nesta órtese nenhum tipo de incômodo, passado o período de adaptação, o que ocorre com cerca de 7 a 10 dias.

-TÉCNICAS DE CONFECÇÃO:

1) ÓRTESE DE MILWAUKEE – OCTLS:

A parte pélvica deve ser confeccionada eliminando a lordose fisiológica, com discreta penetração na parte abdominal. A penetração lateral sobre as cristas ilíacas deverá ser simétrica alongando para a parte anterior do abdômen. As cristas ilíacas anteriores devem ficar com folga (+1- 8 mm) dentro do cesto pélvico e este deverá ser recortado na parte ântero-inferior cerca de 2 cm acima do púbis, subindo nas laterais o suficiente para o usuário sentar-se confortavelmente, sem lhe comprimir as coxas. A parte postero-inferior deve ser o mais longa possível. Tornando por base o usuário sentado, deverá ficar 2 cm acima do assento rígido da cadeira) A parte ântero-superior deve ser recortada 1 cm abaixo da reborda dos arcos costais. As hastes verticais serão modeladas de modo a não encostarem no tórax, devendo obrigatoriamente a barra anterior ser em alumínio, para não interferir na imagem do raios-X de controle feito com o colete.

O anel cervical terá dois apoios posteriores laterais no occipital, nos quais não deverá ser utilizado material plástico, pois este causa danos ao couro cabeludo. O apoio anterior em polipropileno tipo “gargantilha” visa apenas a impedir que o usuário afaste-se do apoio occipital. Lateralmente ao pescoço o anel deve ter uma folga de 5 a 8 mm de cada lado.

Os coxins laterais de apoio devem ficar localizados com o seu ponto central uma vértebra abaixo do ápice da curva fixados por meio de correia direto na barra posterior, sendo a sua fixação na parte anterior feita em uma barra horizontal com cerca de 8 cm avançados para o lado onde se localiza o coxim, para impedir que a correia pressione os arcos costais.

2) ÓRTESE DE BOSTON – OTLS:

A parte pélvica obedece em, linhas gerais, aos mesmos princípios da órtese de milwaukee. Na parte lateral e posterior do lado contrário à curva, o cesto pélvico se alonga na borda superior até, aproximadamente, 4 cm abaixo da linha da axila.

O coxim é colocado na parte interna do cesto pélvico no lado da curva obedecendo ao mesmo critério quanto à localização no colete milwaukee.

Alguns médicos usam fazer uma penetração na cintura pélvica do lado da curva, compensando esta penetração com o afastamento do P.P. no lado contrário à curva, ficando assim a órtese com uma penetração acentuada na cintura do lado da curva e totalmente sem cintura no lado oposto.

No grupo das órteses imobilizadoras, temos como as mais usadas:

1. * Órtese Lombar com a parte posterior rígida (Cadeira de Braço, Knight)
2. * Órtese Tóraco - Lombar com a parte posterior rígida (Taylor)
3. * Órtese Lombar rígida (Boston)
4. * Órtese Tóraco - Lombar rígida (Risser)
5. * Órtese Tóraco - Lombar com hiperextensão e parte posterior rígida (Jewett)

-TÉCNICAS DE CONFECÇÃO:

1) ÓRTESE LOMBAR - PARTE POSTERIOR RÍGIDA(CADEIRA DE BRAÇO, KNIGHT):

A parte posterior poderá ser confeccionada em barra de alumínio ou polipropileno. Compõe-se de duas hastas horizontais, sendo a superior moldada ao nível de T.IO e a inferior ao nível de L.5 e S.I. Mais duas hastas verticais laterais ao seguimento da coluna vertebral afastadas entre si, aproximadamente,

7 cm e mais duas hastas verticais laterais ao tronco fixadas às extremidades das hastas horizontais. A parte anterior da órtese é confeccionada em tecido resistente (brim) sendo o seu fechamento de preferência com tiras de velcro e passadores.

2) ÓRTESE TÓRACO-LOMBAR – PARTE POSTERIOR RÍGIDA (TAYLOR):

A sua confecção obedece aos mesmos princípios da órtese lombar citada acima apenas as hastas posteriores verticais paralelas ao seguimento da coluna vertebral são cerca de 15 cm mais alongadas na parte superior, sendo estas pontas ligeiramente abertas para as laterais (cerca de 2 cm para cada lado). De suas extremidades partem os tirantes torácicos que passarão por cima dos ombros abraçando estes de encontro à armação da parte posterior visando a impedir a flexão do segmento torácico da coluna vertebral.

3) ÓRTESE LOMBAR – RÍGIDA (BOSTON):

Este tipo de órtese é confeccionada totalmente em polipropileno envolvendo 4/5 do diâmetro da região lombar e visa à imobilização deste segmento da coluna vertebral. É importante manter os graus de lordose fisiológica do paciente neste tipo de imobilização, salvo determinação em contrário do médico. O recorte da parte inferior deve ser o mais baixo possível possibilitando o paciente sentar-se normalmente em uma cadeira e na parte superior o recorte deve ficar em uma altura correspondente a linha do apêndice xifóide. O seu fechamento deverá ser preferencialmente com velcro e passadores.

4) ÓRTESE TÓRACO-LOMBAR – RÍGIDA (JAQUETA DE RISSER):

Geralmente utilizada nas imobilizações pós-cirúrgicas, é confeccionada em polipropileno e compõe-se de uma parte anterior e outra posterior abotoadas lateralmente com tiras de velcro e passadores. Este sistema permite a verificação, a qualquer momento de pontos da pele sujeitos a formação de escaras nas imobilizações longas e também facilita a higiene do paciente, uma vez que, quando deitado, poderá ter uma das partes da órtese removida para a higienização e ainda assim a coluna permanecerá imobilizada.

5) ÓRTESE TÓRACO-LOMBAR EM HIPEREXTENSÃO COM A PARTE ANTERIOR RÍGIDA (JEWETT):

A sua parte anterior deve ser rígida para se obter a hiperextensão da coluna vertebral. Compõe-se de peças sobrepostas e aparafusadas para que se consiga uma boa acomodação ao tórax. A placa de apoio sobre o esterno deverá ser articulada com o fim de apoiar-se uniformemente sobre este apoio. A placa de apoio na região pubiana é fixa, recortada com a sua forma anatômica de modo a não pressionar as coxas do paciente. A placa de contra-apoio posterior

será de material flexível e deve ficar localizada sobre as vértebras T.II /T.12/L.I.

PORTARIA MS/GM N.º 1.278, DE 20 DE OUTUBRO DE 1999

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições legais e,

considerando a importância médico-social do tratamento da deficiência auditiva;

considerando que, em determinados casos de deficiência auditiva, há a necessidade do emprego de tecnologia mais avançada para recuperação e reabilitação de seu portador;

considerando que a tabela do Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS contempla procedimentos para atendimentos deste grupo de portadores de deficiência;

considerando a necessidade de estabelecer critérios de indicação e realização de implante coclear;

considerando a necessidade de estabelecer normas para o cadastramento de Centros/Núcleos para a realização de implante coclear;

considerando a necessidade de melhor identificar os pacientes e de coletar informações a respeito dos implantes realizados, resolve:

Art. 1.º Aprovar, na forma do Anexo I, os Critérios de Indicação e Contra-Indicação de Implante Coclear.

Art. 2.º Aprovar, na forma do Anexo II, as Normas para Cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear.

§ 1.º Será realizada avaliação do cadastramento, por meio de relatório anual, elaborado pelos Centros/Núcleos cadastrados e encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde, do qual deverá constar a produção do serviço.

§ 2.º Será realizada avaliação anual do desempenho dos Centros/Núcleos de Atendimento cadastrados, mediante informações técnicas fornecidas pelos mesmos e relatório específico encaminhado à Coordenação de Alta Complexidade, do Departamento de Análise da Produção dos Serviços de Saúde/DAPS/SAS, que se responsabilizará pelo envio dos consolidados às Secretarias de Estado da Saúde para manifestação e verificação.

Art. 3.º Estabelecer que os grupos e os procedimentos, abaixo relacionados, somente poderão ser utilizados por Centro/Núcleo previamente cadastrado, de acordo com as normas estabelecidas pelo artigo 2.º desta Portaria:

Grupo: 37.101.04.8 Cirurgia do Ouvido IV

Procedimento: 37.040.01.4 Implante Coclear

Grupos e Procedimentos criados pela Portaria MS/GM n.º 3.762, de 20 de outubro de 1998.

Art. 4.º Estabelecer que os Centros/Núcleos abaixo relacionados, anteriormente habilitados a realizar implante coclear e que vêm apresentando produção, deverão proceder seu recadastramento de acordo com as normas estabelecidas nesta Portaria, no prazo de 90 (noventa) dias, período no qual ficam, provisoriamente, cadastrados:

a) Hospital de Pesquisa e Reabilitação de Lesões Lábio-Palatais – Bauru/SP – CGC 63.025.530/0082-70;

b) Fundação Faculdade de Medicina MEC/MPAS - SP – CGC 56.577.059/0001.00.

Art. 5.º Determinar a obrigatoriedade de preenchimento pelos Centros/Núcleos cadastrados, para cada Implante Coclear realizado, do Formulário de Informações de Implante Coclear constante do Anexo III, desta Portaria.

Parágrafo único. O Formulário de que trata este artigo, devidamente preenchido, deverá ser enviado, anualmente, à Coordenação de Alta Complexidade/DAPS/SAS, onde integrará um Banco de Dados de Implante Coclear.

Art. 6.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando o artigo 3.º, da Portaria MS/GM n.º 3.762, de 20 de outubro de 1998.

BARJAS NEGRI

Resumo

Estabelece critérios de Indicação e Contra-Indicação de Implante Coclear, a serem realizados por serviços previamente habilitados.

ANEXO I

IMPLANTE COCLEAR

CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

1. CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO

1.1. IMPLANTE EM ADULTOS

O Implante Coclear em adultos deverá seguir os seguintes critérios de indicação:

- a) pessoas com surdez neurosensorial profunda bilateral com código lingüístico estabelecido (casos de surdez pós-lingual ou de surdez pré-lingual, adequadamente reabilitados);
- b) ausência de benefício com prótese auditiva (menos de 30% de discriminação vocal em teste com sentenças);
- c) adequação psicológica e motivação para o uso de implante coclear.

1.2. IMPLANTE EM CRIANÇAS

O Implante Coclear em crianças, menores de 18 anos com surdez pré e pós-lingual, deverá seguir os seguintes critérios de indicação:

- a) experiência com prótese auditiva, durante pelo menos três meses;
- b) incapacidade de reconhecimento de palavras em conjunto fechado;
- c) família adequada e motivada para o uso do implante coclear;
- d) condições adequadas de reabilitação na cidade de origem.

2. CRITÉRIOS DE CONTRA-INDICAÇÃO

Está contra-indicado o Implante Coclear nos seguintes casos:

- a) surdez pré-lingual em adolescentes e adultos não reabilitados por método oral;
- b) pacientes com agenesia coclear ou do nervo coclear;
- c) contra-indicações clínicas.

ANEXO II

IMPLANTE COCLEAR

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DE CENTROS/NÚCLEOS

1. NORMAS GERAIS

1.1. ROTINA DE CADASTRAMENTO

a) A abertura de qualquer Centro/Núcleo para Implante Coclear deverá ser precedida de consulta ao gestor do SUS, em níveis local e estadual, sobre as normas vigentes, a necessidade da sua criação e a possibilidade de cadastramento do mesmo, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento.

b) Uma vez confirmada a necessidade da criação do serviço, a solicitação de cadastramento deverá ser formalizada junto à Secretaria de Saúde do Estado, Município ou Distrito Federal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite, que se encarregará da avaliação das condições de funcionamento do serviço por meio de vistoria *in loco*, da emissão de laudo conclusivo a respeito do cadastramento, bem como da integração do novo serviço na rede de referência estadual.

c) Uma vez aprovada a solicitação de cadastramento pelo Gestor do SUS, o Ministério da Saúde, se julgar necessário, poderá solicitar parecer técnico da Sociedade Brasileira de Otologia que providenciará a realização de visita técnica e elaboração de parecer conclusivo a respeito do cadastramento solicitado.

d) Aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, por meio da Coordenação de Alta Complexidade, tomará as providências necessárias a sua efetivação.

2. NORMAS ESPECÍFICAS

2.1. CAPACIDADE DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Para fins de cadastramento os Centros/Núcleos deverão ter condições de realizar os seguintes procedimentos:

- a) avaliação fonoaudiológica de linguagem oral e escrita e fonoarticulatória;
- b) terapia fonoaudiológica individual e em grupo;
- c) testes de próteses auditivas;
- d) testes de leitura orofacial e de percepção da fala;
- e) audiometria tonal liminar, logaudiometria e imitanciometria;
- f) audiometria eletroencefálica e emissões otoacústicas;
- g) testes de função labiríntica;
- h) reabilitação auditiva.

2.2. NECESSIDADE DE SERVIÇOS

Os Centros/Núcleos deverão possuir os seguintes serviços:

- a) Serviço de Otorrinolaringologia;
- b) Serviço de Neurologia;

- c) Serviço de Genética Clínica;
- d) Serviço de Pediatria;
- e) Serviço de Fonoaudiologia – audiolgia clínica incluindo a adaptação de AASI e programas de reabilitação; terapias fonoaudiológicas distintas e adequadas a diferente faixas etárias e necessidades da clientela;
- f) Serviço de Pedagogia – realização de acompanhamento e orientação escolar e serviços de audiolgia educacional;
- g) Serviço Social;
- h) Serviço de Nutrição – habilitado a realizar a reabilitação de portador de deficiência auditiva;
- i) Serviço de Enfermagem - habilitado a proceder à reabilitação de portador de deficiência auditiva.

2.3. EQUIPE TÉCNICA

Os Centros/Núcleos deverão ter, no mínimo, a seguinte equipe técnica:

2.3.1. Equipe básica:

- a) Otorrinolaringologista;
- b) Fonoaudiólogo;
- c) Psicólogo;
- d) Assistente Social.

2.3.2. Equipe Complementar:

- a) Neurologista, Neuropediatra;
- b) Geneticista;
- c) Clínico Geral;
- d) Pediatra.

2.3.3. Infraestrutura Hospitalar:

- a) Anestesiologista, laboratório clínico, diagnóstico por imagem;
- b) Equipe de enfermagem.

OBSERVAÇÕES:

- a) Os profissionais médicos deverão possuir título de especialista na respectiva área, conferido pelo Conselho Federal de Medicina ou Sociedade Brasileira afim ou, ainda, certificado de Residência Médica em sua área, reconhecido pelo Ministério de Educação. Os profissionais das demais áreas deverão comprovar experiência no tratamento de deficientes auditivos.

b) Os núcleos poderão contratar serviços especializados de terceiros a seu critério e responsabilidade, desde que isso não comprometa a integralidade e interdisciplinaridade do tratamento ofertado ao paciente.

2.4. CARGA HORÁRIA MÍNIMA PARA HABILITAÇÃO AO CADASTRAMENTO

Os profissionais abaixo relacionados deverão ter a seguinte carga horária mínima de formação específica par fins de habilitação ao cadastramento:

a) Otorrinolaringologista:

- Residência Médica em Otorrinolaringologia ou título de especialista em otorrinolaringologia, com experiência comprovada em audiologia clínica e reabilitativa.
- Experiência em cirurgia otológica, com a carga horária exigida na Residência Médica.
- Curso para Implante Coclear com: aproximadamente 30 horas laboratoriais de osso temporal e 30 horas teórico-clínicas cobrindo os vários implantes multicanais.

b) Fonoaudiólogo:

- Curso com: 30 horas teórico-clínicas; 30 horas de mapeamento e 30 horas de reabilitação.

2.5. INSTALAÇÕES FÍSICAS E EQUIPAMENTOS

a) Consultório médico com equipe e instrumental de otorrinolaringologia, incluindo microscópio otológico.

b) Consultórios médicos para neurologia, genética e pediatria.

c) Serviço de Audiologia Clínica com salas equipadas com: cabine acústica, VRA, audiômetro, impedanciômetro, BERA, amplificadores coletivos, vibradores táteis, ganho de inserção e emissões otoacústicas, equipamentos para testes perceptuais e conjuntos para teste de diferentes modelos de AASI, *Hardware*, *Software* e periféricos para ativação, mapeamento e balanceamento de eletrodos.

d) Serviço de Diagnóstico por Imagem: RX, Tomografia Computadorizada e Ressonância Magnética) Estes dois últimos exames poderão ser realizados em outras instituições, com referência devidamente formalizada nos moldes do disposto na Portaria MS/SAS n.º 494, de 26 de agosto de 1999.

e) Serviços Hospitalares com condições de proceder à internação hospitalar e com centro cirúrgico devidamente equipado e em condições de realizar cirurgias otológicas, sob anestesia geral e facilidades pós-cirúrgicas.

f) Serviço de Terapia com: salas para terapia individual e grupal, com aparelhos de amplificação coletiva, vibradores táteis e materiais pedagógicos.

g) Sala para atendimento psicológico.

h) Serviço de Nutrição.

i) Serviço de Enfermagem.

j) Laboratório para confecção de moldes auditivos equipado com motores de alta rotação e de bancada.

l) Serviço de Arquivo Médico.

OBSERVAÇÕES:

- a) deverão ser utilizados equipamentos de implante coclear devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde;
- b) fica a critério do Centro/Núcleo a escolha do equipamento mais indicado para cada caso.

2.6. REGISTRO DE PACIENTES

Os Centros/Núcleos devem possuir um prontuário para cada paciente, com as informações sobre sua doença, seus diagnósticos, resultados de exames e tratamentos prévios, todos devidamente escritos, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

Informações e procedimentos mínimos:

- identificação do paciente;
- histórico clínico e audiológico;
- diagnóstico;
- indicação do Implante Coclear;
- descrição do ato cirúrgico;
- condições na alta hospitalar e na retirada dos pontos;
- ativação dos eletrodos após 30 dias da cirurgia;
- em crianças: mapeamento e balanceamento dos eletrodos de 2 em 2 meses no primeiro ano pós-cirúrgico, de 3 em 3 meses no segundo ano e semestralmente após o segundo ano;
- em adultos: mapeamento e balanceamento dos eletrodos de 3 em 3 meses no primeiro ano pós-cirúrgico, semestral no segundo ano e anualmente após o segundo ano.

2.7. FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOBRE IMPLANTE COCLEAR

É obrigatório o preenchimento pelos Centros/Núcleos cadastrados e seu envio anual para a Coordenação de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, do Formulário de Informações sobre Implante Coclear, constante do Anexo III desta Portaria.

ANEXO III

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOBRE IMPLANTE COCLEAR	
I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
1 - Nome: _____	
2 - Idade: anos meses	
3 - Sexo: Masculino Feminino	
4 - Raça: Branca Negra Amarela Outras	
5 - Escolaridade: Básica 1.º grau completo 1.º grau incompleto 2.º grau completo 2.º grau incompleto Superior completo Superior incompleto	
6 - Profissão: _____	
7 - O paciente trabalha? não se aplica não trabalha trabalha	
8 - Endereço: _____	
9 - Cidade: _____ Estado: _____	
10 -Telefone: () _____ Recados com: _____	
II - DADOS DO PRÉ-OPERATÓRIO	
1 - Surdez:	
a) tipo: pré-lingual durante a gestação pré-lingual indefinido pré-lingual após a gestação pós-lingual	
b) idade na época da surdez: anos meses	
c) tempo de surdez: anos meses	
2 - Diagnóstico etiológico provável:	
a) Surdez Congênita:	
causas infecciosas: meningite sarampo caxumba toxoplasmose rubéola outras _____	
genética	
uso de ototóxicos. Qual? _____	
malformações congênicas. Quais? _____	
outras: _____	
b) Surdez Adquirida:	
causas perinatais: trabalho de parto prolongado anóxia icterícia prematuridade baixo peso ao nascimento outras _____	
causas infecciosas: meningite sarampo caxumba rubéola toxoplasmose outras _____	
causas otológicas: surdez súbita otosclerose coclear pós-operatório trauma cranioencefálico doença autoimune fratura do osso temporal otite média crônica outras _____	
desconhecida	
outras causas: _____	
causa desconhecida () _____	

3 - Sintomas associados:
zumbido tonturas não rotatórias vertigens
outros: _____
4 - Exame Físico:
a) otoscopia normal alterada _____
b) rinoscopia normal alterada _____
c) oroscopia normal alterada _____
5 - Exames Subsidiários:
Audiometria DNS profunda bilateral (> 90 dB)
DNS profunda unilateral e DNS severa unilateral
DNS severa bilateral (entre 70 e 90 dB)
outras _____
Discriminação: %
CT dos temporais: normal alterada _____
sinais de calcificação da cóclea
Exame vestibular: normal alterado _____
Ex. laboratoriais: normais alterados _____
Outros: _____
6 - Cirurgia otológica prévia:
não sim. Qual e quando? _____
7 - Doenças Associadas: _____
diabetes nefropatias hipertensão pneumopatias
cardiopatias outras: _____
8 - Testes com prótese auditiva: _____
Audiometria com prótese auditiva:
Lado Direito:
dB 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz
Lado Esquerdo:
dB 250 500 1000 2000 4000 8000 Hz
Lado da prótese: D E Bilateral
Marca: _____ Modelo: _____
Tempo de uso: _____ Acerto de sentenças abertas: %
a) Discriminação de sons complexos: %
b) Reconhecimento da fala:
- porcentagem de discriminação de monossílabos: %
- porcentagem de discriminação de vogais: %
- porcentagem de discriminação em apresentação fechada: %
c) Reconhecimento de traços suprasegmentares:
- frequência: _____
- tonicidade: _____

- entonação: _____
- ritmo: _____
d) Reconhecimento da voz:
- intensidade: _____
- <i>pitch</i> : _____
- ressonância: _____
e) Sistema fonêmico:
- fonemas distorcidos: _____
- fonemas omitidos: _____
- fonemas substituídos: _____
III - DADOS DA CIRURGIA E DO IMPLANTE
1 - Data da Cirurgia: / /
2 - Data da alta hospitalar: / /
3 - Cirurgião:
Nome: _____
CRM: CPF: Estado: _____
4 - Equipe cirúrgica: _____
5- Equipe anestésica: _____
6-Identificação do Implante:
Marca do Implante Coclear: (alfanumérico)
Modelo: (alfanumérico)
Número de eletrodos do Modelo: (numérico)
Tipo: MM MP PP
Sistema: digital analógico
Eletrodo: extracoclear intracoclear dificuldade de colocação
Número de eletrodos implantados: _____
7 - Estado da cóclea: normal obliterada
8 - Intercorrências na cirurgia ou pós-operatório imediato:
paralisia facial vertigem intensa zumbido intenso
isquemia do retalho necrose do retalho
outras: _____
9 - Intercorrências no pós-operatório tardio:
paralisia facial vertigem intensa zumbido intenso
isquemia do retalho necrose do retalho
outras _____
IV - DADOS DA PROGRAMAÇÃO DO IMPLANTE COCLEAR
1 - Data de início: : / /

2 - Engenheiro responsável:
3 - Há percepção do estímulo gerado? sim não
4 - Frequência mínima percebida: _____ Hz
5 - Frequência máxima percebida: _____ Hz
6 - Discriminação de intensidade do som (limiar mínimo, confortável e doloroso): ruim regular boa ótima
7 - Discriminação de frequência do som (grave ou agudo): ruim regular boa ótima
V - DADOS DA REABILITAÇÃO
1 - Data de início: / /
2 - Fonoaudióloga responsável: _____
a) Discriminação de sons complexos: %
b) Reconhecimento da fala:
- porcentagem de discriminação de monossílabos: %
- porcentagem de discriminação de vogais: %
- porcentagem de discriminação em apresentação fechada: %
c) Reconhecimento de traços suprasegmentares:
- frequência: _____
- tonicidade: _____
- entonação: _____
- ritmo: _____
d) Reconhecimento da voz:
- intensidade: _____
- <i>pitch</i> : _____
- ressonância: _____
e) Sistema fonêmico
- fonemas distorcidos: _____
- fonemas omitidos: _____
- fonemas substituídos: _____
VI – MAUS RESULTADOS DO IMPLANTE COCLEAR (para ser preenchido em caso de maus resultados após 6 meses da cirurgia)
paciente desmotivado a usar o implante coclear
eletrodo ativo mal posicionado
falha da estimulação elétrica do implante coclear
dificuldades na leitura oro-facial durante a reabilitação
outros _____

PORTARIA MS/SAS N.º 584, DE 21 DE OUTUBRO DE 1999

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

considerando a Portaria SAS/MS n.º 211, de 8 de novembro de 1996, que incluiu na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o grupo de procedimento 37.101.04.8 – Cirurgia do Ouvido IV e o procedimento 37.040.01.4 – Implante Coclear, e

considerando a Portaria MS/GM n.º 1.278, de 20 de outubro de 1999, que estabelece os critérios de indicação e contra-indicação de implante coclear e as normas de cadastramento de Centro/Núcleos para sua realização, resolve:

Art. 1.º Desvincular os valores da prótese para implante coclear do procedimento 37.040.01.4 – Implante Coclear.

Art. 2.º Incluir na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM, assim como na Tabela de Compatibilidade do SIH/SUS, as seguintes próteses a serem cobradas, exclusivamente, no procedimento 37.040.01.4 – Implante Coclear:

93.485.08.5 – Prótese para Implante Coclear Multicanal

Valor: R\$ 30.000,00

Limite de utilização: 01

Indicação de uso: portadores de surdez profunda ou total, adquirida, cujos problemas não sejam passíveis de resolução com aparelhos auditivos comuns, ou sem outra alternativa de tratamento clínico ou cirúrgico.

93.485.09.3 – Prótese para Implante Coclear Monocanal

Valor: R\$ 14.000,00

Limite de utilização: 01

Indicação de uso: portadores de surdez profunda ou total, congênita ou adquirida, cujos problemas não sejam passíveis de resolução com aparelhos auditivos comuns, ou sem outra alternativa de tratamento clínico ou cirúrgico.

Parágrafo único. As próteses objeto deste Artigo são excludentes entre si, não podendo ser cobradas, concomitantemente, na mesma Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

Art. 3.º Alterar o valor do procedimento Implante Coclear, conforme abaixo discriminado:

SH	SP	SADT	Total	Ato Med	Anest	Perm
536,36	306,10	68,77	816,93	0414	0239	02

Art. 4.º Estabelecer que as próteses e o procedimento de que tratam os artigos 2.º e 3.º desta Portaria, somente poderão ser utilizados por Centros/Núcleos previamente cadastrados de acordo com o contido na Portaria MS/GM n.º 1.278, de 20 de outubro de 1999.

Art. 5.º Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da competência novembro de 1999.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Resumo

Desvincula os valores da prótese para Implante Coclear, inclusive tabela de órteses, próteses e materiais especiais – OPM e na tabela de Compatibilidade do SIH/SUS, as próteses a serem cobradas, exclusivamente, nos procedimentos Implante Coclear.

PORTARIA MS/SAS N.º 432, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2000

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

considerando ser do âmbito ambulatorial o diagnóstico e o acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva, e

considerando a importância social das conseqüências da deficiência auditiva e a necessidade de ampliação do universo de concessão de aparelhos de amplificação sonora individuais – AASI aos pacientes em tratamento pelo Sistema Único de Saúde – SUS, resolve:

Art. 1.º Excluir da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o grupo de procedimento e os procedimentos abaixo relacionados:

Grupo 61.121.01-4 Acompanhamento de Pacientes Excepcionais, Crianças com Deficiência Auditiva, Unilateral ou Bilateral com Aparelho (s) Auditivo (s), Adaptado (s) ou sem Aparelho(s) e ou Portadores de Lesões Labiopalatais;

62.003.02-0 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Criança com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s);

Grupo 62.122.01-0 Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo com Implante Coclear;

62.005.02-2 Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo com Implante Coclear;

99.004.01-7 BERA – Potencial Evocado de Tronco Cerebral;

99.004.03-8 Emissões Otoacústicas;

99.004.05-4 Seleção de Modelo de AASI.

Art. 2.º Excluir da Relação de Órtese e Prótese e Materiais Especiais – ROPM, os procedimentos abaixo relacionados:

93.485.01-8 AASI Externo, com Amplificador de Bolso;

93.485.02-6 AASI Externo, com Amplificador Retroauricular Analógico;

93.485.03-4 AASI Externo, com Amplificador Retroauricular Digital;

93.485.04-2 AASI Externo, com Vibrador Ósseo;

93.485.05-0 AASI Intra-Auricular;

93.485.06-9 AASI Intracanal;

93.485.07-7 AASI Microcanal;

99.004.09-7 Fonoterapia para Paciente com Protetização;

99.802.22-8 Fonoterapia em Grupo para Paciente com Protetização.

Art. 3.º Excluir da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA-SUS, os procedimentos abaixo discriminados:

21.011.01-0 Prótese Auditiva com Amplificador Retro ou Intra-Auricular;

21.011.02-8 Prótese Auditiva Intracanal.

Art. 4.º Incluir nas Tabelas de Serviço e de Classificação de Serviço do SIA-SUS, os seguintes códigos:

Tabela de Serviço

Código	Descrição
27	Serviço de Diagnóstico Audiológico e Indicação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI.

Tabela de Classificação do Serviço 27

Código	Descrição
114	Unidade com serviço próprio de Audiologia Clínica, contendo salas equipadas com Cabine Acústica e Sistema de Campo Livre para realização de exames: Audiometria, Impedanciometria, BERA, Emissões Acústicas, Audiometria de Reforço Visual, Testes de Percepção de Fala, Logoaudiometria, Seleção e Indicação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI.

Art. 5.º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA-SUS os procedimentos constantes do Anexo I, desta Portaria.

Art. 6.º Incluir no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos definidos no Anexo I, desta Portaria e regulamentar a utilização dos formulários/instrumentos abaixo discriminados:

- Laudo Médico para Emissão de APAC de Deficiência Auditiva (Anexo II). Documento que justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos devendo ser corretamente preenchido pelo médico responsável pelo paciente. O Laudo Médico será preenchido em duas vias, sendo a 2.ª via encaminhada juntamente com a APAC-I/Formulário para a Unidade onde será realizado o procedimento e a 1.ª via arquivada no órgão autorizador;
- APAC-I/Formulário (Anexo III). Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, devendo ser preenchida em duas vias pelos autorizadores. A 2.ª via ficará arquivada na Unidade Prestadora de Serviço – UPS, onde será realizado o procedimento e a 1.ª via arquivada no órgão autorizador;
- Controle de Frequência Individual (Anexo IV). Documento destinado a comprovar, por meio da assinatura do paciente ou seu responsável, a realização do procedimento. Será preenchido em uma via e encaminhado pela Unidade Prestadora de Serviço – UPS ao órgão da Secretaria de Saúde, responsável, pela revisão técnica no final de cada mês;
- APAC-II/Meio Magnético. Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1.º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer *lay out* próprio do Laudo Médico e definirem outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações estabelecidas no *lay out* desta Portaria.

§ 2.º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a Portaria MS/SAS n.º 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 3.º Somente os profissionais médicos, não vinculados à rede SUS como prestadores de serviços poderão ser autorizadores.

Art. 7.º Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC, para identificar os pacientes que necessitam realizar procedimentos definidos no Anexo I desta Portaria. Não é obrigatório o seu registro para os pacientes que até a data da realização do procedimento não possuam esta documentação, pois, os mesmos serão identificados nominalmente.

Art. 8.º Determinar que as unidades que vierem integrar-se ao SIA-SUS para a realização dos procedimentos definidos no Anexo I desta Portaria deverão seguir as normas estabelecidas nesta Portaria.

Art. 9.º Definir que a APAC-I/Formulário será emitida somente para a realização dos procedimentos abaixo relacionados (Procedimento Principal) e terá validade de até 03 (três) competências:

38.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral/Bilateral (máximo 01/ano/criança ou adulto);

38.031.02-7 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Criança Adaptada com 01 ou 02 AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.03-5 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Adulto Adaptado com 01 ou 02 AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA(máximo 02/ano);

38.031.04-3 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Criança não Adaptada com 01 ou 02 AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.05-1 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Adulto não Adaptado com AASI. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 02/ano);

38.031.06-0 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Bilateral em Criança com Implante Coclear. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 04/ano);

38.031.07-8 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Bilateral de Adulto com Implante Coclear. Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.08-6 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Criança com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s). Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas e BERA (máximo 03/ano);

38.031.09-4 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Adulto com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s). Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto Emissões Otoacústicas

e BERA (máximo 02/ano);

38.034.01-8 AASI Externo Com Aparelho Convencional, Unitário (máximo 02). Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos;

38.034.02-6 AASI Externo Com Amplificador Retro-Auricular Analógico, Unitário (máximo 02). Consiste na adaptação do aparelho retro auricular em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos;

38.034.03-4 AASI Externo Com Amplificador Retro-Auricular Digital, Unitário (máximo 02). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos;

38.034.04-2 AASI Externo Com Vibrador Ósseo Unitário (máximo 02). Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes portadores de malformação de pavilhão com diagnóstico e indicação concluídos;

38.034.05-0 AASI Intra-Auricular, Unitário (máximo 02). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos;

38.034.06-9 AASI Intracanal, Unitário (máximo 02) Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.

Art. 10. Definir que a cobrança dos procedimentos autorizados na APAC-I/Formulário será efetuada somente por meio de APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1.º APAC-II/Meio Magnético Inicial - abrange o período a partir da data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§ 2.º APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – abrange o 2.º e 3.º mês subsequentes a APAC-II/Meio Magnético inicial.

Art. 11. Definir que a cobrança do procedimento de código 38.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral/Bilateral – máximo 01/ano/criança ou adulto (Procedimento Principal), será efetuada somente na APAC-II/Meio Magnético Inicial.

Art. 12. Definir que os procedimentos abaixo relacionados são exclusivamente secundários e não necessitam de emissão de APAC- I/Formulário:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral – BERA;

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas;

38.033.01-1 Seleção de modelo de AASI em Criança (entre vários modelos). Consiste em pré-moldagem auricular com confecção de molde: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou audiometria com reforço visual, avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI;

38.033.02-0 Seleção de modelo de AASI em Adultos (entre vários modelos), consiste em pré-moldagem auricular com confecção de molde, levantamento das características do AASI: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou , audiometria com reforço visual: avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI.

Art. 13. Determinar que os procedimentos (secundários), descritos no artigo anterior, realizados em concomitância com outros procedimentos principais, serão cobrados mensalmente na APAC-II/Meio Magnético, de acordo com as compatibilidades e os limites de quantidades máximas permitidas:

§ 1.º Na APAC-I/Formulário autorizada para o código 38.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral/Bilateral (máximo 01/ano) poderão ser cobrados os procedimentos abaixo relacionados:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral – BERA (máximo 01/ano);

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas (máximo 01/ano);

38.033.01-1 Seleção de Modelo de AASI em Criança (máximo 01/ano);

38.033.02-0 Seleção de Modelo de AASI em Adultos (máximo 01/ano).

§ 2.º Nas APAC-I/Formulário autorizadas para os procedimentos de Acompanhamento e Avaliação de Deficiente Auditivo Unilateral/Bilateral Criança ou Adulto poderão ser cobrados os procedimentos abaixo relacionados:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral – BERA (máximo 03/ano/criança e 02/ano/adulto);

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas (máximo 03/ano/criança e 02/ano/adulto).

§ 3.º Nas APAC-I/Formulário autorizadas para os procedimentos de Reposição de AASI Externo poderão ser cobrados os procedimentos abaixo relacionados:

38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral – BERA (máximo 01/ano);

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas (máximo 01/ano);

38.033.01-1 Seleção de Modelo de AASI em Criança (máximo 01/ano);

38.033.02-0 Seleção de Modelo de AASI em Adultos (máximo 01/ano).

§ 4.º Nas APAC-I/Formulário autorizadas para os procedimentos AASI Externo não poderão ser cobrados procedimentos secundários.

Art. 14. Estabelecer que a cobrança dos procedimentos secundários descritos no § 1.º do artigo 13, poderá ser efetuada na APAC-II/Meio Magnético Inicial ou de Continuidade.

§ 1.º Quando ocorrer a cobrança de procedimentos secundários na APAC-II/Meio Magnético Inicial, esta será efetuada junto com o procedimento principal.

§ 2.º Quando ocorrer a cobrança de procedimentos secundários na APAC-II/Meio Magnético de 1.ª e 2.ª Continuidade, não poderá ser cobrado o procedimento principal, este deverá ser registrado com a quantidade “00” e a APAC-II/Meio Magnético Inicial correspondente será fechada com o código 3.7 Diagnóstico em fase de conclusão, constante da “Tabela Motivo de Cobrança.”

Art. 15. Determinar que os Procedimentos de códigos 38.036.01-0 FonoTerapia Individual (por sessão) e 38.036.02-9 FonoTerapia Grupal (máximo de 04 pessoas por sessão) serão cobrados somente em Boletim de Produção Ambulatorial (BPA Formulário ou BPA Magnético).

Art. 16. Definir que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA-SUS:

- 3.1. Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI).
- 3.2. Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento).
- 3.3. Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI).
- 3.4. Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI).
- 3.5. Indicação para cirurgia com implante coclear.
- 3.6. Audição normal.
- 3.7. Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos procedimentos secundários).

4.1. Paciente não compareceu para o tratamento.

6.3. Alta por abandono do tratamento.

6.8. Alta por outras intercorrências.

6.9. Alta por conclusão do tratamento e/ou diagnóstico.

9.2. Óbito não relacionado à doença.

Art. 17. Estabelecer que o valor dos procedimentos inclui todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames até a entrega dos resultados.

Art. 18. Determinar que sejam destinados recursos de financiamento do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC para a realização dos procedimentos definidos no Anexo I, desta Portaria.

Art. 19. Utilizar para o registro das informações dos procedimentos as Tabelas do Sistema APAC-SIA, abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo V);
- Tabela de Nacionalidade (Anexo VI).

Art. 20. Definir que o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, disponibilizará no BBS/DATASUS/MS área 38- SIA, o programa da APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 21. Determinar que as Unidades Prestadoras de Serviço deverão manter arquivado a APAC-I/Formulário autorizada, o Relatório Demonstrativo de APAC-II/ Meio Magnético correspondente e o resultado dos exames, para fins de consulta da auditoria.

Art. 22. Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuarem o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento desta Portaria.

Art. 23. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos a partir da competência janeiro/2001, revogando-se às disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Resumo

Regulamenta os procedimentos de diagnóstico e acompanhamento de pacientes com deficiência auditiva, bem como a concessão de próteses auditivas, no Sistema de Informações

Ambulatoriais do Sistema único de Saúde – SIA-SUS.
ANEXO I

38.000.00-8 Acompanhamento de Pacientes	
38.030.00-4 Acompanhamento e Avaliação de Pacientes com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com ou sem Aparelho de Amplificação Sonora Individual – AASI.	
38.031.00-0 Consulta	
38.031.01-9 Diagnóstico de Deficiência Auditiva de Caso Unilateral ou Bilateral. Consiste em consultas de: otorrinolaringologia, pediatria, clínica, neurologia e fonoaudiologia; rotina de avaliação audiológica (com anamnese, avaliação comportamental da audição, impedanciometria, logaudiometria, audiometria com reforço visual: VRA ou Vera ou condicionada ou tonal limiar; avaliação do serviço social, avaliações psicológicas.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	02, 15, 28, 34, 36, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H60, H61, H62, H65, H66, H67, H68, H69, H70, H71, H72, H73, H74, H75, H80, H81, H82, H83, H90, H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H92, H93, H94, H95
Valor do Procedimento	R\$ 65,00

38.031.02-7 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Criança Adaptada com 01 ou 02 AASI. (Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto emissões otoacústicas e BERA).	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 130,00

38.031.03-5 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Adulto Adaptado com 01 ou 02 AASI. (Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto emissões otoacústicas e BERA).	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 130,00

38.031.04-3 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral de Criança não Adaptada com 01 ou 02 AASI. (Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto emissões otoacústicas e BERA).	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 130,00

38.031.05-1 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral Adulto não Adaptado com AASI. (Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto emissões otoacústicas e BERA).	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 130,00

38.031.06-0 Acompanhamento e Avaliação de Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral em Criança com Implante Coclear. (Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto emissões otoacústicas e BERA).	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 200,00

38.031.09-4 Acompanhamento e Avaliação de Portadores de Lesões Labiopalatais e/ou Adulto com Deficiência Auditiva Unilateral ou Bilateral com Aparelho(s) Auditivo(s) Adaptado(s) ou sem Aparelho(s). (Inclui toda equipe multiprofissional e exames, exceto emissões otoacústicas e BERA);	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 130,00

38.032.00-7 Exames Audiológicos	
38.032.01-5 Potencial Evocado de Tronco Cerebral – BERA	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	28, 34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 60,00

38.032.02-3 Emissões Otoacústicas	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 36, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 35,00

38.033.00-3 Seleção de Modelos	
38.033.01-1 Seleção de modelo de AASI em Criança (entre vários modelos). Constitui em pré-modelagem auricular – com confecção de molde: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou audiometria com reforço visual, avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 35,00

38.033.02-0 Seleção de modelo de AASI em Adultos (entre vários modelos). Constitui em pré-modelagem auricular – com confecção de molde, levantamento das características do AASI: 04 (quatro) teste de AASI, incluindo audiometria em campo livre ou , audiometria com reforço visual: avaliação do ganho de inserção, teste de percepção da fala e indicação do AASI	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 35,00

38.034.00-0 Próteses	
38.034.01-8 AASI Externo, com Aparelho Convencional Unitário. Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 455,00

38.034.02-6 AASI Externo, com Amplificador Retroauricular Analógico, Unitário. Consiste na adaptação do aparelho retro auricular em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.040,00

38.034.03-4 AASI Externo com Amplificador Retroauricular Digital (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.034.04-2 AASI Externo com Amplificador Retroauricular Analógico Programável (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.040,00

38.034.05-0 AASI Externo com Amplificador Intra-Auricular Analógico. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.000,00

38.034.06-9 AASI Externo com Amplificador Intra-Auricular Digital. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.034.07-7 AASI Externo com Amplificador Intra-Auricular Analógico Programável. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.000,00

38.034.08-5 AASI Externo com Amplificador Intracanal Analógico. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.034.09-3 AASI Externo com Amplificador Intracanal Digital. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.034.10-7 AASI Externo com Amplificador Intracanal Analógico Programável. Consiste na adaptação do em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.034.11-5 AASI Externo com Amplificador Microcanal Analógico. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

38.034.12-3 AASI Externo com Amplificador Microcanal Digital. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.820,00

38.034.13-1 AASI Externo com Amplificador Microcanal Analógico Programável. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

38.034.14-0 AASI Externo com Vibrador Ósseo. Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes portadores de malformação de pavilhão com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 500,00

38.035.00-6 Reposição de Órteses	
38.035.01-4 Reposição de AASI Externo, com Aparelho Convencional (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 455,00

38.035.02-2 Reposição de AASI Externo, com Amplificador Retroauricular Analógico (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho retro auricular em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.040,00

38.035.03-0 Reposição de AASI Externo com Amplificador Retroauricular Digital (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.035.04-9 Reposição de AASI Externo com Amplificador Retroauricular Analógico Programável (Unitário). Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.040,00

38.035.05-7 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra-Auricular Analógico. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.000,00

38.035.06-5 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra-Auricular Digital. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.035.07-3 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intra-Auricular Analógico Programável. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.000,00

38.035.08-1 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intracanal Analógico. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.035.09-0 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intracanal Digital. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.035.10-3 Reposição de AASI Externo com Amplificador Intracanal Analógico Programável. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34,54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.560,00

38.035.11-1 Reposição de AASI Externo com Amplificador Microcanal Analógico. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

38.035.12-0 Reposição de AASI Externo com Amplificador Microcanal Digital. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.820,00

38.035.13-8 Reposição de AASI Externo com Amplificador Microcanal Analógico Programável. Consiste na adaptação do aparelho em pacientes com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 1.400,00

38.035.14-6 Reposição de AASI Externo com Vibrador Ósseo. Consiste na adaptação do aparelho convencional em pacientes portadores de malformação de pavilhão com diagnóstico e indicação concluídos.	
Nível de Hierarquia	4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	27/114
Atividade Profissional	34, 54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	H90.0, H90.1, H90.2, H90.3, H90.4, H90.5, H90.6, H90.7, H90.8, H91.0, H91.1, H91.2, H91.3, H91.8, H91.9, H93.0, H93.2
Valor do Procedimento	R\$ 500,00

38.036.00-2 TERAPIAS	
38.036.01-0 Fonoterapia Individual (por sessão, duas vezes por semana, com duração mínima de 60 minutos). Consiste na realização de exercícios fonoarticulatórios para o desenvolvimento dos parâmetros de fala e linguagem, treinamento auditivo da audição residual e das habilidades auditivas.	
Nível de Hierarquia	2, 3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	18/083
Atividade Profissional	54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	00
Valor do Procedimento	R\$ 8,00

38.036.02-9 Fonoterapia Grupal (máximo de quatro pessoas por sessão, duas vezes por semana, com duração mínima de 90 minutos). Consiste na realização de exercícios fonoarticulatórios para o desenvolvimento dos parâmetros de fala e linguagem, treinamento auditivo da audição residual e das habilidades auditivas.	
Nível de Hierarquia	2, 3, 4, 6, 7, 8
Serviço/Classificação	18/083
Atividade Profissional	54
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de Atendimento	00
Grupo de Atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	00
Valor do Procedimento	R\$ 8,00

ANEXO II

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO/TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA	N.º do Prontuário _____				
Identificação da Unidade							
Nome _____		CNPJ _____					
Dados do Paciente							
Nome do Paciente _____							
CPF ou CNS _____		Nome da Mãe ou Responsável _____					
Endereço (Logradouro, n.º, complemento, bairro) _____		DDD _____	N.º TELEFONE _____				
Município _____	UF _____	CEP _____	Data de nascimento _____				
CONVÊNIO		Nome do Convênio _____	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Sim</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Não</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Sim	Não	_____	_____		
Sim	Não						
_____	_____						
Dados da Solicitação							
Código do Procedimento _____		Nome do Procedimento _____					
CPF do Médico _____		Nome do Médico _____					
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO							
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA _____		CID 10 _____					
PRINCIPAIS SINAIS, SINTOMAS CLÍNICOS E EXAMES REALIZADOS							
DATA _____		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO OU TÉCNICO _____					

Drawing5

ANEXO III

 SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	APAC I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	NÚMERO DA APAC <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
NOME DO PACIENTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		CPF ou CNS <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
SOLICITAÇÃO		
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		CÓDIGO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NOME DO MÉDICO SOLICITANTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
AUTORIZAÇÃO		
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)		CÓDIGO
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
ÓRGÃO AUTORIZADOR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		CÓDIGO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	CNPJ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	CÓDIGO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
PERÍODO DE VALIDADE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	CPF DO AUTORIZADOR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	ASSINATURA E CARIMBO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

APAC-I.vsd

ANEXO IV

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DE PACIENTE DEFICIENTE AUDITIVO	N.º do Prontuário _____																																																											
Identificação da Unidade																																																														
Nome _____		CNPJ _____																																																												
Dados do Paciente																																																														
Nome do Paciente _____																																																														
CPF ou CNS _____	Nome da Mãe ou Responsável _____																																																													
Endereço (Logradouro, n.º, complemento, bairro) _____		Telefone _____																																																												
Município _____	UF _____	CEP _____	Data nascimento _____																																																											
		SEXO	Masc. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																																																											
DECLARAÇÃO																																																														
DECLARO QUE NO MÊS DE _____, O PACIENTE IDENTIFICADO ACIMA, FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS, CONFORME ASSINATURAS DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ABAIXO.																																																														
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL																																																														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td><td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table>																																																														
CÓDIGOS DOS PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS																																																														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
_____, ____ de _____ de _____																																																														
_____ Assinatura/Carimbo do Diretor da Unidade																																																														
Nome/Assinatura do Paciente ou Responsável _____		CPF ou CNS _____																																																												

Drawing7

ANEXO V

TABELA DE MOTIVO DE COBRANÇA DA APAC

- 3.1- Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI).
- 3.2- Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento).
- 3.3- Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI).
- 3.4- Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI).
- 3.5- Indicação para cirurgia com implante coclear.
- 3.6- Audição normal.
- 3.7- Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústicas).
- 4.1- Paciente não compareceu para o tratamento.
- 5.1- Suspensão do(s) medicamento(s) por indicação médica devido à conclusão do tratamento.
- 5.2- Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento.
- 5.3- Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS.
- 5.4- Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito.
- 5.5- Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento.
- 5.6- Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida à mudança da medicação.
- 5.7- Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devido a intercorrências.
- 5.8- Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação.
- 6.0- Alta do treinamento de DPAC ou DPA.
- 6.1- Alta por recuperação temporária da função renal.
- 6.2- Alta para transplante.
- 6.3- Alta por abandono do tratamento.
- 6.4- Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto.
- 6.5- Alta de procedimentos cirúrgicos.

- 6.6- Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento).
- 6.7- Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento).
- 6.8- Alta por outras intercorrências.
- 6.9- Alta por conclusão do tratamento e/ou diagnóstico.
- 7.1- Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento.
- 7.2- Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento.
- 7.3- Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento.
- 7.4- Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento.
- 7.5- Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade.
- 8.1- Transferência para outra UPS.
- 8.2- Transferência para internação por intercorrência.
- 9.1- Óbito relacionado à doença.
- 9.2- Óbito não relacionado à doença.
- 9.3- Óbito por toxicidade do tratamento.

ANEXO VI

TABELA DE NACIONALIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14	VENEZUELANO
15	COLOMBIANO
16	PERUANO
17	EQUATORIANO
18	SURINAMÊS
19	GUIANENSE
20	NATURALIZADO BRASILEIRO
21	ARGENTINO
22	BOLIVIANO
23	CHILENO
24	PARAGUAIO
25	URUGUAIO
30	ALEMÃO
31	BELGA
32	BRITÂNICO
34	CANADENSE
35	ESPAÑHOL
36	NORTE-AMERICANO (EUA)
37	FRANCÊS
38	SUÍÇO
39	ITALIANO
41	JAPONÊS
42	CHINÊS
43	COREANO
45	PORTUGUÊS
48	OUTROS LATINO-AMERICANOS
49	OUTROS ASIÁTICOS
50	OUTROS

PORTARIA MS/GM N.º 818, DE 5 DE JUNHO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

considerando a necessidade de organizar a assistência à pessoa portadora de deficiência física em serviços hierarquizados e regionalizados e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde;

considerando o disposto na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, aprovada pela Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001;

considerando a necessidade de garantir às pessoas portadoras de deficiência física assistência nos vários níveis de complexidade, por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas;

considerando a necessidade de subsidiar tecnicamente a implantação de serviços especializados, buscando a reabilitação clínico funcional da pessoa portadora de deficiência física e contribuindo, decisivamente, para a melhoria das suas condições de vida, sua integração social e ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária;

considerando a necessidade de estabelecer mecanismos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada à pessoa portadora de deficiência física;

considerando que a assistência à pessoa portadora de deficiência física exige uma estrutura especializada e hierarquizada de alta, média e baixa complexidade, com área física adequada, profissionais habilitados e suporte de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;

considerando a necessidade de estabelecer critérios para a concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção nos diversos níveis de gestão;

considerando que o pleno atendimento à pessoa portadora de deficiência física depende da qualificação dos processos de reabilitação funcional e da prescrição, fornecimento e adequação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, resolve:

Art. 1.º Criar, na forma do disposto nesta Portaria, mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

Art. 2.º Determinar às Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal a organização de suas respectivas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, conforme as diretrizes contidas na Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 e as Normas para Cadastramento constantes do Anexo I desta Portaria.

§ 1.º As Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, de que trata este artigo, serão integradas por:

- a) Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal;
- b) Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário;
- c) Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação;
- d) Leitos de Reabilitação em Hospital geral ou Especializado.

§ 2.º Constitui um Serviço de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal a unidade ambulatorial, devidamente cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, que disponha de instalações físicas apropriadas, equipamentos básicos para reabilitação e recursos humanos com especialização, formação e/ou capacitação na área de reabilitação, para o atendimento a pacientes com deficiências físicas que requerem cuidados de reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar. Os Serviços de Reabilitação – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, devidamente articulados com as equipes de Saúde da Família, devem estar subordinados tecnicamente a um Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário ou, excepcionalmente, a um Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, que irá constituir-se em sua referência e contra-referência dentro da rede estadual ou regional de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Inclui a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

§ 3.º Constitui um Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário a unidade ambulatorial, devidamente cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, que disponha de serviços especializados para avaliação e tratamento de pessoas portadoras de deficiência física. Caracteriza-se como serviço de média complexidade, com instalações físicas adequadas, equipamentos e equipe multiprofissional para o desenvolvimento de um conjunto de atividades individuais e/ou em grupo, acompanhamento médico e funcional e orientação familiar. Inclui a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

§ 4.º Constitui um Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação a unidade ambulatorial, devidamente cadastrada no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, que disponha de serviços especializados para o diagnóstico, avaliação e tratamento de pessoas portadoras de deficiências físicas (motoras e sensoriais). Caracteriza-se como serviço de maior nível de complexidade, com instalações físicas adequadas, equipamentos e equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada, para o atendimento de pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação física (motora e sensorio motora), constituindo-se na referência de alta complexidade da rede estadual ou regional de assistência à pessoa portadora de deficiência física. Inclui a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

§ 5.º Constitui um Leito de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado aquele destinado ao atendimento integral à pessoa portadora de deficiência física, quando, por indicação médica o regime de internação hospitalar for o mais adequado ao paciente. O Hospital Geral ou Especializado deve ser cadastrado no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH-SUS e possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos especializados para a realização dos procedimentos clínicos, cirúrgicos e diagnósticos, necessários para potencializar as ações de reabilitação.

Art. 3.º Estabelecer, como critérios a serem utilizados pelas Secretarias Estaduais de Saúde dos estados e do Distrito Federal na definição dos quantitativos de serviços que integrarão as Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, os abaixo relacionados:

- a) população;
- b) necessidade de cobertura assistencial;
- c) nível de complexidade dos serviços;
- d) distribuição geográfica dos serviços.

§ 1.º Os Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal terão os seus quantitativos máximos estabelecidos no Plano Diretor de Regionalização de cada Estado e do Distrito Federal, de acordo com a NOAS-SUS 01/2001, sendo recomendada a instalação de, pelo menos, um serviço para cada módulo assistencial.

§ 2.º Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e os Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário devem observar os quantitativos máximos, definidos por Unidade da Federação, conforme o Anexo II desta Portaria.

§ 3.º Os Leitos de Reabilitação em Hospital Geral e Especializado devem ser dimensionados e cadastrados de forma a atender às necessidades estaduais e regionais de cobertura populacional e de referência da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Pode participar todo Hospital cadastrado no SIH/SUS, desde que reúna as condições para o atendimento ao paciente que necessite de procedimentos de reabilitação, devidamente organizado de forma a garantir a referência dos pacientes que necessitam de reabilitação em regime de internação hospitalar.

§ 4.º A distribuição geográfica, nos estados, municípios e no Distrito Federal, dos Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, dos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário, dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e dos Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado, deverá obedecer às necessidades epidemiológicas e de cobertura populacional de cada Unidade da Federação.

Art. 4.º Determinar que as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, ao constituírem as suas Redes de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, estabeleçam os fluxos e mecanismos de referência e contra-referência.

Art. 5.º Determinar que as Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal elaborem e encaminhem à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, para aprovação, o Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite, de acordo com o Roteiro constante do Anexo V desta Portaria.

Art. 6.º Aprovar, na forma do Anexo I desta Portaria, as Normas para Cadastramento dos Serviços de Reabilitação Física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, dos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário, dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e dos Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado.

§ 1.º Estados que, eventualmente, não disponham de, pelo menos, 01 (um) serviço em condições de cumprir as Normas para Cadastramento de Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação poderão solicitar, em caráter transitório, o cadastramento de 01 (um) Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário, que passará a constituir a referência estadual de alta complexidade, até a plena habilitação de seus serviços.

§ 2.º O Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário, de que trata o § 1.º deste Artigo, deverá cumprir, no mínimo, as Normas para Cadastramento de Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário, definidas no Anexo I desta Portaria.

Art. 7.º Estabelecer que as solicitações para cadastramento dos Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, dos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário, dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e dos Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado, sejam encaminhadas à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS, em um único processo contendo a totalidade dos Serviços que integrarão a Rede Estadual e a definição dos fluxos de referência e contra-referência.

Parágrafo único. As solicitações de que trata este artigo deverão ser acompanhadas de relatório contendo as justificativas técnicas e necessidades assistenciais, dentro da lógica de constituição de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.

Art. 8.º Estabelecer que, para o cadastramento dos Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, dos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário, dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e dos Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado, sejam obedecidos os critérios definidos no artigo 3.º e seus parágrafos e nas Normas para Cadastramento contidas no Anexo I desta Portaria.

Art. 9.º Definir que a operacionalização e o financiamento dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e dos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário serão regulamentados pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS.

Parágrafo único. A operacionalização dos Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal estão descritas na NOAS – SUS 01/2001 e o seu financiamento contido no valor per capita a ser definido pelo Ministério da Saúde para custeio desse nível de assistência.

Art. 10. Determinar a obrigatoriedade de vistoria e avaliação anual, a ser realizada pelos gestores estaduais e municipais, de acordo com o seu nível de gestão, dos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário, dos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e dos Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado, cadastrados nos Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS e Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS.

Art. 11. Determinar a obrigatoriedade do preenchimento do Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta, conforme Anexo III desta Portaria, inclusive para o fornecimento de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, pelos Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, pelos Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário, pelos Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação e pelos Hospitais Gerais e Especializados com Leitos de Reabilitação.

§ 1.º Os objetivos deste Relatório são a avaliação e o acompanhamento da assistência prestada no País às pessoas portadoras de deficiência física, a identificação dessas deficiências, suas causas, incapacidades e restrições funcionais, permitindo ao Ministério da Saúde, aos estados e municípios e ao Distrito Federal o aprimoramento da assistência prestada e o estabelecimento de políticas de prevenção de deficiências e incapacidades na população em geral;

§ 2.º O Relatório será preenchido pelo Responsável Técnico do serviço, de acordo com as instruções contidas no Anexo IV desta Portaria, sendo que o primeiro Relatório envolverá os procedimentos realizados entre a data do cadastramento e o dia 31 de dezembro de 2001 e os subsequentes, aqueles referentes ao período de 1.º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano;

§ 3.º O Relatório será preenchido em 02 (duas) vias. A primeira via deverá ser encaminhada, anualmente, até o dia 30 de janeiro do ano subsequente, à Secretaria de Saúde do estado ou do Distrito Federal e a segunda via arquivada no serviço que prestou os atendimentos;

§ 4.º As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão compatibilizar os relatórios encaminhados pelos serviços que compõem a Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física e encaminhar uma cópia à Assessoria Técnica/ASTEC/SAS/MS;

§ 5.º Os formulários para preenchimento dos Relatórios serão impressos e distribuídos pelas

Secretarias Estaduais de Saúde dos estados e do Distrito Federal;

§ 6.º O não encaminhamento dos Relatórios implicará no descadastramento dos Serviços e dos Leitos de Reabilitação em Hospital Geral e Especializado.

Art. 12. Determinar às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal que adotem as providências necessárias ao cumprimento das normas contidas nesta Portaria.

Art. 13. Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde adote as medidas necessárias à implementação do disposto nesta Portaria.

Art. 14. Essa Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

Resumo

Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Determina que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizem as suas respectivas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, integradas por serviços hierarquizados por nível de complexidade, definindo as especificidades de cada nível, bem como os recursos humanos e materiais, necessários para o funcionamento desses serviços. Estabelece como responsabilidade do gestor estadual o cadastramento dos serviços que compõem a Rede, assim como a supervisão e avaliação dos serviços.

ANEXO I

NORMAS PARA CADASTRAMENTO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA – PRIMEIRO NÍVEL DE REFERÊNCIA INTERMUNICIPAL, DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA – NÍVEL INTERMEDIÁRIO, DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO E DOS LEITOS DE REABILITAÇÃO EM HOSPITAL GERAL E/OU ESPECIALIZADO.

1. SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA – PRIMEIRO NÍVEL DE REFERÊNCIA INTERMUNICIPAL

Os Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal são unidades ambulatoriais destinadas a prestar atendimento a pacientes portadores de deficiências motoras, encaminhados por outros serviços de saúde, acompanhados de laudo médico com diagnóstico da deficiência apresentada, prescrição e tempo previsto de tratamento.

Os Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal, devidamente cadastrados no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS, devem estar articulados com as Equipes de Saúde da Família, constituindo-se em sua primeira referência para atenção aos pacientes portadores de deficiência física, e subordinados tecnicamente a um Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário ou, excepcionalmente, a um Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, devendo integrar-se a uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência ao paciente portador de deficiência física, de acordo com as normas e princípios definidos pela NOAS-SUS 01/2001, desenvolvendo as seguintes atividades:

- a) atendimento individual (consulta médica, procedimentos terapêuticos de reabilitação e atendimento de Serviço Social);
- b) atendimento em grupo (atividades educativas em saúde, grupo de orientação, modalidades terapêuticas de reabilitação e atividades de vida diária);
- c) prevenção de seqüelas, incapacidades e deficiências secundárias;
- d) estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- e) visita domiciliar;
- f) orientação familiar;
- g) preparação para alta, convívio social e familiar;
- h) orientação técnica às Equipes de Saúde da Família.

1.1. Recursos humanos

Os Serviços de Reabilitação Física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal poderão funcionar em ambulatório, policlínica ou hospital, ou estar a eles vinculados, e funcionar com equipe mínima composta de:

- a) médico (não necessariamente exclusivo do serviço, porém, vinculado ao serviço de reabilitação);
- b) fisioterapeuta ou profissional de nível superior com formação, especialização ou capacitação na área de reabilitação física;
- c) assistente Social (não necessariamente exclusivo do serviço, porém, vinculado ao serviço de reabilitação);

d) profissionais de nível médio e/ou técnico necessários ao desenvolvimento das ações de reabilitação.

Para o atendimento a cada grupo de 80 pacientes/dia, são necessários: 01 (um) Médico, próprio ou vinculado ao serviço de reabilitação, 01 (um) Fisioterapeuta ou profissional de nível superior com capacitação em reabilitação e profissionais de nível técnico ou médio necessários ao desenvolvimento das ações de reabilitação.

As equipes técnicas deste nível de atendimento devem oferecer, quando do encaminhamento dos pacientes às equipes de Saúde da Família, orientações técnicas sobre a continuidade do processo de reabilitação, visando qualificar a assistência ao paciente portador de deficiência física, tornando-se sua referência especializada.

1.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

Os Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal deverão garantir o acesso aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia estabelecidos para a Atenção Básica Ampliada e definidos pela NOAS-SUS 01/2001, compreendendo:

- a) Patologia Clínica;
- b) Radiologia;
- c) Ultra-sonografia.

1.3. Instalações físicas

Os Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal deverão dispor da seguinte estrutura física:

- a) acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeiras de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de corredores e portas, banheiro adaptado e demais normas definidas pela ABNT – 1990;
- b) sala para avaliação e atendimento individual, com área de 7,5 m²;
- c) área para desenvolvimento de atividades de cinesioterapia com área de 2,4 m² /paciente, com área mínima de 20 m²;
- d) box para termo e eletroterapia com área de 2,4 m², para cada box;
- e) sanitários adaptados ao uso de PPD;
- f) piso e paredes de material claro, resistente, impermeável e lavável;
- g) áreas de apoio isoladas da área de assistência:
 - recepção e sala de espera de acompanhantes;
 - depósito de material de limpeza;
 - área para guarda de materiais/equipamentos;
 - área para arquivo e registro de pacientes.

1.4. Equipamentos

Os Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal deverão dispor dos seguintes equipamentos:

Divã estofado com cabeceira regulável com medidas 1,90X 0,65X0,75
Escada de Ferro de 2 degraus
Colchonete de espuma com medidas 1,90 X 0,89 X 0,05
Escada de canto com rampa e corrimão
Espelho com rodízio
Muleta canadense adulto regulável
Muleta axilar adulto regulável
Andador adulto e infantil com rodízios
Andador adulto e infantil fixo
Bengala de madeira
Bengala de inox/alumínio
Bengala de 4 pontos
Fita métrica comum
Cronômetro
Pulseira de peso
Cadeira de rodas adulto e infantil
Goniômetro
Espelho fixo 1,30 X 1,50
Pares de halteres de 01 Kg
Pares de halteres de 02 Kg
Maca para remoção
Stand in table infantil e adulto
Ondas Curtas
Ultra-som
Tábua de equilíbrio retangular
Eletroestimulador com corrente Galvânica-Farádica
Banho de Parafina
Barra Paralela dupla de 3 metros
Rolo <i>Bobath</i> de 20 cm
Rolo tipo feijão 40 cm
Jogos Pedagógicos

2. SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA – NÍVEL INTERMEDIÁRIO

Os Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário têm como finalidade prestar assistência em reabilitação à pessoa portadora de deficiência física, encaminhada por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de média complexidade em reabilitação física, de acordo com os princípios definidos pela NOAS-SUS 01/2001, devendo integrar-se a uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência ao portador de deficiência física.

Os Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário, devidamente cadastrados no sistema SIA-SUS, terão funcionamento diário em 01 (um) turno de 04 (quatro) horas e deverão contar com estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados para prestar assistência em reabilitação física motora, desenvolvendo as seguintes atividades:

- a) avaliação médica clínica e funcional;
- b) atendimento individual e em grupo;
- c) prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção;
- d) prevenção de seqüelas, incapacidades e deficiências secundárias;
- e) orientação de cuidados de enfermagem;
- f) orientação familiar;
- g) preparação do paciente para alta, convívio social e familiar;
- h) orientação técnica às equipes dos Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal e às equipes de Saúde da Família.

2.1. Recursos humanos

A equipe deverá ter caráter multiprofissional com formação ou capacitação em reabilitação e ser formada, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) médico;
- b) fisioterapeuta;
- c) assistente social e/ou psicólogo;
- d) fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional;
- e) enfermeiro;
- f) profissionais de nível médio e/ou técnico necessários ao desenvolvimento das ações de reabilitação.

Para o atendimento a cada grupo de 100 pacientes/dia, é necessária a seguinte equipe multiprofissional: 01 (um) médico, 01 (um) fisioterapeuta, 01 (um) assistente social e/ou psicólogo, 01 (um) fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional, 01 (um) um enfermeiro e profissionais de nível médio e/ou técnico necessários ao desenvolvimento das ações de reabilitação.

As equipes técnicas deste nível de atendimento devem oferecer, quando do encaminhamento dos pacientes aos serviços de menor complexidade ou ao Programa Saúde da Família – PSF, orientações técnicas sobre a continuidade do processo de reabilitação, visando a qualificar a assistência ao paciente portador de deficiência física, tornando-se sua referência especializada.

2.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

Os Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário deverão dispor ou garantir o acesso aos seguintes serviços de suporte diagnóstico e terapêutico:

- a) Laboratório de Patologia Clínica, apto a atender às necessidades relacionadas ao processo de reabilitação, dentro do seu nível de complexidade;
- b) Serviço de Radiologia com condições técnicas de oferecer suporte diagnóstico, dentro do seu nível de complexidade;
- c) Ultra-sonografia.

Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia poderão pertencer à própria instituição ou serem referenciados, conforme o estabelecido na Portaria MS/SAS n.º 494/99, como forma de garantir a agilidade no atendimento da pessoa portadora de deficiência física. No caso de serviços conveniados, estes deverão atender às normas de acesso às Pessoas Portadoras de Deficiência (ABNT, 1990).

2.3. Instalações físicas

Os Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário deverão dispor da seguinte estrutura física:

- a) acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeiras de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de corredores e portas, banheiro adaptado e demais normas definidas pela ABNT – 1990;
- b) consultório médico com área de 10 m²;
- c) salas – no mínimo 02 (duas) – para avaliação e atendimento individual, com área de 7,5 m² /sala;
- d) sala para desenvolvimento de atividades de cinesioterapia com recursos para treinamento de AVD e treino de marcha, opcionalmente com box para termo e eletroterapia, com área de 2,4 m²/paciente e área mínima de 20 m²;
- e) box para termo e eletroterapia com área de 2,4 m² para cada box;
- f) sala para atendimento de grupos terapêuticos e orientação familiar com área de 20 m²;
- g) sala de reunião de equipe com área de 10 m²;
- h) sanitários independentes e adaptados ao uso da PPD;
- i) piso e paredes de material claro, resistente, impermeável e lavável;
- j) áreas de apoio isoladas da área de assistencial:
 - recepção e sala de espera de acompanhantes;
 - depósito de material de limpeza;
 - área para guarda de materiais/equipamentos;
 - área para arquivo médico e registro de pacientes.

2.4. Equipamentos

Os Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário deverão dispor dos seguintes equipamentos:

Ultra-som
Correntes interferenciais
Ondas curtas pulsado/contínuo com eletrodos <i>schlipacke</i> e eletrodos de placas
FES – Aparelho para estimulação elétrica funcional – 4 canais
TENS
Recursos de Crioterapia
Banho de Parafina em aço inox
Corrente Galvânica/Farádica
Barra de <i>Ling</i> de madeira
Divã estofado com cabeceira regulável medindo 1,90x0,65x0,75
Escada de ferro com 2 graus
Colchonete de espuma com medindo 1,90x0,89x0,05
Barra Paralela dupla de 3 metros
Mesa ortostática com inclinação elétrica
Escada de canto com rampa e corrimão
Espelho com rodízio
Muleta canadense adulto regulável
Muleta axilar adulto regulável
Andador adulto e infantil com rodízios
Andador adulto e infantil fixo
Bengala de madeira
Bengala de inox/alumínio
Bengala de 4 pontos
Balanço proprioceptivo de inox
Negatoscópio
Fita métrica comum
Examinador de reflexo e sensibilidade
Travesseiros forrados com material impermeável e lavável
Goniômetro comum
Tábua de equilíbrio retangular 90x60x15 cm
Cronômetro
<i>Stand in table</i> infantil
<i>Stand in table</i> adulto
Rolo <i>Bobath</i> – 20 cm
Rolo tipo feijão 40 cm
Pulseira de peso
Cadeiras de rodas adulto e infantil
Cadeira higiênica
Órtese de relaxamento
Dinamômetro
Goniômetro de dedos
Espelho fixo 1,30x1,50
Pares de Halteres de 01 Kg
Pares de Halteres de 02 Kg
Esfigmomanômetro e Estetoscópio duplo adulto e infantil
Carro de curativo
Lixeira de inox com pedal
Maca para remoção de paciente
Biombos
Jogos pedagógicos
Material para atividades de coordenação de MMSS

3. SERVIÇO DE REFERENCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação têm como finalidade prestar assistência intensiva em reabilitação aos portadores de deficiência física, referenciados por outros serviços de saúde, constituindo-se na referência de alta complexidade em reabilitação (motora e sensório motora), de acordo com os princípios definidos pela NOAS-SUS 01/2001, devendo integrar-se a uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência ao portador de deficiência física.

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação, devidamente cadastrados no sistema SIA-SUS, terão funcionamento diário em 2 (dois) turnos – 8 horas e 1 (um) turno 04 horas, devendo contar com estrutura física, equipamentos e recursos humanos especializados para prestar assistência de cuidados intensivos em reabilitação física (motora e sensório motora), disponibilizando, no mínimo, as seguintes atividades:

- a) avaliação clínica e funcional realizada por médico especializado;
- b) avaliação e atendimento individual e em grupo em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição;
- c) atendimento medicamentoso;
- d) orientação de cuidados de enfermagem;
- e) orientação familiar;
- f) prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção;
- g) preparação do paciente para alta, convívio social e familiar;
- h) orientação técnica às equipes dos Serviços de Reabilitação dos níveis de menor complexidade e às Equipes de Saúde da Família.

3.1. Recursos humanos

A equipe, de caráter multiprofissional com formação e capacitação em reabilitação, deverá ser composta, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

- a) médico fisiatra;
- b) enfermeiro;
- c) fisioterapeuta;
- d) terapeuta ocupacional;
- e) fonoaudiólogo;
- f) psicólogo;
- g) assistente social;
- h) nutricionista;
- i) profissionais de nível médio e/ou técnico necessários para o desenvolvimento das ações de reabilitação.

Para o atendimento a cada grupo de 100 pacientes/dia, é necessária a seguinte equipe multiprofissional: 01 (um) médico com especialização em reabilitação, 02 (dois) fisioterapeutas, 02 (dois) terapeutas ocupacionais, 01 (um) fonoaudiólogo, 02 (dois) psicólogos, 01 (um) assistente social, 01 (um) nutricionista, 01 (um) enfermeiro e profissionais de nível médio e/ou técnico necessários para o desenvolvimento das ações de reabilitação.

As equipes técnicas deste nível de atendimento devem oferecer, quando do encaminhamento dos pacientes aos serviços de menor complexidade ou ao PSF, orientações técnicas sobre a continuidade do processo de reabilitação, visando a qualificar a assistência ao paciente portador de deficiência física, tornando-se sua referência especializada.

3.2. Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação deverão dispor, obrigatoriamente, dos serviços de suporte diagnóstico e terapêutico abaixo:

- a) laboratório de Patologia Clínica, apto para atender a todas as provas laboratoriais necessárias ao diagnóstico e terapia relacionadas ao processo de reabilitação;
- b) serviço de Medicina de Imagem dotado de todos os recursos técnicos para diagnóstico e terapia relacionados com o processo de reabilitação;
- c) serviços de Medicina Nuclear;
- d) setor de Avaliação Funcional dotado de equipamentos para a realização de eletrocardiograma, espirometria e ergoespirometria;
- e) serviços diagnósticos de eletroneuromiografia e potenciais evocados e urodinâmica.

Os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia poderão pertencer à própria instituição ou ser referenciados, conforme o estabelecido na Portaria MS/SAS n.º 494/99, como forma de garantir a agilidade no atendimento da pessoa portadora de deficiência física. No caso de serviços conveniados, estes deverão atender às normas de acesso às Pessoas Portadoras de Deficiência (ABNT 1990).

3.3. Instalações físicas

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação deverão dispor de instalações físicas com acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeiras de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de corredores e portas, banheiro adaptado e demais normas definidas pela ABNT - 1990.

Deverão contar com área física adequada para abrigar os seguintes setores:

- a) recepção, SAME e sala de espera;
- b) consultório para avaliação clínico funcional e intervenções terapêuticas de nível ambulatorial;
- c) fisioterapia (adulto e infantil);
- d) terapia ocupacional (adulto e infantil);
- e) psicologia (adulto e infantil);
- f) fonoaudiologia (adulto e infantil);

- g) nutrição;
- h) condicionamento Físico;
- i) as instalações físicas deverão dispor, ainda, de:
- consultório médico ou sala para exames médicos com 10 m²;
 - box de Terapias (meios físicos) com área de 2,4 m² para cada box;
 - sala para cinesioterapia com área de 2,2 m²/paciente e área mínima de 20 m²;
 - sala para condicionamento físico, exercícios respiratórios e cardiovasculares com área de 2,2 m²/paciente e área mínima de 20 m²;
 - sala para Terapia Ocupacional com 2,2 m²/paciente e área mínima de 20 m²;
 - sala para atendimento individual em fisioterapia, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional e fonoaudiologia com área de 7,5 m²;
 - sala de psicomotricidade, ludoterapia com área de 3,0 m²/paciente e área mínima de 15 m²;
 - sanitários independentes para cada setor e adaptados ao uso de PPD;
 - piso e paredes de material claro, resistente, impermeável e lavável;
 - sala de espera de acompanhantes independente da área assistencial;
 - depósito de material de limpeza independente da área assistencial;
 - área para guarda de materiais/equipamentos independente da área assistencial;
 - área para arquivo médico e registro de pacientes independente da área assistencial.

3.4. Equipamentos

Os Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação deverão dispor, no mínimo, dos seguintes equipamentos:

Ultra-som
Correntes Interferenciais
Ondas curtas pulsado/contínuo com eletrodos schlipacke e eletrodos de placas
FES – Aparelho para Estimulação Elétrica Funcional – 4 canais
Estimulador Eletromagnético
Microondas
TENS
Aparelho Hidrocollector
Recursos de Crioterapia
Turbilhão em aço inox em ducha direcional para membro inferior
Turbilhão em aço inox em ducha direcional para membro superior
Aquecedor de Turbilhão

Cadeira de Turbilhão
Banho de Parafina em aço inox
Corrente Galvânica/Farádica
Barra de <i>Ling</i> de madeira
Divã estofado com cabeceira regulável com medidas 1,90X0,65X0,75
Escada de Ferro de 2 degraus
Colchonete de espuma com medidas 1,90X0,89X0,05
Barra Paralela Dupla de 3 metros
Mesa Ortostática com inclinação elétrica ou mecânica
Escada de canto com rampa e corrimão
Espelho com rodízio
Muleta canadense adulto regulável
Muleta axilar adulto regulável
Andador adulto e infantil com rodízios
Andador adulto e infantil fixo
Bengala de madeira
Bengala de inox/alumínio
Bengala de 4 pontos
Balanço proprioceptivo de inox
Mini trampolim ou cama elástica para propriocepção
Negatoscópio
Fita métrica comum
Examinador de reflexo e sensibilidade
Travesseiros forrados de corvin
Goniômetro comum
Tábua de equilíbrio retangular 90X60X15 cm
Cadeira de relaxamento
Cronômetro
Espirômetro
Escala de Desenvolvimento Brunet-Lèzine ou similar
Escala Terman Merrill
WISC – Escala de Inteligência para Crianças
Pré-WISC – Escala de Inteligência para Crianças
Teste de Apercepção Infantil – CAT – A
Teste de Apercepção Infantil – CAT – H
Prova de Organização Grafo-Perceptiva – Bender
Prova de Organização Grafo-Perceptiva – Pré-Bender
Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister
Teste de Apercepção Temática – TAT
<i>Stand in table</i> infantil
<i>Stand in table</i> adulto
Rolo <i>Bobath</i> – 20 cm

Rolo tipo Feijão 40 cm
Pulseira de peso
Cadeira de rodas adulto e infantil
Cadeira Higiénica
Órteses para relaxamento
Dinamômetro
Goniômetro
Goniômetro para dedos
Espelho fixo 1,30X1,50
Cicloergômetros
Pares de halteres de 01 Kg
Pares de halteres de 02 Kg
Esfigmomanômetro adulto e infantil
Estetoscópio duplo adulto e infantil
Carro de curativo
Carro de medicação
Lixeiras de inox com pedal
Maca para remoção de paciente
Equipamento para Eletromiografia
Equipamento para Cistometria
Podoscópio

4. LEITOS DE REABILITAÇÃO EM HOSPITAL GERAL E/OU ESPECIALIZADO

Os leitos de reabilitação física em Hospital Geral e Especializado têm a finalidade de prestar assistência à pessoa portadora de deficiência física, quando, por indicação médica o regime de internação hospitalar for o mais adequado para o paciente.

Além das ações de reabilitação funcional, o hospital deve prestar o atendimento integral ao paciente, buscando potencializar o processo de reabilitação, garantindo atendimento clínico e cirúrgico nas diversas especialidades médicas e acesso aos meios diagnósticos necessários à plena recuperação do paciente.

O Hospital Geral e Especializado deverá estar cadastrado no Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS e apresentar as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos especializados adequados para prestar esse tipo de atendimento, devendo constituir-se na referência estadual para atenção especializada, de acordo com as diretrizes definidas pela NOAS-SUS 01/2001, devendo integrar-se a uma rede estadual, regionalizada e hierarquizada de assistência ao portador de deficiência física. Os leitos de reabilitação devem ter exclusividade para essa finalidade, ficando a sua regulação sob a responsabilidade do gestor estadual, como forma de garantir a referência estadual no atendimento à pessoa portadora de deficiência física.

Nos casos de patologia aguda e/ou acidente/trauma, a emissão da Autorização de Internação Hospitalar – AIH será no procedimento que deu origem à internação, passando para o procedimento Reabilitação após constatação da deficiência, sem prejuízo das medidas preventivas de deficiências secundárias e de seqüelas incapacitantes.

A assistência hospitalar prestada ao portador de deficiência física em hospital geral e especializado, compreende as seguintes atividades:

- a) avaliação clínica e funcional realizada por médico especializado na área de reabilitação;
- b) atendimento clínico e cirúrgico especializado;
- c) serviços auxiliares de diagnóstico e terapia;
- d) avaliação e atendimento individual em fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, enfermagem e nutrição;
- e) atendimento medicamentoso;
- f) prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção, quando necessário ao processo de reabilitação durante o período de internação;
- g) orientação familiar;
- h) preparação do paciente para alta hospitalar.

4.1. Recursos humanos:

A equipe, de caráter multiprofissional com capacitação em reabilitação, deverá ser composta, no mínimo, pelos seguintes profissionais, para cobertura assistencial em cada conjunto de até 20 (vinte) leitos:

- a) médico fisiatra – 20 horas/semanais;
- b) enfermeiro – 40 horas/semanais;
- c) fisioterapeuta – 40 horas/semanais;
- d) terapeuta ocupacional – 40 horas/semanais;
- e) fonoaudiólogo – 40 horas/semanais;
- f) psicólogo – 40 horas/semanais;
- g) assistente social – 40 horas/semanais;
- h) profissionais de nível médio e/ou técnico necessários para o desenvolvimento das ações de reabilitação.

O hospital deverá garantir o atendimento nas diversas especialidades médicas, clínicas e cirúrgicas, relacionadas com o processo de reabilitação e/ou com o quadro clínico e funcional do paciente e contar com equipe em regime de plantão 24 (vinte e quatro) horas diárias para atendimento das intercorrências clínicas durante o período de internação.

4.2. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia

O Hospital Geral e Especializado, com leitos de reabilitação física, deverá dispor, obrigatoriamente, dos serviços de suporte diagnóstico e terapêutico abaixo discriminado:

- a) Laboratório de Patologia Clínica, apto para atender a todas as provas laboratoriais necessárias ao diagnóstico e terapia relacionadas ao processo de reabilitação;

- b) Serviço de Medicina de Imagem dotado de todos os recursos técnicos para diagnóstico e terapia relacionados ao processo de reabilitação;
- c) Serviços de Medicina Nuclear;
- d) Setor de Avaliação Funcional dotado de equipamentos para a realização de eletrocardiograma, espirometria e ergoespirometria;
- e) Serviços diagnósticos de eletroneuromiografia e potenciais evocados e urodinâmica.

Os serviços de SADT poderão pertencer à própria instituição hospitalar ou ser referenciados, conforme estabelece a Portaria MS/SAS n.º 494/99, como forma de garantir a agilidade no atendimento do paciente internado. No caso de serviços referenciados, estes deverão observar as normas de acesso às Pessoas Portadoras de Deficiência (ABNT 1990).

4.3. Instalações físicas

Os hospitais com leitos de reabilitação deverão contar com instalações físicas adequadas e setores de apoio ao processo de reabilitação:

- a) acesso geral por rampa e/ou elevador, com medidas compatíveis para a locomoção de pessoa portadora de deficiência física, adequadas para giro de cadeira de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de portas de quarto e enfermaria, banheiro adaptado e demais normas definidas pela ABNT – 1990;
- b) área física adequada e destinada às atividades relacionadas com os programas de reabilitação;
- c) setores de tratamento para cinesioterapia, mecanoterapia, eletrotermoterapia, terapia ocupacional, treino de AVD e atividades específicas para coordenação, equilíbrio e treino de marcha;
- d) sala de reunião para avaliação, atendimento individual, testes diagnósticos e acompanhamento da evolução dos processos de reabilitação realizados pela equipe multiprofissional.

4.4. Equipamentos

As Unidades hospitalares deverão contar, no mínimo, com os seguintes equipamentos:

Ultra-som
FES – Aparelho para Estimulação Elétrica Funcional – 4 canais
TENS
Corrente Galvânica/Farádica
Escada de Ferro de 2 degraus
Barra Paralela Dupla de 3 metros
Mesa Ortostática com inclinação elétrica
Espelho com rodízio
Muleta canadense adulto regulável
Muleta axilar adulto regulável
Andador adulto e infantil com rodízios

Andador adulto e infantil fixo
Bengala de madeira
Bengala de inox/alumínio
Bengala de 4 pontos
Negatoscópio
Fita métrica comum
Examinador de reflexo e sensibilidade
Goniômetro comum
Cadeira de relaxamento
<i>Stand in table</i> infantil
<i>Stand in table</i> adulto
Cadeira de rodas adulto e infantil
Cadeira Higiênica
Órteses para relaxamento e posicionamento
Esfignomanômetro adulto e infantil
Estetoscópio duplo adulto e infantil
Carro para curativo
Carro para medicação
Lixeiras de inox com pedal
Maca para remoção de paciente
Equipamento para Cistometria

ANEXO II

QUANTITATIVOS MÁXIMOS DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

UF	População	Serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação	Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário
RO	1.296.856	01	01
AC	527.937	01	01
AM	2.580.860	02	02
RR	266.922	01	01
PA	5.886.454	02	04
AP	439.781	01	01
TO	1.134.895	01	01
NORTE	12.133.705	09	11
MA	5.222.183	02	04
PI	2.673.085	01	02
CE	6.800.290	03	05
RN	2.558.660	01	02
PB	3.305.616	02	02
PE	7.399.071	03	05
AL	2.633.251	01	02
SE	1.624.020	01	01
BA	12.541.675	06	08
NORDESTE	46.289.042	20	31
MG	17.295.955	08	11
ES	2.938.062	01	02
RJ	13.807.358	06	09
SP	35.816.740	17	23
SUDESTE	69.858.115	32	45
PR	9.375.592	04	06
SC	5.098.448	02	03
RS	9.971.910	04	07
SUL	24.445.950	10	16
MT	2.375.549	01	02
MS	2.026.600	01	02
GO	4.848.725	02	03
DF	1.969.868	01	02
CENTRO-OESTE	11.220.742	05	09
TOTAL/BRASIL	163.947.554	76	112

ANEXO III

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Serviços de Reabilitação Física
---	---	--

Identificação do Serviço

a) Nome completo do Hospital ou Serviço _____

b) Classificação do Serviço
 Hospital Geral ou Especializado Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação
 Serviço de Nível Intermediário em Reabilitação Física ou Serviço de Nível Básico em Reabilitação Motora

c) CNPJ _____

d) Endereço _____

e) CEP _____ f) Município _____

g) UF _____ h) Telefone _____ i) Fax _____

j) Endereço Eletrônico - Email _____

k) Natureza
 Próprio (10) Filantrópico (isento de Trib. e contrib. Sociais(61))
 Contratado(20) Filantrópico (isento de IR e Contrib. s/lucro Líquido(63))
 Contratado Optante Simples Universitário e Ensino(70)
 Federal (30) Sindicato(80)
 Federal Verba Própria(31) Universitário Pesquisas(90)
 Estadual(40) Universitário Pesq.isento de Trib. e Contrib. Sociais(91)
 Municipal(50) Universitário Pesq.(isento de IR e Contribuições Sociais s/lucro Líquido)
 Filantrópico(60)

l) Nome do Responsável Técnico do Serviço / Hospital _____

m) CPF Responsável Técnico _____ n) CRM / Inscrição do Responsável Técnico no Conselho Regional de sua Profissão _____

Atendimentos Realizados

a) Período a que se refere o Relatório: de _____ a _____

b) Total de pacientes internados em Leitos de Reabilitação: _____

c) Total de Pacientes atendidos em regime ambulatorial por turno de atendimento:
 N.º de Pacientes 01(um) Turno _____ N.º de Pacientes 02(dois) Turnos _____

d) Número de pacientes atendidos de acordo com a faixa etária

Faixa Etária	Internados	Ambulatório	Faixa Etária	Internados	Ambulatório	Faixa Etária	Internados	Ambulatório
de 00 a 01 anos	_____	_____	de 10 a 20 anos	_____	_____	de 40 a 50 anos	_____	_____
de 01 a 05 anos	_____	_____	de 20 a 30 anos	_____	_____	de 50 a 60 anos	_____	_____
de 05 a 10 anos	_____	_____	de 30 a 40 anos	_____	_____	mais de 60 anos	_____	_____

e) Número de pacientes atendidos de acordo com o sexo: M _____ F _____

f) Número de pacientes atendidos com a procedência/residência do paciente:

Residente no próprio município _____ Residente em outro estado _____

Residente em outro município do estado _____



g) Número de pacientes atendidos de acordo com grau de instrução:

Sem Instrução					
Educação Infantil					
Ensino Fundamental Completo					
Ensino Fundamental Incompleto					

Ensino Médio Completo					
Ensino Médio Incompleto					
Técnico/Superior completo					
Técnico/Superior incompleto					

h) Número de pacientes atendidos de acordo com a causa de doença ou causas externas:

Doença Congênita / Neonatal					
Doença Infecciosa					
Doença Crônica Degenerativa					
Ferimento por Arma de Fogo					
Ferimento por Arma Branca					
Acidente de Trânsito					

Acidente de Trabalho					
Acidente Doméstico					
Lesões Autoprovocadas Voluntariamente *					
Afogamentos/Submersão Acidental **					
Outras Causas Externas ***					

* Tentativa de Suicídio
** Inclusive lesões provocadas por mergulho
*** Choques Elétricos, Radiação, Quedas, Queimaduras (ocasionadas por agentes naturais, físicos e químicos).

i) Número de pacientes admitidos no hospital ou serviço, de acordo com o encaminhamento

Enc. Serviço Urgência/Emergência					
Encaminhado por Hospital					
Enc. Hospital com Leito Reabilitação					
Enc. por Outros Serviços de Reabilitação					

Enc. Ambulatório Especializado					
Enc. Ambulatório Atenção básica ou FSF					
Demanda Espontânea					
Outros					

j) Número de pacientes em relação ao tempo da Doença/Causa Externa que determinou a incapacidade/deficiência

Até 01 mês					
De 01 a 03 meses					
De 03 a 06 meses					

De 06 a 01 ano					
De 01 ano a 02 anos					
Acima de 02 anos					

k) Fornecimento de órtese, Prótese ou Meio Auxiliar de Locomoção, em caso afirmativo, informar o número de pacientes que receberam ajuda técnica de acordo com o tipo:

Sim

Não

Tipo de Ajuda Técnica	N.º Pacientes				
Órtese					
Prótese					
Meios Auxiliares de Locomoção					

l) Número de pacientes em relação ao tempo de Serviço

Até 30 dias					
De 30 a 60 dias					
De 60 a 90 dias					
De 90 a 120 dias					

De 120 a 150 dias					
de 150 a 180 dias					
Acima de 180 dias					

m) Número de pacientes em relação às atividades que desempenhavam antes da doença/agravo por causa externa, por ocasião da alta:

Retorno para a Escola					
Retorno para o Trabalho - Mesma Atividade					
Retorno para o Trabalho-Atividade Adaptada					
Sem condições de Atividades Laborais					
Atividades Domiciliares					
Não Corresponde-Não Estuda/Não Trabalha					
Sem condições de Informar					

n) Número de pacientes de acordo com o tipo de alta

Tipo de alta					
Sem condições de alta					
Independente					
Alta por abandono de tratamento					
Dependente					
Independente com ajuda técnica					
Encaminhado para outro serviço					
Óbito					

ANEXO IV

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E ALTA DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O Relatório de Avaliação, Acompanhamento e Alta dos Hospitais e Serviços que compõem as Redes de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física tem por objetivo a formação de um banco de dados que permita uma análise qualitativa e quantitativa da assistência prestada no País a pacientes que necessitam de reabilitação e o uso de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

Este banco de dados estará disponível e acessível a qualquer profissional de saúde, hospital ou sociedade profissional envolvida com o assunto, preservados os aspectos éticos. A análise dos dados obtidos permitirá, aos órgãos gestores do SUS, um melhor planejamento das ações de prevenção e assistência e a orientação de investimentos na área, além de subsidiar a realização de estudos científicos e assistenciais.

Como as informações contidas neste Relatório serão arquivadas de modo informatizado, é imprescindível que o formulário seja encaminhado em disquete e papel, este último assinado e carimbado pelo Responsável Técnico.

Os dados a serem preenchidos no Relatório foram agrupados em 04 itens a saber:

- a) Identificação do Serviço;
- b) Atendimentos Realizados;
- c) Tipos de Deficiência Atendida;
- d) Critérios de Alta e de Encaminhamento.

O preenchimento correto do formulário deverá refletir as informações contidas nos prontuários dos pacientes atendidos. As informações são de caráter geral, devendo quantificar de maneira global os atendimentos realizados no ano. O primeiro Relatório deve ser preenchido com as informações relativas aos atendimentos realizados no período compreendido entre a data do cadastramento do Hospital ou Serviço e o dia 31 de dezembro de 2001. Os Relatórios subsequentes envolverão os atendimentos realizados no período de 1.º de janeiro a 31 de dezembro de cada ano.

I – Identificação do Serviço

- a) Nome do Hospital ou Serviço: nome completo da razão social do Hospital ou Serviço, sem abreviaturas.
- b) Classificação: assinalar (com um x) o campo correspondente à classificação do Hospital (Geral ou Especializado) ou Serviço (Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação, Serviço de Reabilitação Física – Nível Intermediário ou Serviço de Reabilitação Física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal).
- c) CNPJ (antigo CGC): preencher após certificar-se do número correto.
- d) Endereço: preencher o endereço completo com o nome da rua e seus complementos.

- e) CEP: código do endereçamento postal, com preenchimento de todos os dígitos.
- f) Município: nome da cidade onde se localiza o Hospital ou Serviço.
- g) Estado: Unidade da Federação onde se localiza o Hospital ou Serviço.
- h) Telefone: número do telefone do Hospital ou Serviço. Os 02 (dois) campos iniciais são destinados ao DDD e os demais ao número do telefone propriamente.
- i) Fax: seguir o mesmo procedimento do item anterior.
- j) *E-mail*: preencher o endereço eletrônico do Hospital ou Serviço.
- k) Natureza: assinalar (com um x) o campo correspondente à alternativa que melhor caracterize a natureza do Hospital ou Serviço, de acordo com o seu cadastro no Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS e no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS.
- l) Nome do Responsável Técnico: nome completo, sem abreviaturas, do Responsável Técnico do Hospital ou Serviço.
- m) CPF: número de inscrição do Responsável Técnico no Cadastro de Pessoas Físicas.
- n) CRM: número de inscrição do Responsável Técnico no Conselho Regional de sua profissão, identificando desta e da unidade da federação.

II – Atendimentos Realizados

- a) Período: informar o dia, mês e ano do período a que se refere o Relatório.
- b) Pacientes internados em Hospital Geral ou Especializado: informar o número total de pacientes internados em Leitos de Reabilitação, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda. Caso não possua leito de Reabilitação preencher o campo com (0).
- c) Pacientes atendidos em Serviço de Reabilitação: informar o número total de pacientes atendidos em regime ambulatorial, por turno de atendimento, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda. Caso só possua atendimento em 01 (um) turno ou em 02 (dois) turnos, preencher com (0) o campo que não corresponder.
- d) Faixa etária: informar o número de pacientes atendidos de acordo com a faixa etária e regime de atendimento, no campo subsequente, da direita para a esquerda, preenchendo com (0) os quadros não preenchidos à esquerda. Preencher com (0) o/os campo(s) que não corresponderem.
- e) Sexo: informar o número de pacientes atendidos de acordo com o sexo, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.
- f) Procedência/residência do paciente: informar o número de pacientes atendidos de acordo com a procedência/residência do paciente, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.
- g) Grau de instrução do paciente: informar o número de pacientes atendidos de acordo com o grau de instrução, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.

- h) **Causa da Deficiência:** informar o número de pacientes atendidos de acordo com a causa da doença ou causa externa que determinou a incapacidade/deficiência, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.
- i) **Motivo da Admissão:** informar o número de pacientes admitidos no Hospital ou Serviço de acordo com o encaminhamento recebido, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.
- j) **Tempo da Doença/Causa Externa:** informar o número de pacientes em relação ao tempo da Doença/Causa Externa que determinou a incapacidade/deficiência, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.
- k) **Fornecimento de Órteses, Próteses ou Meios Auxiliares de Locomoção:** informar o número de pacientes que receberam Órtese, Prótese ou Meio Auxiliar de Locomoção, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.
- l) **Tempo de Tratamento:** informar o número de pacientes em relação ao tempo de tratamento, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda. Considerar o tempo de tratamento multidisciplinar em Hospital Geral/Especializado ou Serviço de Reabilitação decorrido entre a admissão no Hospital ou Serviço e a alta. Não incluir o tempo de tratamento antes da admissão no Hospital ou Serviço, assim como a manutenção do acompanhamento médico após a alta.
- m) **Condição Social da Alta:** informar o número de pacientes com relação às atividades que desempenhava antes da doença/agravo por causa externa, por ocasião da alta, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.
- n) **Tipo de Alta:** informar o número de pacientes de acordo com o tipo de alta, no campo subsequente, da direita para a esquerda, completando com (0) os quadros não preenchidos à esquerda.

ANEXO V

ROTEIRO DO MANUAL OPERATIVO PARA DISPENSAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

O presente roteiro visa a normalizar e uniformizar a dispensação e concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção para atendimento das pessoas portadoras de deficiência dentro da rede do SUS, que necessitem deste tipo de assistência.

1. OBJETIVOS DO MANUAL

- Uniformizar os procedimentos de concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.
- Orientar e subsidiar o treinamento de servidores.
- Definir responsabilidades e tarefas.
- Orientar a descentralização do atendimento nos municípios.
- Definir as competências das unidades administrativas na dispensação/concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- Decreto n.º 3.298/99.
- Portaria SAS/MS n.º 116, de 09 de setembro de 1993.
- Portaria SAS/MS n.º 146/93, de 14 de outubro de 1993.
- Portaria SAS/MS n.º 388, de 28 de julho de 1999.
- Portaria GM/MS n.º 1.230, de 14 de outubro de 1999.
- Portaria SAS/MS n.º 185, de 5 de junho de 2001.

3. DEFINIÇÃO DA CLIENTELA

Caracterização dos usuários que necessitem das Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção indispensáveis ao processo de reabilitação.

4. CONCEITOS

Conceituar Órteses, Próteses, Meios Auxiliares de Locomoção, os vários serviços de reabilitação por nível de complexidade, os procedimentos técnicos e administrativos de prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento, dispensação e concessão de ajuda técnica necessários ao processo de reabilitação, entre outros.

5. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DE CADA UNIDADE OU SERVIÇO E SUA LOCALIZAÇÃO.

6. CARACTERIZAÇÃO, QUALIFICAÇÃO E COMPETÊNCIAS DOS FORNECEDORES DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO.

7. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE.

8. UNIDADES CADASTRADAS QUE POSSUAM AS ESPECIALIDADES MÉDICAS ESPECÍFICAS PARA CADA TIPO DE ÓRTESES E PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO.

9. CRIAÇÃO DE COMISSÃO TÉCNICA NAS UNIDADES CADASTRADAS PARA AVALIAÇÃO, AUTORIZAÇÃO, FORNECIMENTO, TREINAMENTO E CONTROLE DAS ORTESES E PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO.

10. FINANCIAMENTO

11. PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA

12. FLUXOGRAMAS

13. CONCESSÃO E PRAZO

14. NORMAS GERAIS

a) Só poderão participar da concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção as oficinas ortopédicas com registro no Serviço de Vigilância Sanitária do município, do estado ou do Distrito Federal em que estejam sediadas e localizadas na região de abrangência do Serviço de Reabilitação, exigindo-se os seguintes documentos comprobatórios da situação da empresa:

- Registro no Ministério da Fazenda com definição clara da finalidade da empresa como “Comércio e Fabricação” ou de “Montagem de Aparelhos Ortopédicos”.
- Alvará de Funcionamento emitido pela Prefeitura do município em que esteja expresso a finalidade de Comércio, Fabricação ou Montagem de Aparelhos Ortopédicos, no caso de aparelhos construídos a partir de componentes modulares, os quais requeiram apenas montagem e alinhamento dos seus componentes.
- Certidões negativas de débito de tributos Federais, Estaduais e Municipais, renováveis semestralmente.

b) As órteses e próteses deverão ser provadas pelos usuários com a presença do médico que a(s) prescreveu. A finalização do trabalho pelo técnico responsável por sua confecção só se dará após a aprovação pelo médico e pelo usuário.

c) As próteses deverão ser entregues aos usuários inacabadas. Depois de concluído o período de adaptação e treinamento, o médico assistente comunicará, por escrito, à empresa fornecedora a necessidade de completá-la com o respectivo revestimento cosmético.

d) Os contatos entre o médico ou qualquer membro da equipe de reabilitação com a empresa fornecedora deverão ser registrados no Prontuário do Paciente.

e) Estão dispensados dos procedimentos objeto das alíneas a, b, e c, os equipamentos industrializados, tais como:

- Cadeira de rodas para banho com assento sanitário.
- Carrinho Dobrável para transporte de pessoas portadoras de deficiência c/assento-encosto intercambiável em 3 posições; Órtese (Colar) de sustentação cervical.

PORTARIA MS/SAS N.º 185, DE 5 DE JUNHO DE 2001

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

considerando que a pessoa portadora de deficiência deve receber tratamento especializado, visando à promoção da saúde, à limitação da incapacidade e à garantia da qualidade de vida;

considerando que a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência deve ter caráter multiprofissional e multidisciplinar e ser realizada por profissionais especializados na área de reabilitação;

considerando a necessidade do aprimoramento da assistência à pessoa portadora de deficiência, buscando a sua reabilitação clínico- funcional e contribuindo, decisivamente, para a melhoria de suas condições de vida, a sua integração social, a ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária;

considerando a necessidade de identificar os pacientes que necessitam de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, bem como acompanhar a evolução dos custos desses procedimentos, e

considerando a Portaria GM/MS n.º 818, de 5 de junho de 2001, que cria mecanismos para a organização e implantação de Redes de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, resolve:

Art. 1.º Alterar a descrição dos serviços de códigos 18 e 05 constantes da Tabela de Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS:

TABELA DE SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
18	Serviço de Reabilitação
05	Dispensação de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção

Art. 2.º Excluir a classificação de código 080 Habilitação/Reabilitação Motora, do Serviço de Reabilitação (código 18), constante da Tabela de Serviço do SIA-SUS.

Art. 3.º Incluir na Tabela de Classificação de Serviços do SIA-SUS, os códigos abaixo relacionados:

CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO 18 – REABILITAÇÃO	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO
115	Unidade com serviço próprio de reabilitação de referência em medicina física e reabilitação
116	Unidade com serviço próprio de reabilitação física – nível intermediário

Art. 4.º Alterar, na forma abaixo definida, a redação do procedimento de código 19.141.01-7, constante da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS:

19.141.01-7	ATENDIMENTO A PACIENTE QUE DEMANDEM CUIDADOS INTENSIVOS DE REABILITAÇÃO VISUAL E/OU AUDITIVA E/OU MENTAL E/OU AUTISMO
-------------	---

Parágrafo único. O procedimento de que trata este artigo será cobrado no SIA-SUS, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA/Formulário ou BPA/Magnético.

Art. 5.º Alterar, na forma abaixo discriminada, a redação e o valor do procedimento de código 19.141.02-5 constante da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS:

19.141.02-5	ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE A PACIENTES QUE DEMANDEM CUIDADOS INTENSIVOS DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO – 02 (DOIS) TURNOS Paciente/dia – (máximo 20 atendimentos/mês)	
Consiste no atendimento por equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada em reabilitação física (motora e sensório motora), em regime de 02 (dois) turnos, com fornecimento de 01 (uma) refeição diária, inclusive para o acompanhante. Compreende um conjunto de atendimentos individuais e/ou em grupos realizados por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e nutricionista. Inclui, quando necessário, a prescrição, avaliação, adequação, treinamento e acompanhamento da dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção e orientação familiar.		
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08	
Serviço/Classificação	18/115	
Atividade Profissional	00	

Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
Valor do Procedimento	R\$26,89

Art. 6.º Incluir, na Tabela de Procedimentos do SIA-SUS, os procedimentos abaixo relacionados:

19.141.03-3	ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE A PACIENTES QUE DEMANDEM CUIDADOS INTENSIVOS DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO – 01 (UM) TURNO – Paciente/dia (máximo – 20 atendimentos/mês)	
Consiste no atendimento por equipe multiprofissional e multidisciplinar especializada em reabilitação física (motora e sensório motora), em regime de 01 (um) turno. Compreende um conjunto de atendimentos individuais e/ou em grupo realizados por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e nutricionista. Inclui, quando necessário, a prescrição, avaliação, adequação, treinamento e acompanhamento de dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção e orientação familiar.		
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08	
Serviço/Classificação	18/115	
Atividade Profissional	00	
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19	
Tipo de atendimento	00	
Grupo de atendimento	00	
Faixa Etária	00	
Valor do Procedimento	R\$ 17,30	

19.141.04-1	ATENDIMENTO DE MÉDIA COMPLEXIDADE A PACIENTES QUE DEMANDEM CUIDADOS DE REABILITAÇÃO FÍSICA - 01 (UM) TURNO Paciente/dia - (máximo -15 atendimentos/mês)	
Consiste no atendimento por equipe multiprofissional especializada em reabilitação física (motora e sensório motora), em regime de 01 (um) turno. Compreende um conjunto de atendimentos individuais e/ou em grupo realizados por médico, fisioterapeuta, assistente social e/ou psicólogo e fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional. Inclui, quando necessário, a prescrição, avaliação, adequação, treinamento e acompanhamento da dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção e orientação familiar.		
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08	
Serviço/Classificação	18/115, 18/116	
Atividade Profissional	00	
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19	
Tipo de atendimento	00	
Grupo de atendimento	00	
Faixa Etária	00	
Valor do Procedimento	R\$ 14,00	

Art. 7.º Incluir, no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos definidos nos artigos 5.º e 6.º, bem como, os procedimentos de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção descritos no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo único. Os procedimentos de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção somente poderão ser dispensados pelas unidades cadastradas no SIA-SUS, de acordo com o Anexo I desta Portaria.

Art. 8.º Determinar a regulamentação dos formulários/instrumentos utilizados no Sistema APAC/SIA:

- Laudo para Emissão de APAC Reabilitação Motora/Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção (Anexo II). Este documento justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento;
- APAC-I/Formulário (Anexo III). Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento;
- Controle de Frequência Individual (Anexo IV). Documento destinado a comprovar, por meio da assinatura do paciente ou seu responsável, a realização do procedimento. Será preenchido em uma via e encaminhado pela unidade, no final de cada mês, ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica;
- APAC-II/Meio Magnético. Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1.º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer *lay out* próprio do laudo médico e definir outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações estabelecidas no *lay out* constante desta Portaria.

§ 2.º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário são de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, em conformidade com o disposto na Portaria SAS/MS n.º 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 3.º Somente os profissionais médicos não vinculados à rede SUS como prestadores de serviços poderão ser autorizadores.

Art. 9.º Utilizar o Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identificação do Contribuinte – CPF/CIC, para identificar os pacientes nos documentos/instrumentos: APAC-I/Formulário, APAC-II/Meio Magnético, Laudo Médico para Emissão de APAC e Controle de Frequência Individual.

Art. 10. Determinar que, para o recadastramento e cadastramento de novas unidades, os gestores estaduais e municipais deverão observar as disposições da Portaria GM/MS n.º 818, de 5 de junho de 2001, que trata da criação de mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física e estabelece as normas de cadastramento dos serviços que prestam essa modalidade de atendimento.

Art. 11. Estabelecer que, para a dispensação ambulatorial de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, as unidades deverão seguir as normas constantes da Portaria SAS/MS n.º 388, de 28 de julho de 1999, publicada no DO n.º 145, de 30 de julho de 1999.

Art. 12. Determinar que somente as unidades cadastradas no SIA-SUS como Tipo de Unidade de códigos: 03 - Policlínicas, 05 - Ambulatório de Hospital Geral, 07 - Ambulatório de Hospital Especializado, e que possuam os serviços de dispensação de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção (código 05/020) e serviço de reabilitação (códigos 18/115, 18/116) poderão dispensar as Órteses, Próteses e os Meios Auxiliares de Locomoção, conforme estabelecido no Anexo I desta Portaria.

Art. 13. Estabelecer que APAC-I/Formulário será emitida para os procedimentos de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção relacionados no Anexo I, assim como, para os procedimentos de códigos 19.141.02-5 – Atendimento de alta complexidade a pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação – 02 (dois) turnos – paciente/dia (máximo 20 atendimentos/mês), 19.141.03-3 – Atendimento de alta complexidade a pacientes que demandem cuidados intensivos de medicina física e reabilitação – 01 (um) turno – paciente/dia (máximo 20 atendimentos/mês) e 19.141.04-1 – Atendimento de média complexidade a pacientes que demandem cuidados de reabilitação física – 01 (um) turno paciente/dia (máximo 15 atendimentos/mês) e terá validade de até 03 (três) competências.

Parágrafo único. Na APAC-I/Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento citado neste artigo.

Art. 14. Definir que poderão ser emitidas até 04 (quatro) APAC-I/Formulário, distintas, para autorizar procedimentos de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção, para o mesmo paciente, na mesma competência, desde que estejam justificadas as patologias e a gravidade da incapacidade.

Art. 15. Estabelecer que é permitida a emissão de um mesmo laudo médico para justificar a solicitação de mais de um procedimento de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção para a autorização de mais de uma APAC-I/Formulário para o mesmo paciente, na mesma competência, desde que sejam justificadas as patologias e a gravidade da incapacidade.

Art. 16. Definir que a cobrança dos procedimentos autorizados na APAC-I/Formulário será efetuada somente por meio de APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1.º APAC-II/Meio Magnético Inicial - abrange o período que compreende a data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês.

§ 2.º APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – abrange o período que compreende os 2.º e 3.º meses subsequentes à APAC-II/Meio Magnético inicial.

§ 3.º APAC-II/Meio Magnético Única – abrange o período compreendido entre a data de início e fim de validade da APAC-I/Formulário, e a cobrança dos procedimentos é efetuada nesse período somente no mês da realização dos procedimentos.

§ 4.º A cobrança dos procedimentos de códigos: 19.141.02-5, 19.141.03-3 e 19.141.04-1 (procedimento principal) será efetuada mensalmente na APAC-II/Meio Magnético Inicial e de continuidade.

Art. 17. Definir que a cobrança dos procedimentos de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção, relacionados no anexo I, (procedimento principal) será efetuada somente na APAC-II/Meio Magnético Única.

§ 1.º As APAC-I/Formulário emitidas a partir da competência fevereiro de 2002 para os procedimentos de Órtese, Prótese e/ou Meios Auxiliares de Locomoção, serão encerradas automaticamente pelo SIA-SUS, disponibilizado para as Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde pelo DATASUS, na competência abril de 2002.

§ 2.º A partir da competência maio de 2002, os gestores estaduais/municipais deverão providenciar a emissão de novas APAC-I/Formulário para os procedimentos de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção.

Art. 18. Definir que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA-SUS:

2.1 Recebimento de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção;

2.2 Equipamento não dispensado dentro do período de validade da APAC;

2.3 Equipamento não dispensado (inadequação do equipamento);

6.3 Alta por abandono do tratamento;

6.8 Alta por outras intercorrências;

6.9 Alta por conclusão do tratamento;

7.1 Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento;

7.2 Permanece na mesma UPS, com mudança de procedimento;

8.1 Transferência para outra UPS;

8.2 Transferência para internação por intercorrência;

9.1 Óbito relacionado à doença;

9.2 Óbito não relacionado à doença.

Art. 19. Determinar que o valor dos procedimentos de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção inclui todos os materiais necessários à sua confecção até a entrega dos mesmos.

Art. 20. Determinar que os procedimentos de códigos 19.141.01-7, 19.141.02-5, 19.141.03-3 e 19.141.04-1 sejam financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégica e Compensação – FAEC.

Art. 21. Utilizar para o registro das informações dos procedimentos, as Tabelas do Sistema APAC-SIA abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo V);
- Tabela de Nacionalidade (Anexo VI).

Art. 22. Definir que o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, disponibilizará no BBS/DATASUS/MS área 38 - SIA, o programa da APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 23. Estabelecer que as unidades fornecedoras de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção deverão manter arquivados a APAC-I/Formulário autorizada, o Relatório Demonstrativo de APAC-II/ Meio Magnético correspondente e o resultado dos exames, para fins de consulta da auditoria.

Art. 24. Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 25. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

(*) Republicada por ter saído com incorreções, do original, no DO n.º 110-E, de 7 de junho de 2001, Seção 1, página 42.

Resumo

Altera a descrição de serviços e procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, para adequá-los à criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiências Físicas, que trata a Portaria n.º 818/2001.

ANEXO I

AS ÓRTESES, PRÓTESES E OS MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO ABAIXO RELACIONADOS, SOMENTE PODERÃO SER DISPENSADOS EM UNIDADES AMBULATORIAIS CADASTRADAS NO SIA-SUS: POLICLÍNICAS, AMBULATÓRIOS DE HOSPITAL GERAL, AMBULATÓRIOS DE HOSPITAL ESPECIALIZADO, QUE POSSUAM O SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESE E/OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (CÓDIGO 05/020) E SERVIÇO DE REABILITAÇÃO (CÓDIGOS 18/115, 18/116)	
CÓDIGO	PROCEDIMENTO
21.031.08-8	Coletor urinário de perna (máximo 30/mês)
21.051.01-1	Cadeira de rodas adulto ou infantil (máximo 01)
21.051.02-0	Cadeira de rodas p/banho com assento sanitário (máximo 01)
21.051.04-6	Carrinho dobrável p/transporte de deficientes c/ assento-encosto intercambiável em 3 posições (máximo 01)
21.052.01-8	Calçados anatômicos c/ palmilhas p/ pé neuropáticos (máximo 02)
21.052.02-6	Calçados ortopédicos confeccionados sob medida até n.º 33 (máximo 02)
21.052.03-4	Calçados ortopédicos pré-fabricados c/ palmilhas até n.º 33 (máximo 02)
21.052.04-2	Calçados sob medida p/compensação de encurtamento à partir do n.º 34 (máximo 02)
21.052.05-0	Calçados sob medida p/compensação de encurtamento até o n.º 33 (máximo 02)
21.053.01-4	Muleta axilar de alumínio, regulável em altura (máximo 02)
21.053.02-2	Muleta axilar de madeira, regulável em altura (máximo 02)
21.053.03-0	Muleta canadense, regulável em altura (máximo 02)
21.053.04-9	Andador fixo ou articulado em alumínio regulável na altura, com quatro ponteiros resistentes (máximo 01)
21.054.02-9	Órtese imobilizador cervical c/ apoio torácico – colar (máximo 01)
21.054.03-7	Órtese corretivo tipo <i>milwaukee</i> – colete (máximo 01)
21.054.04-5	Órtese corretivo tóraco-lombar em polipropileno – colete (máximo 01)
21.054.05-3	Órtese de hiperextensão tóraco-lombar – colete (máximo 01)
21.054.06-1	Órtese de sustentação lombo-sacra em tecido – colete (máximo 01)
21.054.07-0	Órtese de sustentação tóraco-lombar sacra em tecido – colete (máximo 01)
21.054.08-8	Órtese de sustentação lombar c/ parte posterior rígida – colete (máximo 01)
21.054.09-6	Órtese de sustentação tóraco-lombar c/ parte posterior rígida – colete (máximo 01)
21.054.10-0	Órtese imobilizadora lombo-sacra em polipropileno – colete (máximo 01)
21.054.11-8	Órtese imobilizadora tóraco-lombar sacra em polipropileno – colete (máximo 01)
21.054.12-6	Órtese de pavlix – suspensório (máximo 01)
21.054.13-4	Órtese cruromaleolar p/ limitação dos movimentos do joelho (máximo 01)
21.054.14-2	Órtese cruromaleolar em polipropileno p/ imobilização de joelho em extensão articulada (máximo 01)
21.054.15-0	Órtese cruropodálica adulto, metálica s/ calçado (máximo 01)
21.054.16-9	Órtese cruropodálica infantil, metálica s/ calçado (máximo 01)
21.054.17-7	Órtese dinâmica de compressão torácica (máximo 01)
21.054.18-5	Órtese dinâmica pélvico-crural tipo atlanta (máximo 01)
21.054.19-3	Órtese dinâmica suropodálica tipo mola de codeville (máximo 01)
21.054.20-7	Órtese genupodálica em propileno tipo sarmiento (máximo 01)
21.054.21-5	Órtese imobilizadora axilo-palmar (máximo 01)
21.054.22-3	Órtese mobilizadora tipo sarmiento para úmero (máximo 01)

21.054.23-1	Órtese pélvico-podálica adulto, metálica s/ calçado (máximo 01)
21.054.24-0	Órtese pélvico-podálica de descarga isquiática (máximo 01)
21.054.25-8	Órtese pélvico-podálica infantil, metálica s/ calçado (máximo 01)
21.054.26-6	Órtese rígida p/ luxação congênita do quadril (máximo 01)
21.054.27-4	Órtese suropodálica adulto articulada em polipropileno, unilateral (máximo 01).
21.054.28-2	Órtese suropodálica adulto metálica s/ calçado (máximo 01)
21.054.29-0	Órtese suropodálica adulto s/ articulação em polipropileno (máximo 01)
21.054.30-4	Órtese suropodálica infantil articulada em polipropileno (máximo 01)
21.054.31-2	Órtese cruropodálica infantil c/ distrator p/ genuvalgo/varo (máximo 01)
21.054.32-0	Órtese suropodálica infantil metálica s/ calçado (máximo 01)
21.054.33-9	Órtese suropodálica infantil s/ articulação em polipropileno (máximo 01)
21.055.01-7	Palmilhas p/ pés com deformidades, confeccionadas sob medida de gesso (máximo 02)
21.055.02-5	Palmilhas p/ pés neuropáticos sob medida de gesso p/ adultos ou crianças (máximo 02)
21.055.03-3	Palmilhas p/ sustentação dos arcos plantares acima do n.º 34 (máximo 02)
21.055.04-1	Palmilhas p/ sustentação dos arcos plantares até o n.º 33 (máximo 02)
21.056.01-3	Prótese exoesquelética não funcional para desarticulação do punho ou transradial (máximo 01)
21.057.09-5	Órtese (colar) de sustentação cervical c/ apoio occipito-mentoniano em espuma rígida (máximo 01)
21.061.01-7	Prótese mamária (máximo 02)

AS ÓRTESES, PRÓTESES E OS MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO, ABAIXO RELACIONADAS, SOMENTE PODERÃO SER DISPENSADAS NAS UNIDADES AMBULATORIAIS CADASTRADAS NO SIA-SUS QUE POSSUAM O SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO DE ÓRTESE, PRÓTESE E/OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (CÓDIGO 05/020) E SERVIÇO DE REABILITAÇÃO (CÓDIGO 18/115)

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
21.051.03-8	Cadeira de rodas para tetraplégico (máximo 01)
21.056.02-1	Prótese endoesquelética para amputação transfemural (máximo 02)
21.056.03-0	Prótese exoesquelética para amputação transtibial tipo ptb-pts-kbm (máximo 02)
21.056.04-8	Prótese endoesquelética para desarticulação de joelho (máximo 02)
21.056.05-6	Prótese endoesquelética para desarticulação do quadril (máximo 02)
21.056.06-4	Prótese exoesquelética para amputação tipo chopart-pirogoff-syme (máximo 02)
21.056.07-2	Prótese exoesquelética para amputação transfemural (máximo 02)
21.056.08-0	Prótese exoesquelética para desarticulação do joelho (máximo 02)
21.056.09-9	Prótese exoesquelética para amputação transtibial com manguito de coxa (máximo 02)
21.056.10-2	Prótese exoesquelética para desarticulação do quadril (máximo 02)
21.056.11-0	Prótese funcional exoesquelética p/ desarticulação de cotovelo – punho de troca rápida (máximo 02)
21.056.12-9	Prótese funcional exoesquelética p/ desarticulação de cotovelo – punho de rosca (máximo 02)
21.056.13-7	Prótese funcional exoesquelética transradial para punho de rosca, p/ mão mecânica (máximo 02)
21.056.14-5	Prótese funcional exoesquelética transradial, com articulação/multiplicador, punho de rosca com mão mecânica (máximo 02)
21.056.15-3	Prótese funcional exoesquelética transradial, com articulação/multiplicador, punho de troca rápida e com gancho de dupla força (máximo 02)
21.056.16-1	Prótese funcional exoesquelética transradial, para punho de troca rápida com gancho de dupla força (máximo 02)
21.056.17-0	Prótese funcional para amputação transumeral tipo I (máximo 02)
21.056.18-8	Prótese funcional exoesquelética transumeral tipo II (máximo 02)
21.056.19-6	Prótese não funcional endoesquelética para desarticulação do ombro (máximo 02)
21.056.20-0	Prótese não funcional endoesquelética transumeral (máximo 02)
21.056.21-8	Prótese não funcional exoesquelética para amputação parcial da mão (máximo 02)
21.056.22-6	Prótese tipo palmilha para complementação do nível do ante pé (máximo 02)
21.056.23-4	Prótese endoesquelética para amputação transtibial tipo ptb-pts-kbm (máximo 02)
21.057.01-0	Substituição de espuma e meia em prótese endoesquelética transfemural (máximo 01)
21.057.02-8	Substituição de espuma e meia em prótese endoesquelética transtibial (máximo 01)
21.057.03-6	Substituição de espuma e meia em prótese endoesquelética transumeral (máximo 01)
21.057.04-4	Substituição de luva cosmética em mãos estéticas ou mecânicas (máximo 01)

21.057.05-2	Substituição simples de pé sach ou articulado, sem adaptador e sem ferragens (máximo 01)
21.057.06-0	Substituição do encaixe em resina acrílica com reforço de fibra de carbono, para prótese endoesquelética transfemural (máximo 01)
21.057.07-9	Substituição simples de pé de adaptação dinâmica ao solo, sem adaptador nem ferragem (máximo 01)
21.057.08-7	Substituição de encaixe laminado em resina acrílica, prótese endoesquelética transtibial mais soquete flexível (máximo 01)

ANEXO II

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC DE REABILITAÇÃO FÍSICA / ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO	N.º do Prontuário
Identificação da Unidade			
Nome		CNPJ	
Dados do Paciente			
Nome do Paciente			
CPF ou CNS		Nome da Mãe ou Responsável	
Endereço (Logradouro, n.º, complemento, bairro)			DDD
Município			N.º TELEFONE
UF	CEP	Data de nascimento	SEXO
Masc.	Fem.		
CONVÊNIO		Nome do Convênio	
Sim	Não		
Dados da Solicitação			
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
CPF do Médico	Nome do Médico		
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
DIAGNÓSTICO DA INCAPACIDADE		CID 10	
OBSERVAÇÕES:			
DATA		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

Anexo II_PT_Órteses&Próteses

ANEXO III

	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	APAC I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	NÚMERO DA APAC <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
NOME DO PACIENTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		CPF ou CNS <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
SOLICITAÇÃO			
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		CÓDIGO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
AUTORIZAÇÃO			
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)		CÓDIGO	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
ÓRGÃO AUTORIZADOR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		CÓDIGO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	CNPJ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	CÓDIGO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
PERÍODO DE VALIDADE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	CPF DO AUTORIZADOR <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	ASSINATURA E CARIMBO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

APAC-I.vsd

ANEXO IV

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	CONTROLE DE FREQUÊNCIA INDIVIDUAL DEFICIÊNCIA FÍSICA	N.º do Prontuário
Identificação da Unidade			
Nome		CNPJ	
Dados do Paciente			
Nome do Paciente			
CPF	Nome da Mãe ou Responsável		
Endereço (Logradouro, n.º, complemento, bairro)		DDD	N.º TELEFONE
Município	UF	CEP	Data Nascimento
			SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
DECLARAÇÃO			
DECLARO QUE NO MÊS DE _____, O PACIENTE IDENTIFICADO ACIMA, FOI SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS ABAIXO RELACIONADOS, CONFORME ASSINATURA (S) DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ABAIXO.			
_____ de _____ de 200__		Assinatura/Carimbo do Diretor da Unidade	
Local e data			
Código do Procedimento	Nome do Procedimento	Quantidade	
ÓRTESE, PRÓTESE E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO			
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
Código do Procedimento	Nome do Procedimento		
ATENÇÃO: ASSINAR APENAS UMA VEZ PARA PROCEDIMENTOS DE ÓRTESE, PRÓTESE E/OU MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO.			
	DATA	ASSINATURA	
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

ANEXO V

Tabela de Motivo de Cobrança

CÓD.	DESCRIÇÃO
2.1	Recebimento de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção
2.2	Equipamento não dispensado dentro do período de validade da APAC
2.3	Equipamento não dispensado (inadequação do equipamento)
3.1	Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI)
3.2	Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento)
3.3	Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI)
3.4	Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI)
3.5	Indicação para cirurgia com implante coclear
3.6	Audição normal
3.7	Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústicas)
4.1	Exame(s) realizado(s)
4.2	Paciente não compareceu para tratamento
5.1	Suspensão do(-s) medicamento(s) por indicação médica devido à conclusão do tratamento
5.2	Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento
5.3	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS
5.4	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito
5.5	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento
5.6	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida a mudança da medicação
5.7	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devido a intercorrências
5.8	Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação
6.0	Alta do treinamento de DPAC ou DPA
6.1	Alta por recuperação temporária da função renal
6.2	Alta para transplante
6.3	Alta por abandono do tratamento
6.4	Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto
6.5	Alta de procedimentos cirúrgicos
6.6	Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.7	Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.8	Alta por outras intercorrências
6.9	Alta por conclusão do tratamento
7.1	Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento
7.2	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento
7.3	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento

7.4	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento
7.5	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade
8.1	Transferência para outra UPS
8.2	Transferência para internação por intercorrência
9.1	Óbito relacionado à doença
9.2	Óbito não relacionado à doença
9.3	Óbito por toxicidade do tratamento

ANEXO VI

TABELA DE NACIONALIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14	VENEZUELANO
15	COLOMBIANO
16	PERUANO
17	EQUATORIANO
18	SURINAMÊS
19	GUIANENSE
20	NATURALIZADO BRASILEIRO
21	ARGENTINO
22	BOLIVIANO
23	CHILENO
24	PARAGUAIO
25	URUGUAIO
30	ALEMÃO
31	BELGA
32	BRITÂNICO
34	CANADENSE
35	ESPAÑHOL
36	NORTE-AMERICANO (EUA)
37	FRANCÊS
38	SUÍÇO
39	ITALIANO
41	JAPONÊS
42	CHINÊS
43	COREANO
45	PORTUGUÊS
48	OUTROS LATINO-AMERICANOS
49	OUTROS ASIÁTICOS
50	OUTROS

PORTARIA MS/GM N.º 822, DE 6 DE JUNHO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde no uso de suas atribuições legais,

considerando o disposto no inciso III do artigo 10 da Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que estabelece a obrigatoriedade de que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, procedam a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais;

considerando a necessidade de definir, claramente, a que exames para detecção de anormalidades no metabolismo do recém-nascido se refere o texto legal supramencionado, com o propósito de, ao nominá-los, permitir o desenvolvimento de uma política mais adequada de controle e avaliação sobre o processo e de garantir que os exames sejam efetivamente realizados;

considerando a Portaria GM/MS n.º 22, de 15 de janeiro de 1992, que trata do Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria;

considerando a necessidade de ampliar o acesso à Triagem Neonatal no País e buscar a cobertura de 100% dos recém-nascidos vivos, cumprindo assim os princípios de equidade, universalidade e integralidade que devem pautar as ações de saúde;

considerando a necessidade de definir e ampliar a gama de doenças congênitas a serem, prioritariamente, incluídas na Triagem Neonatal no País e que isso seja feito dentro de rigorosos critérios técnicos que levem em conta, entre outros aspectos, a sua frequência na população, possibilidade de tratamento e benefícios gerados à Saúde Pública;

considerando a diversidade das doenças existentes e a necessidade de definir critérios de eleição daquelas que devam ser inseridas num programa de triagem neonatal de características nacionais, como o fato de não apresentarem manifestações clínicas precoces, permitirem a detecção precoce por meio de testes seguros e confiáveis, serem amenizáveis mediante tratamento, serem passíveis de administração em programas com logística definida de acompanhamento dos casos – da detecção precoce, diagnóstico definitivo, acompanhamento clínico e tratamento e, por fim, terem uma relação custo-benefício economicamente viável e socialmente aceitável;

considerando a necessidade de complementar as medidas já adotadas pelo Ministério da Saúde no sentido de uniformizar o atendimento, incrementar o custeio e estimular, em parceria com os estados, Distrito Federal e municípios, a implantação de um Programa Nacional de Triagem Neonatal;

considerando a necessidade de prosseguir e incrementar as políticas de estímulo e aprimoramento da Triagem Neonatal no Brasil e de adotar medidas que possibilitem o avanço de sua organização e regulação e que isso tenha por base a implantação de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas;

considerando que estes Serviços devem ser implantados e se constituir em instrumentos ordenadores e orientadores da atenção à saúde e estabelecer ações que integrem todos os níveis desta assistência, definam mecanismos de regulação e criem os fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento, integral e integrado, ao recém-nascido, e

considerando a necessidade de ampliar as medidas e os esforços para que se criem os meios capazes de produzir a redução da morbimortalidade relacionadas às patologias congênitas no Brasil, resolve:

Art. 1.º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN.

§ 1.º O Programa ora instituído deve ser executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênicas detectadas inseridas no Programa em todos os nascidos-vivos, promovendo o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto destas ações de saúde;

§ 2.º O Programa Nacional de Triagem Neonatal se ocupará da triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênicas, de acordo com a respectiva Fase de Implantação do Programa:

- a) Fenilcetonúria;
- b) Hipotireoidismo Congênito;
- c) Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias;
- d) Fibrose Cística.

§ 3.º Em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais existentes nos estados e no Distrito Federal, da variação percentual de cobertura dos nascidos-vivos da atual triagem neonatal e da diversidade das características populacionais existentes no País, o Programa Nacional de Triagem Neonatal será implantado em fases, estabelecidas neste ato.

Art. 2.º Estabelecer as seguintes Fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal:

- Fase I – Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito

Compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados. Os estados e o Distrito Federal deverão garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo, para tanto, organizar uma Rede de Coleta de material para exame (envolvendo os municípios) e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo I de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênicas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados.

- Fase II – Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito + Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias

Compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamentos dos casos identificados. Os estados e o Distrito Federal deverão garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo, para tanto, utilizar a rede de coleta organizada/definida na Fase I e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo II de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênicas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados.

- Fase III – Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias + Fibrose Cística

Compreende a realização de triagem neonatal para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística com a detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados. Os estados e o Distrito Federal deverão garantir a execução de todas as etapas do processo, devendo, para tanto, utilizar a rede de coleta organizada na Fase I e organizar/cadastrar o(s) Serviço(s) Tipo III de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas que garantam a realização da triagem, a confirmação diagnóstica e ainda o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados.

Art. 3.º Estabelecer, na forma do Anexo I desta Portaria e em conformidade com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001, as competências e atribuições relativas à implantação/gestão do Programa Nacional de Triagem Neonatal de cada nível de gestão do Sistema Único de Saúde.

Art. 4.º Estabelecer, na forma do Anexo II desta Portaria, os critérios/exigências a serem cumpridos pelos estados e pelo Distrito Federal para habilitação nas Fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal definidas no artigo 2.º desta Portaria.

Art. 5.º Determinar às Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e dos municípios, de acordo com seu nível de responsabilidade no Programa, que organizem Redes Estaduais de Triagem Neonatal que serão integradas por:

- a) Postos de Coleta;
- b) Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, II ou III.

§ 1.º Compete aos municípios a organização/estruturação/cadastramento de tantos postos de coleta quantos forem necessários para a adequada cobertura e acesso de suas respectivas populações, sendo obrigatória a implantação de pelo menos 01 (um) Posto de Coleta por município (municípios em que ocorram partos), em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria;

§ 2.º Compete aos estados e ao Distrito Federal a organização das Redes Estaduais de Triagem Neonatal, designando um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal, articulando os Postos de Coleta Municipais com o(s) Serviço(s) de Referência, os fluxos de exames, a referência e contra-referência dos pacientes triados;

§ 3.º Compete, ainda, aos estados e ao Distrito Federal a organização/estruturação/cadastramento de Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas, de acordo com a Fase de implantação do Programa, respectivamente de Tipo I, II ou III, que estejam aptos a realizar a triagem, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento e tratamento das doenças triadas na Fase de Implantação do Programa em que o estado estiver, em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria, sendo obrigatória a implantação de pelo menos 01 (um) Serviço de Referência por estado no tipo adequado à sua Fase de Implantação do Programa.

Art. 6.º Aprovar, na forma do Anexo III desta Portaria, as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Postos de Coleta e de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas.

Art. 7.º Estabelecer que os estados e o Distrito Federal, para que possam executar as atividades previstas no Programa Nacional de Triagem Neonatal, deverão se habilitar, pelo menos, na Fase I de Implantação do Programa até o último dia útil da competência agosto/2001.

Art. 8.º Excluir, da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS, a contar da competência setembro/2001, o procedimento de código 11.052.11-2 – Teste de Triagem Neonatal (TSH e Fenilalanina).

Art. 9.º Incluir, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS, a contar da competência setembro/2001, os seguintes procedimentos:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR R\$
07.051.03-4	Coleta de Sangue para Triagem Neonatal	0,50
11.201.01-0	Dosagem de Fenilalanina e TSH (ou T4)	11,00
11.202.01-7	Dosagem de Fenilalanina e TSH (ou T4) e Detecção de Variantes de Hemoglobina	19,00
11.203.01.3	Dosagem de Tripsina Imunorreativa	5,00
11.211.01-6	Dosagem de Fenilalanina (controle/diagnóstico tardio)	5,00
11.211.02-4	Dosagem de TSH e T4 livre (controle/diagnóstico tardio)	12,00
11.211.03-2	Detecção de Variantes da Hemoglobina (diagnóstico tardio)	8,00
11.211.04-0	Detecção Molecular de Mutação das Hemoglobinopatias (confirmatório)	60,00
11.211.05-9	Detecção Molecular para Fibrose Cística (confirmatório)	60,00
38.071.01-0	Acompanhamento em SRTN a Pacientes com Diagnóstico de Fenilcetonúria	25,00
38.071.02-9	Acompanhamento em SRTN a Pacientes com Diagnóstico de Hipotireoidismo Congênito	25,00
38.071.03-7	Acompanhamento em SRTN a Pacientes com Diagnóstico de Doenças Falciformes e Outras Hemoglobinopatias	25,00
38.071.04-5	Acompanhamento em SRTN a Pacientes com Diagnóstico de Fibrose Cística	25,00

§ 1.º A Secretaria de Assistência à Saúde – SAS definirá, em ato próprio, os serviços/classificação a que estarão vinculados os procedimentos ora incluídos, suas compatibilidades, instruções de realização e cobrança, bem como outras orientações necessárias a sua plena implementação.

§ 2.º Os procedimentos ora incluídos somente poderão ser realizados/cobrados por aqueles serviços habilitados para tal, de acordo com a Fase de Implantação do Programa em que o estado estiver, em conformidade com as normas complementares a esta Portaria a serem publicadas em ato da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS.

Art. 10. Definir recursos financeiros a serem destinados ao financiamento das atividades estabelecidas nesta Portaria no montante de R\$ 35.000.000,00 (trinta e cinco milhões de reais), sendo que destes, R\$ 11.000.000,00 (onze milhões de reais) correspondem a recursos adicionais aos atualmente despendidos na Triagem Neonatal.

§ 1.º Os recursos adicionais de que trata o *caput* deste artigo serão disponibilizados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, sendo que sua incorporação aos tetos financeiros dos estados ocorrerá na medida em que estes se habilitarem nas respectivas Fases de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, em conformidade com o estabelecido nesta Portaria.

§ 2.º Os recursos orçamentários de que trata esta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS;

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 11. Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde elabore e publique o Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e adote as demais medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria, definindo, se for o caso, a inclusão/alteração de procedimentos/medicamentos nas Tabelas do SIA-SUS e SIH-SUS, pertinentes à adequada assistência aos pacientes, determinação extensiva às disposições constantes deste ato.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência setembro/2001.

JOSÉ SERRA

Resumo

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN, que se ocupará da triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos identificados nas seguintes doenças congênitas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito; Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias; e Fibrose Cística. Define que a forma de execução do PNTN deve articular o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, do Distrito Federal e municípios.

ANEXO I

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES:

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE

- a) Instituir o Programa Nacional de Triagem Neonatal, o rol das doenças a serem triadas, os princípios e diretrizes da implantação do Programa, o estabelecimento de critérios/exigências de habilitação nas fases de implantação, critérios de implantação das redes de triagem neonatal e os critérios técnicos de desenvolvimento do trabalho;
- b) Elaborar e publicar Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a serem adotados pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal;
- c) Estabelecer as normas de funcionamento e cadastramento de Postos de Coleta e de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas;
- d) Articular com os estados, municípios e o Distrito Federal a implantação do Programa e o estabelecimento de mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo;
- e) Assessorar os estados e o Distrito Federal na implantação, em seus respectivos âmbitos de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal e na organização de suas respectivas Redes Estaduais de Triagem Neonatal;
- f) Avaliar as condições de habilitação dos estados e do Distrito Federal nas Fases de Implantação do Programa;
- g) Criar um banco de dados que permita acompanhar e avaliar o desenvolvimento do Programa, definindo seus indicadores;
- h) Alocar recursos financeiros destinados ao co-financiamento das atividades do Programa;
- i) Divulgar o Programa de maneira a conscientizar e informar a população e os profissionais de saúde sobre a importância da realização da Triagem Neonatal.

2. SECRETARIAS DE SAÚDE DOS ESTADOS E DO DISTRITO FEDERAL

- a) Elaborar, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal;
- b) Designar um Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal;
- c) Organizar a Rede Estadual de Triagem Neonatal, identificando os Postos de Coleta, estabelecendo os fluxos de referência e contra-referência entre os Postos e os Serviços de Referência e garantindo a execução de todas as fases do processo de sua respectiva fase de implantação do Programa – triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes identificados como portadores das patologias triadas;
- d) Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/ Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo I, II ou III, conforme sua respectiva fase de implantação do Programa;

- e) Articular com os demais gestores estaduais as eventuais referências laboratoriais dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas, conforme previsto no Anexo III desta Portaria;
- f) Organizar a rede assistencial complementar – ambulatorial e hospitalar, destinada a garantir a retaguarda dos Serviços de Referência de Triagem Neonatal no atendimento dos pacientes triados, em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria;
- g) Assessorar os municípios no processo de implementação do Programa, na estruturação/criação/implantação/cadastramento dos Postos de Coleta, no desenvolvimento das atividades e na adoção de mecanismos destinados ao controle, avaliação e acompanhamento do processo;
- h) Avaliar as condições epidemiológicas de seu estado para eventual implantação da Fase III do Programa;
- i) Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;
- j) Monitorar o desempenho do Programa em seu estado e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da Triagem em termos de percentual de cobertura dos recém-nascidos no estado;
- k) Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, integrando, inclusive, os dados de Triagem Neonatal provenientes da rede privada de laboratórios, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

3. SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

- a) Elaborar, em parceria com a respectiva Secretaria estadual de Saúde, as estratégias de implantação, em seu âmbito de atuação, do Programa Nacional de Triagem Neonatal;
- b) Criar as condições para a estruturação/criação/implantação/cadastramento do(s) Posto(s) de Coleta e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) na Rede Estadual de Triagem Neonatal;
- c) Apoiar a estruturação/manutenção/funcionamento dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal que estejam instalados em seu município;
- d) Organizar a rede assistencial complementar – ambulatorial e hospitalar, destinada a garantir a retaguarda dos Serviços de Referência de Triagem Neonatal no atendimento dos pacientes triados, em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria;
- e) Alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento/incremento do Programa;
- f) Monitorar o desempenho do Programa em seu município e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de cobertura da Triagem em termos de percentual de cobertura dos recém-nascidos no município;
- g) Manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, integrando, inclusive, os dados de Triagem Neonatal provenientes da rede privada de laboratórios, que deverão ser notificados ao gestor estadual do SUS.

ANEXO II

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, CRITÉRIOS/EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO NAS FASES DE IMPLANTAÇÃO

O Programa Nacional de Triagem Neonatal tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal, diagnóstico, acompanhamento e tratamento das seguintes doenças congênitas:

- Fenilcetonúria;
- Hipotireodismo Congênito;
- Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias;
- Fibrose Cística.

A) PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A implantação do Programa deverá seguir os seguintes Princípios e Diretrizes:

1. Todo recém-nascido tem direito ao acesso à realização de testes de Triagem Neonatal, em conformidade com o disposto nesta Portaria. Os testes deverão ser realizados até o 30.º dia de vida (preferencialmente entre o 2.º e o 7.º dia de vida), com coleta do material efetuada de acordo com os critérios técnicos estabelecidos no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal a ser elaborado e publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS.
2. O Programa Nacional de Triagem Neonatal deverá ser organizado de maneira a garantir plenamente o acesso aos recém-nascidos não só à realização dos exames preconizados e à confirmação diagnóstica, mas também ao acompanhamento e tratamento das doenças detectadas. Devem ser estruturados os fluxos de referência e contra-referência, os Postos de Coleta adequados e os respectivos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de acordo com a Fase de Implantação do Programa, em conformidade com o estabelecido no Anexo III desta Portaria.
3. Todo recém-nascido suspeito de ser portador de uma das patologias triadas deverá ser reconvocato para a realização dos exames complementares confirmatórios, de acordo com o estabelecido no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal a ser elaborado e publicado pela Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/MS.
4. Todo recém-nascido vivo identificado/confirmado como portador de uma das patologias triadas tem direito ao acompanhamento, orientação e tratamento adequado, conforme descrito no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal e nos respectivos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas a serem elaborados e publicados pela Secretaria de Assistência à Saúde.
5. As autoridades sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal, de acordo as respectivas competências e atribuições estabelecidas no artigo 5.º desta Portaria, serão responsáveis pela adoção das medidas pertinentes e adequadas à garantia dos direitos enunciados nas alíneas acima.

B) CRITÉRIOS/EXIGÊNCIAS PARA HABILITAÇÃO

Os estados e o Distrito Federal deverão cumprir, de acordo com a Fase de Implantação, os seguintes critérios/exigências de habilitação:

1. Fase I – Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito:

Para se habilitar na Fase I de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase I que deverá ser instruída com:

1.1. Rede Estadual de Coleta – informar nominalmente e por município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo III desta Portaria;

1.2. Serviço(s) Tipo I de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas – identificar/organizar e enviar a SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I, estabelecidas no Anexo III desta Portaria;

1.3. Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal;

1.4. Compromisso formal, firmado pelo Secretário da Saúde, de que o estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos-vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, bem como a garantia da confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados com estas doenças congênitas.

Obs.: aqueles estados/Distrito Federal que já estejam realizando os exames de triagem neonatal para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito, previstos nas Fase I, deverão adotar as providências necessárias para consolidar seu processo de triagem neonatal, organizando a rede de coleta e definindo o(s) Serviço(s) de Referência, garantido, dessa forma, além da realização dos exames preconizados, o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados e identificados como portadores dessas doenças, devendo cumprir os mesmos passos de habilitação descritos acima.

2. Fase II – Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito + doenças falciformes e outras hemoglobinopatias:

Para se habilitar na Fase II de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase II que deverá ser instruída com:

2.1. Habilitação na Fase I – informar a habilitação;

2.2. Rede Estadual de Coleta – informar nominalmente e por município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo III desta Portaria – mesma Rede informada na habilitação na Fase I;

2.3. Serviço(s) Tipo II de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de

Doenças Congênitas – identificar/organizar e enviar à SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo II, estabelecidas no Anexo III desta Portaria;

2.4. Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal – o mesmo da Fase I;

2.5. Compromisso formal, firmado pelo Secretário da Saúde, de que o estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos-vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, bem como a garantia da confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados com estas doenças congênitas.

Obs.: aqueles estados/Distrito Federal que já cumpram integralmente os critérios/exigências estabelecidos nas Fases I e II poderão solicitar, diretamente, habilitação na Fase II.

3. Fase III – Triagem, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias + fibrose cística:

Para se habilitar na Fase III de Implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal, os estados e o Distrito Federal deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde uma solicitação de habilitação na Fase III que deverá ser instruída com:

3.1. Habilitação na Fase II – informar a habilitação;

3.2. Comprovação de que o estado já tenha garantido uma cobertura igual ou superior a 70% dos nascidos vivos nas doenças definidas nas Fases I e II;

3.3. Informações a respeito das características populacionais e incidência fibrose cística no estado que indiquem a necessidade e que apresentem adequada relação custo-benefício para a realização deste tipo de triagem;

3.4. Rede Estadual de Coleta – informar nominalmente e por município a relação dos Postos de Coleta (pelo menos 1 por município em que sejam realizados partos) que foram organizados/cadastrados no estado, em conformidade com as Normas de Funcionamento e Cadastramento estabelecidas no Anexo III desta Portaria – a mesma rede informada na habilitação das Fases I e II;

3.5. Serviço(s) Tipo III de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas – identificar/organizar e enviar à SAS a documentação necessária para cadastramento do(s) Serviço(s) de Referência (pelo menos 1 por estado), de acordo com as Normas de Funcionamento e Cadastramento de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo III, estabelecidas no Anexo III desta Portaria;

3.6 Nome do Coordenador Estadual do Programa Nacional de Triagem Neonatal – o mesmo das Fases I e II;

3.7 Compromisso formal, firmado pelo Secretário da Saúde, de que o estado buscará a cobertura de 100% de seus nascidos-vivos no que diz respeito à triagem neonatal da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística, bem como a garantia da confirmação diagnóstica, acompanhamento e

tratamento dos pacientes triados com estas doenças congênitas.

Obs.: os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão ser, preferencialmente, os mesmos serviços em todas as fases. Assim o de Tipo I (na Fase I) deve ser adequadamente adaptado e incrementada sua capacidade operacional para transformá-lo em Tipo II quando o estado pretender a habilitação na Fase II. Da mesma forma, o de Tipo II deverá ser adequado para o Tipo III quando o estado pretender a habilitação na Fase III de Implantação do Programa.

ANEXO III

NORMAS PARA FUNCIONAMENTO E CADASTRAMENTO DE POSTOS DE COLETA E DE SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL/ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE DOENÇAS CONGÊNITAS

A) POSTOS DE COLETA

Os municípios devem organizar/estruturar/implantar e cadastrar tantos Postos de Coleta quantos forem necessários para a cobertura/ acesso de sua população à realização da coleta de material para a realização dos exames relativos à Triagem Neonatal. É obrigatória a instalação de pelo menos 01 (um) Posto de Coleta por município (naqueles em que são realizados partos).

1. Processo de Cadastro

1.1. Município em Gestão Plena do Sistema Municipal

A Secretaria Municipal de Saúde deverá criar as condições para a organização/estruturação/implantação/cadastro do(s) Posto(s) de Coleta de seu município e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual de Coleta e referenciá-lo(s) ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas ao qual estiver vinculado (providência a ser adotada junto à Secretaria Estadual de Saúde).

Uma vez definido(s) o(s) Posto(s) de Coleta e se cumpridas as exigências abaixo mencionadas, a Secretaria Municipal de Saúde deverá adotar as providências necessárias ao seu cadastro junto ao Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Feito o cadastro, a SMS deverá informar à Secretaria Estadual de Saúde, em documento próprio, a relação de seu(s) Posto(s) na qual constem: nome do município, nome do(s) estabelecimento(s) cadastrados e nome da pessoa responsável pela atividade.

1.2. Município que não esteja em Gestão Plena do Sistema Municipal

A Secretaria Municipal de Saúde deverá criar as condições para a organização/estruturação/implantação do(s) Posto(s) de Coleta de seu município e adotar as providências necessárias para integrá-lo(s) à Rede Estadual de Coleta e referenciá-lo(s) ao Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas ao qual estiver vinculado (providência a ser adotada junto à Secretaria Estadual de Saúde).

Uma vez definido(s) o(s) Posto(s) de Coleta e se cumpridas as exigências abaixo mencionadas, a Secretaria Municipal de Saúde deverá formalizar junto à Secretaria Estadual de Saúde o pedido de cadastro de seu(s) Posto(s), que após a devida análise, adotará as providências necessárias ao seu cadastro junto ao DATASUS.

1.3. Secretaria Estadual de Saúde

A Secretaria Estadual de Saúde é a responsável pela organização de Rede Estadual de Coleta e sua vinculação ao(s) Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. Para isso, deverá cadastrar o(s) Postos(s) de Coleta dos municípios que não estejam em Gestão Plena do Sistema Municipal e consolidar a relação total de Postos de Coleta cadastrados (de todos os municípios em que sejam realizados partos, em gestão plena ou não) organizando-os por município e identificando, para cada um deles, a referência para o seu respectivo Serviço de Referência em Triagem Neonatal. Esta relação consolidada deverá ser enviada para a Secretaria de Assistência à Saúde por ocasião da solicitação de habilitação do estado em uma das Fases de Implantação do Programa, conforme estabelecido no Anexo II desta Portaria. A Secretaria Estadual de Saúde deverá informar às Secretarias Municipais de Saúde e a seus respectivos Postos de Coleta o nome do Serviço de Referência em Triagem Neonatal ao qual deverão ser enviadas as amostras coletadas.

2. Exigência para Cadastramento de Postos de Coleta

2.1. Características Gerais

A escolha do local para instalação do Posto de Coleta, a critério da Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, poderá recair sobre uma unidade de saúde já existente, um local específico para o desenvolvimento desta atividade ou ainda sobre o(s) hospital(is)/maternidade(s) em que tenha ocorrido o parto. Nesta última hipótese, deverá ficar bastante claro que a coleta do material será realizada somente após o 2.º dia de vida recém-nascido (frequentemente na alta hospitalar). Nas situações onde a coleta não é realizada nas maternidades, as mesmas deverão dispor de um formulário contendo orientação de local e data para a coleta (modelo existente no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, a ser publicado pela SAS/MS). Neste caso, a unidade coletora deverá, também, assumir, formalmente, o compromisso de que a coleta ocorrerá nos primeiros 30 (trinta) dias de vida do bebê, preferencialmente na 1.ª semana.

O material coletado, dentro das normas estabelecidas no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, será enviado ao Laboratório do Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas indicado pelo gestor do SUS, num prazo nunca superior a 05 (cinco) dias úteis.

2.2. Instalações Físicas

Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, do seguinte:

- recepção e sala de espera para acompanhantes e entrega de resultados;
- sala de coleta;
- área adequada para guarda de material e armazenamento de amostras (conforme descrito no Manual do PNTN) e arquivamento de resultados.

2.3. Recursos Humanos

Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, dos seguintes recursos humanos:

- recepcionista ou auxiliar administrativo;
- profissional da área de saúde com, no mínimo, formação de nível médio comprovada.

2.4. Materiais e Equipamentos

Os Postos de Coleta deverão dispor, no mínimo, do seguinte:

- papel filtro, lancetas e formulários (comprovantes de coleta), fornecidas pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas (que foi identificado e informado pela Secretaria Estadual de Saúde);
- algodão e álcool para assepsia (não pode ser usado álcool iodado);
- luvas descartáveis;
- material para curativo;

- bancada de trabalho;
- cadeiras;
- armário;
- arquivo;
- geladeira.

2.5. Rotinas de Funcionamento e Atendimento

Os Postos deverão possuir manual técnico em que todos os procedimentos estejam descritos pormenorizadamente, contemplando o estabelecido no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN, com no mínimo, os seguintes itens:

- horário de funcionamento;
- fluxo de atendimento do paciente;
- registro da(s) data(s) de treinamento(s) de todos os seus funcionários técnicos e administrativos;
- fluxo de recebimento de material e envio de amostras ao laboratório do Serviço de Referência, especificando claramente os procedimentos utilizados para evitar a troca de amostras;
- descrição de cada uma das atividades;
- técnica de coleta utilizada, indicando claramente o modo de coleta para cada exame, especificando as normas de biossegurança utilizadas tanto para o paciente como para o coletor;
- registro do intervalo médio de tempo entre a coleta e envio de amostras ao laboratório;
- registro da realização da coleta e arquivamento do comprovante assinado pelo responsável pelo RN;
- registro da entrega de resultados e arquivamento do comprovante ao responsável pelo RN;
- registro do intervalo médio de tempo entre a coleta e entrega/retirada dos resultados às famílias;
- fluxo de busca ativa de reconvocados;
- registro das ações de busca ativa dos casos reconvocados, assim como do intervalo de tempo entre a data da reconvocação e comparecimento para nova coleta;
- registro das rotinas de armazenamento, manipulação e dejetos de materiais orgânicos, que devem seguir às normas vigentes.

B) SERVIÇOS DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL/ACOMPANHAMENTO E TRATAMENTO DE DOENÇAS CONGÊNITAS

As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem cadastrar (pelo menos um) Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas para a cobertura e acesso de sua população à realização da triagem neonatal, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos pacientes triados.

1. Cadastramento

1.1. Planejamento/Distribuição de Serviços

As Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal deverão, em conformidade com o quantitativo de nascidos vivos do estado e respeitados os critérios técnicos, as garantias de adequado fluxo operacional do Serviço e adequada relação custo-benefício, estabelecer um planejamento de distribuição regional dos Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de maneira a facilitar o acesso dos usuários e a cobertura assistencial.

1.2. Processo de Cadastramento

1.2.1. A abertura de qualquer Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverá ser precedida de consulta ao Gestor do SUS – Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, sobre as normas vigentes, a necessidade de sua criação, o planejamento/distribuição regional e a possibilidade de cadastramento, sem a qual o SUS não se obriga ao cadastramento. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde, conforme já enunciado, o planejamento da rede e a definição do quantitativo de Serviços necessários de acordo com os critérios estabelecidos por esta Portaria.

1.2.2. Uma vez confirmada a necessidade do cadastramento e conduzido o processo de seleção de prestadores de serviços pelo Gestor do SUS, o processo de cadastramento deverá ser formalizado pela Secretaria de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as respectivas condições de gestão e a divisão de responsabilidades estabelecidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001.

1.2.3. O Processo de Cadastramento deverá ser instruído com:

a) Documentação comprobatória do cumprimento das exigências estabelecidas por esta Portaria;

b) Relatório de Vistoria – a vistoria deverá ser realizada *in loco* pela Secretaria de Saúde responsável pela formalização do Processo de Cadastramento que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas nesta Portaria;

c) Parecer Conclusivo do Gestor – manifestação expressa, firmada pelo Secretário da Saúde, em relação ao cadastramento. No caso de Processo formalizado por Secretaria Municipal de município em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, deverá constar, além do parecer do gestor local, o parecer do gestor estadual do SUS, que será responsável pela integração do novo Serviço à rede de referência estadual e a definição da relação do Serviço cadastrado com a rede de coleta.

1.2.4. Uma vez emitido o parecer a respeito do cadastramento, pelo(s) Gestor(es) do SUS, e se o mesmo for favorável, o Processo deverá ser encaminhado ao Ministério da Saúde/SAS, para análise.

1.2.5. O Ministério da Saúde/SAS avaliará o Processo de Cadastramento e determinará a realização de vistoria *in loco* do Serviço pelo Grupo Técnico de Assessoramento em Triagem Neonatal. Uma vez aprovado o cadastramento, a Secretaria de Assistência à Saúde tomará as

providências necessárias à sua publicação.

2. Exigências para Cadastramento de Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas

2.1. Exigências Gerais

2.1.1. Características Gerais

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas são destinados à operacionalização, execução e controle do Programa Nacional de Triagem Neonatal, na sua área de abrangência. Estes serviços são responsáveis pelo cumprimento de todo o processo referente à triagem neonatal, desde a coleta, realização dos exames, busca ativa, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento dos casos positivos detectados, conforme definido no PNTN e portanto devem englobar:

- Rede de Coleta – composta pelos Postos de Coleta dos municípios/estado. A rede deve ser organizada pela Secretaria Estadual de Saúde, que vinculará, conforme estabelecido nesta Portaria, os Postos ao respectivo Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas. O Serviço de Referência e seu laboratório deverão ter, formalmente estabelecida, a relação nominal (por município) dos Postos de Coleta a eles vinculados e ter rotinas estabelecidas de envio de material para coleta para estes Postos (lancetas, papel filtro), recepção das amostras e reconvocação de pacientes;
- Laboratório Especializado em Triagem Neonatal – Laboratório/Biologia Molecular (conforme estabelecido no Subitem 2.2.1 e 2.2.2 deste Anexo);
- Ambulatório Multidisciplinar Especializado (conforme estabelecido no Subitem 2.2.3 deste Anexo);
- Sistema de Registro de Informações Automatizado (conforme estabelecido no Subitem deste Anexo);
- Rede Assistencial Complementar (conforme estabelecido no subitem 2.2.5 deste Anexo).

Os Serviços de Referência deverão ser organizados a fim de atender a totalidade dos recém-nascidos vivos de sua respectiva área de abrangência.

2.1.2. Tipos de Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal serão classificados de acordo com sua capacidade operacional no que diz respeito ao acompanhamento e tratamento das doenças congênitas estabelecidas nas Fases de Implantação do Programa e com os exames que são capazes de realizar – capacidade técnica do laboratório especializado – próprio ou terceirizado, em:

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo I – unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização destes exames e em conformidade com estabelecido neste Anexo.
- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo II – unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito,

doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização destes exames e em conformidade com estabelecido neste Anexo. Deve-se atentar para o fato que o laboratório deve ser apto a realizar exames confirmatórios para as doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, por biologia molecular.

- Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas Tipo III – unidade que disponha de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos ao recém-nascido triado para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias e fibrose cística. A realização dos exames de triagem e confirmação diagnóstica deverão ser realizados em laboratório especializado, próprio ou terceirizado, apto à realização destes exames e em conformidade com estabelecido neste Anexo. Deve-se atentar para o fato que o laboratório deve ser apto a realizar exames confirmatórios para as doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística, por biologia molecular.

Obs.: somente poderão cadastrar Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de tipo I, II ou III aqueles estados que estiverem habilitados, respectivamente, nas Fases I, II ou III de Implantação do Programa.

2.1.3. Manutenção do Cadastro e Descadastramento

Para manutenção do cadastramento, os Serviços de Referência deverão, além de cumprir as normas estabelecidas pela presente Portaria, enviar à Secretaria de Assistência à Saúde/MS, até o dia 15 do mês subsequente a cada mês de competência, os relatórios de acompanhamento do Programa, especificados no Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN. Se o Serviço não enviar, no prazo estipulado e por 03 (três) meses consecutivos, estes relatórios, a Secretaria de Assistência à Saúde descadastrará o Serviço faltoso.

O descadastramento também poderá ocorrer se, após avaliação de funcionamento do Serviço por meio de auditorias periódicas (MS/SMS/SES) o Serviço de Referência deixar de cumprir qualquer um dos critérios estabelecidos nesta Portaria.

2.2. Exigências Específicas

Além das exigências gerais, o Serviço de Referência deverá cumprir com as seguintes exigências específicas:

2.2.1. Laboratório Especializado em Triagem Neonatal

O Serviço de Referência deverá dispor, próprio ou terceirizado, de um Laboratório Especializado em Triagem Neonatal.

No caso de laboratório terceirizado, o Serviço de Referência deverá apresentar cópia de contrato/convênio celebrado com o laboratório em que fiquem claramente estabelecidas as garantias de realização de todos os exames preconizados na Fase de Implantação em que o estado esteja habilitado e o fiel cumprimento de todas as normas e critérios estabelecidos pela presente Portaria.

Serviço de Referência Tipo I – o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito.

Serviço de Referência Tipo II – o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar

exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias.

Serviço de Referência Tipo III – o laboratório deverá cumprir as exigências de funcionamento e cadastramento estabelecidas nesta Portaria, inserir-se no Programa Nacional de Triagem Neonatal cumprindo suas atribuições/obrigações e ser capaz de realizar exames de triagem e confirmação diagnóstica para fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Deverá ser apto a realizar, por biologia molecular, os exames confirmatórios das doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística.

Obs.:

1 – Se o Serviço de Referência não dispuser de Laboratório próprio, poderá contratar/conveniar a realização dos exames necessários de um laboratório terceirizado. A escolha deste laboratório, dentro ou fora do estado, deverá recair sobre aquele laboratório que se enquadre e cumpra com as exigências estabelecidas nesta Portaria.

2 – Na hipótese de laboratório próprio do Serviço de Referência ou de laboratório terceirizado não serem capazes de realizar exames por biologia molecular, poderá ser contratado/conveniado outro laboratório para realizar estes exames.

Em qualquer hipótese, o laboratório deverá apresentar Licença de Funcionamento emitida pela Coordenadoria de Fiscalização Sanitária da Secretaria de Saúde do estado ou DF, que poderá ser revogada, a qualquer momento, em caso de descumprimento das normas estabelecidas por esta Portaria. Igualmente, o Laboratório deverá ter/apresentar certificação de Controle de Qualidade Internacional em Triagem Neonatal, devidamente atualizado.

2.2.1.1. Características do Laboratório Especializado

O laboratório especializado em Triagem Neonatal tem características próprias que o distinguem de um laboratório de Análises Clínicas tradicional:

GERAIS:

- nele se analisam grandes quantidades de amostras para um mesmo parâmetro, enquanto num laboratório de análises clínicas, se analisam menor quantidade de amostras para uma variedade de parâmetros;
- além disso, tendo em vista a característica populacional da triagem e as variações normalmente encontradas em ensaios consecutivos realizados em dias diferentes, é importante que a rotina do laboratório de triagem, manuseie um número mínimo diário de amostras em cada técnica utilizada, para haver coerência e uniformidade dos resultados individuais e populacionais;
- laboratórios de triagem neonatal utilizam amostras de sangue obtidas por meio de punção no calcanhar, impregnadas em papel filtro padronizado, especialmente desenvolvidos para este fim. Estas amostras são de fácil transporte através do correio, de fácil armazenagem e podem ser analisadas por uma grande variedade de técnicas.

ESPECÍFICAS:

- deve possuir manual técnico em que todos os procedimentos estejam descritos pormenorizadamente;
- todos os procedimentos devem ser objeto de Controle periódico de Qualidade Interno;

- realizar análise laboratorial para todos os ensaios ao menos 05 (cinco) vezes por semana, visando o devido domínio técnico;
- ter equipe técnica treinada com capacitação específica para análise de amostras em sangue seco;
- utilizar técnicas adequadas e de recomendação internacional em Triagem Neonatal;
- ser responsável pela distribuição de lancetas e papel filtro padronizado (PNTN), de maneira a não haver solução de continuidade na rede de coleta. Se for próprio do Serviço de Referência, o laboratório enviará o material citado diretamente aos Postos de Coleta. No caso de laboratório terceirizado, deverá fornecer o material ao Serviço de Referência contratante, que se responsabilizará pela distribuição aos Postos.

2.2.1.2. Instalações Físicas

A área física do laboratório deverá se enquadrar nos critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que venham a substituí-los ou complementar, a saber:

- Portaria GM/MS n.º 1.884, de 11 de novembro de 1994 – Normas para Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
- Resolução n.º 05, de 5 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

A área física deve ser adequada, permitindo que os exames sejam desenvolvidos com organização e segurança e ser convenientemente, iluminada e ventilada.

A temperatura ambiente deve ser adequada para a realização dos testes que exigem uma temperatura específica. Deve ainda ser permanentemente monitorada para assegurar que está dentro da faixa aceitável.

A energia elétrica deve ser adequada e suficiente para os equipamentos em uso.

Para o preparo de reagentes é necessário a utilização de água purificada por método de reconhecida eficiência.

O laboratório deve estar de acordo com os códigos de biossegurança, incluindo provisões para o manuseio seguro de amostras de sangue, reagentes e despejo correto do lixo. Área de Apoio – esta área deverá ser composta por, no mínimo, as seguintes instalações:

- sala de espera e recepção para recebimento e entrega de resultados;
- área de apoio administrativo;
- área de seleção e encaminhamento de amostras;
- área refrigerada adequada para guarda de material e armazenamento de amostras;
- área técnica isolada da área de apoio;
- sala para o desenvolvimento de atividades laboratoriais, compatível com o número de exames em rotina.

2.2.1.3. Recursos Humanos

A equipe enumerada a seguir se constitui na equipe mínima capaz para realização de testes em 100.000 amostras/ano. Esta equipe deve ser modificada para ser compatível com o

número de exames realizados pelo laboratório.

- 01 (um) responsável técnico: médico /biomédico/bioquímico, devidamente habilitado, com experiência mínima de dois anos em triagem neonatal, declarada e comprovada por ele. É o responsável, em última instância, pelos resultados de todos os exames realizados em seu laboratório;
- 02 (dois) técnicos de nível superior: biomédico/bioquímico/biólogo, com treinamento específico e orientação na área de triagem, tanto em relação à execução das técnicas laboratoriais, como em relação à interpretação dos resultados, controles de qualidade e finalidades dos diferentes exames;
- 01 (um) supervisor técnico, quando houver três ou mais técnicos de nível superior, que será responsável pela supervisão direta dos demais técnicos e que, juntamente com o responsável técnico, participará das demais tarefas de organização do laboratório;
- 02 (dois) técnicos de nível médio com habilitação comprovada, com treinamento específico na área de triagem neonatal;
- 02 (dois) profissionais de nível médio para área administrativa, devendo um deles estar capacitado a realizar as funções descritas em Recursos Humanos do Sistema de Registro e Informações Automatizado;
- 01 (um) profissional de apoio em serviços gerais, com primeiro grau completo, treinado.

2.2.1.4. Materiais e Equipamentos

Os materiais e equipamentos técnicos deverão ser selecionados de acordo com as metodologias escolhidas entre as reconhecidas e disponíveis no mercado nacional/internacional e referendadas nos programas de Controle de Qualidade Internacionais para Triagem Neonatal. Os fornecedores escolhidos deverão se responsabilizar, por meio de contratos, por manter estoques de segurança correspondentes, no mínimo, a 01 (um) mês de atividade, para suprir eventuais problemas com importação.

Os equipamentos técnicos deverão ser automatizados ou semi-automatizados. O laboratório deve possuir:

- todos os equipamentos necessários em perfeito estado de conservação para assegurar a qualidade dos exames que realiza;
- programa de controle de qualidade de desempenho dos equipamentos, assim como de manutenção dos mesmos;
- todos os *kits* e reagentes necessários para as metodologias em uso, devendo ser armazenados em quantidade suficiente para a sua rotina e utilizados de acordo com as instruções do fabricante.

As informações sobre todos os reagentes e *kits* utilizados devem ser convenientemente protocoladas. Estas informações compreendem:

- produtos adquiridos comercialmente: o nome do fabricante, do lote, data de validade, data de aquisição, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o produto em questão;
- reagentes preparados no laboratório: data do preparo, nome do técnico que preparou, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o reagente em questão.

2.2.1.5. Laudos

Os laudos dos exames devem ser claros e conter informações sobre o método empregado para cada exame, com a assinatura ou chancela eletrônica do Responsável Técnico e acompanhado de observações, quando necessário, que os tornem mais compreensíveis. Os resultados das dosagens de Fenilalanina e T4neo/TSHneo devem ser quantitativos. Se HPLC for a metodologia escolhida para triagem de doenças falciformes e hemoglobinopatias, os casos alterados nesta metodologia, deverão ser confirmados por Focalização Isoelétrica e ser igualmente reportados.

2.2.1.6. Rotinas de Funcionamento e Atendimento

O laboratório deve possuir Rotinas de Funcionamento escritas, atualizadas a cada 04 (quatro) anos e assinadas pelo Responsável técnico pelo Laboratório de Referência em Triagem Neonatal, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:

- horário de funcionamento;
- identificação do responsável técnico (ou substituto) presente durante todo o intervalo de funcionamento do laboratório;
- registro da(s) data(s) de treinamento(s) de todos os seus funcionários;
- fluxo de atividades no laboratório: do recebimento da amostra até o envio de resultados;
- descrição de cada uma das atividades;
- registro do intervalo médio de tempo entre o recebimento da amostra e liberação de resultados.

2.2.1.7. Relatórios de Acompanhamento

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão enviar à Secretaria de Assistência à Saúde, até o dia 15 do mês subsequente a cada mês de referência, relatório de acompanhamento do laboratório (próprio ou terceirizado), contendo no mínimo:

- número de amostras analisadas para cada uma das patologias triadas;
- número de casos suspeitos detectados para cada uma das patologias triadas;
- número de casos positivos confirmados para cada uma das patologias triadas;
- dados de identificação e resultados dos casos positivos detectados, para inclusão no Banco de Dados – PNTN/MS.

2.2.2. Laboratório – Biologia Molecular

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo II e III deverão contar com Laboratório apto a realizar os testes de detecção de mutações de doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Este Laboratório poderá ser próprio do Serviço de Referência, do Laboratório Especializado em Triagem Neonatal terceirizado ou ainda um outro laboratório contratado/conveniado especificamente para realizar os testes de biologia molecular. Em qualquer destas hipóteses, o laboratório de biologia molecular deverá cumprir todas as especificações já descritas para Laboratório Especializado em Triagem Neonatal e as seguintes especificações adicionais:

- Responsável Técnico:

O responsável técnico pelo laboratório de biologia molecular deverá estar devidamente habilitado nesta área.

- **Área Física:**

Para os procedimentos de biologia molecular, deve haver três áreas bem definidas, aqui designadas como áreas 1, 2 e 3, distribuídas em pelo menos duas salas. As áreas 1 e 2 podem ser combinadas em uma única sala. Cada área deve ter seu equipamento adequado e exclusivo. A utilização de luvas é sempre necessária.

Fluxo reagentes/amostras deve ser: área 1 » área 2 » área 3.

Área 1: é destinada aos procedimentos que envolvam preparo de reagentes (“pré-mix”). Nesta área deve haver os materiais e equipamentos necessários para a atividade. Recomenda-se que nesta área haja fluxo laminar com luz ultravioleta e que as soluções sejam mantidas em congelador próprio. Recomenda-se restrição ao tráfego de pessoas e utilização de aventais exclusivos.

Área 2: é destinada à extração de DNA e adição do DNA à reação de PCR. Deve ser mantida limpa, com o uso de reagentes químicos (por exemplo, HCl 1N) e/ou de luz ultravioleta (UV). Nesta área também deve haver os materiais e equipamentos necessários para a atividade. Recomenda-se restrição ao tráfego de pessoas e utilização de aventais exclusivos.

Área 3: é destinada aos procedimentos de amplificação e pós-amplificação. É a única sala em que se deve manipular o produto amplificado. Procedimentos químicos (por exemplo, HCl 1N) e/ou utilização de luz ultravioleta (UV) podem ser utilizados para inativar produtos amplificados. O termociclador pode ser mantido nesta área, ou numa outra área diferente das áreas 1 e 2.

- **Reagentes:**

O laboratório de biologia molecular deve possuir todos os reagentes necessários para as metodologias em uso, devendo ser armazenados e utilizados de acordo com as instruções do fabricante.

As informações sobre todos os reagentes utilizados devem ser convenientemente protocoladas. Estas informações compreendem: em caso de produtos adquiridos comercialmente, o nome do fabricante, do lote, a data de validade, a data de aquisição, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o produto em questão; em caso de reagentes preparados no laboratório, data do preparo, nome do técnico que preparou o reagente, condições de armazenamento e outras informações consideradas pertinentes para o reagente em questão.

- **Amostras:**

No caso do material ser colhido no Serviço de Referência, a amostra deve ser encaminhada ao laboratório de biologia molecular com a indicação do anticoagulante utilizado (se for o caso), do nome da pessoa responsável pela coleta e identificação da amostra, assim como data e hora da coleta.

2.2.3. Ambulatório Multidisciplinar Especializado

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas deverão contar, em suas próprias instalações, com Ambulatório Multidisciplinar Especializado.

Serviço de Referência Tipo I – Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de

realizar a orientação familiar, o acompanhamento e tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares.

Serviço de Referência Tipo II – Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares. No caso das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias poderá manter um acordo operacional com outros serviços (como Hemocentros, por exemplo) para o acompanhamento/tratamento destas doenças.

Serviço de Referência Tipo III – Ambulatório Multidisciplinar Especializado capaz de realizar a orientação familiar, o acompanhamento e tratamento dos pacientes triados em fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e fibrose cística. Deverá contar, adicionalmente, com uma rede de serviços complementares. No caso das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias poderá manter um acordo operacional com outros serviços (como Hemocentros, por exemplo) para o acompanhamento/tratamento destas doenças. Esta mesma situação é válida para a fibrose cística.

Após confirmação diagnóstica, conforme descrito nos protocolos e diretrizes terapêuticas para tratamento das doenças, todos os pacientes triados no PNTN deverão ser prontamente atendidos por equipe multidisciplinar do Serviço de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas.

2.2.3.1. Instalações Físicas:

O Ambulatório Multidisciplinar deve contar, no mínimo, com o seguinte:

- sala de espera e recepção;
- sala de consultas;
- sala de reuniões para integração da equipe multidisciplinar com a equipe do laboratório.

2.2.3.2. Recursos Humanos

Deverá ser composto por uma equipe multidisciplinar mínima que contenha:

- 01 (um) médico pediatra;
- 01 (um) médico endocrinologista ou endocrinologista pediátrico;
- 01 (um) nutricionista;
- 01 (um) psicólogo;
- 01 (um) assistente social.

Obs.: um dos profissionais da equipe, preferencialmente um profissional médico, deverá ter recebido uma capacitação técnica em “Aconselhamento Genético específico para Triagem Neonatal” em um serviço reconhecido de Genética Médica.

2.2.3.3. Materiais e Equipamentos

- Balcão para recepção;
- Cadeiras para a espera;

- Escrivadinha e cadeiras para o(s) consultório(s);
- Mesa de exames;
- Duas balanças: uma para bebê (capacidade até 15 Kg), e outra para pacientes maiores (com medida de estatura acoplada);
- Uma régua para medir estatura de bebês;
- Fita métrica;
- Estetoscópio;
- Material necessário para realização de testes psicométricos.

2.2.3.4. Rotinas de funcionamento e atendimento

O Ambulatório deve ter Rotinas de Funcionamento e Atendimento escritas. Sugere-se como horário para os profissionais, inicialmente, um turno dos dias úteis para cada profissional da equipe, com facilidades para sobreaviso caso haja urgência de atendimento para algum caso suspeito. Além disso, um turno específico por semana para reuniões da equipe multidisciplinar. Conforme aumento dos casos detectados, extensão do período de atendimento para novos turnos.

Quando algum caso suspeito é detectado no laboratório, o mesmo deverá imediatamente acionar a Busca Ativa do Serviço de Referência.

- Fenilcetonúria

Os pacientes com fenilcetonúria terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico pediatra, nutricionista, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica, orientação nutricional e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento da fenilcetonúria.

- Hipotireoidismo Congênito

Os pacientes com hipotireoidismo congênito terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico endocrinologista, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência, quando necessário. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento do hipotireoidismo congênito.

- Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias

Os pacientes com doenças falciformes e outras hemoglobinopatias terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico pediatra, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento das doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, no Serviço de Referência em Triagem Neonatal ou em outro serviço (Hemocentro, por exemplo), conforme acordo operacional.

- **Fibrose Cística**

Os pacientes com fibrose cística terão o primeiro Acompanhamento Multidisciplinar em Triagem Neonatal (AMTN) com: médico pediatra, psicólogo e assistente social. Receberão orientação sobre o diagnóstico, terapêutica e aconselhamento genético específico para a patologia quanto ao risco de recorrência. A continuidade do atendimento seguirá o protocolo e diretrizes terapêuticas para tratamento da fibrose cística, no Serviço de Referência em Triagem Neonatal ou em outro serviço, conforme acordo operacional.

2.2.4. Sistema de Registro e Informações Automatizado

2.2.4.1. Descrição Geral

O Serviço de Referência – Tipo I, II ou III deverá manter registro e controle dos trabalhos e dos resultados, incluindo as amostras, folhas de leitura/documentação originais, por um período de no mínimo 05 (cinco) anos. Para isso, deverá dispor de um sistema informatizado de controle de todas as atividades do Serviço, dando agilidade aos procedimentos, rastreabilidade das informações, e segurança na transcrição e emissão de laudos automáticos. Além disso, deverá dispor de facilidades de comunicação de dados para troca de informações.

Registro de Pacientes – o Serviço deve possuir um prontuário para cada paciente com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Os prontuários deverão estar devidamente ordenados no Serviço de Arquivo Médico.

2.2.4.2. Funcionamento

Funcionalmente o Sistema de Registro e Informações deverá:

- identificar univocamente cada amostra recebida (PNTN/MS), com a data de recebimento, origem e os resultados finais, permitindo sua rastreabilidade;
- fazer o encaminhamento ordenado das amostras ao laboratório, de forma a manter relação com a identificação original;
- registrar de forma segura e unívoca os resultados dos testes de cada amostra, registrando através de senhas o responsável técnico pela liberação dos mesmos;
- identificar automaticamente os casos que deverão ser reconvocados;
- receber do laboratório e disponibilizar automaticamente os resultados dos exames realizados, de forma a evitar erros de transcrição;
- exigir do laboratório que disponibilize rapidamente os resultados, no máximo em 5 dias úteis após o recebimento da amostra, remetendo-os à rede de coleta de forma segura e auditável;
- receber do laboratório e emitir os resultados por computador em formulários impressos e/ou internet, devendo constar no mínimo de:
 - resultados individuais para serem entregues aos responsáveis pelo recém-nascido;
 - relação de exames processados, para cada remessa feita pelo Posto de Coleta, com os resultados obtidos;

- relação de amostras que devem ser colhidas novamente, para cada remessa feita pelo Posto de Coleta;

- manter mecanismos de controle quantitativo e qualitativo do retorno dos casos reconvidados e devolvidos como inadequados da rede de coleta, até o diagnóstico final;
- manter atualizado os Cadastros de Casos Positivos de cada uma das patologias detectadas, montando um prontuário para cada paciente;
- fazer a interface com os demais serviços complementares em termos de solicitação de exames, consultas, procedimentos e resultados de exames específicos para os pacientes positivos, fornecendo e recebendo as informações necessárias ao atendimento;
- manter os arquivos de dados dos exames realizados, para efeito de rastreamento e estatísticas, pelo período mínimo de 05 (cinco) anos;
- facilitar a comunicação de dados, sugerindo-se a conexão das estações de trabalho em rede local, para compartilhamento de programas e dados; e conexão à Internet por transmissão de banda larga (modem de alta velocidade, *cable*, DSL, etc.);
- manter procedimentos especiais de segurança, devendo, para tanto, manter no local cópias diárias de segurança dos arquivos e programas instalados, e em armazenamento externo, cópias semanais dos mesmos arquivos e programas;
- enviar, periodicamente, quaisquer dados solicitados pela SAS/MS, para composição do Banco de Dados de Triagem Neonatal.

2.2.4.3. Equipamentos Básicos

Os equipamentos de informática deverão ser em número suficiente para prover agilidade à rotina, permitindo a liberação rápida de resultados. Tipicamente deverão ser microcomputadores conectados em rede a um servidor central. Assim sugere-se a seguinte composição:

- um servidor central que armazenará os dados;
- um servidor de reserva, de capacidade similar a do servidor principal, com imagem do disco do servidor central, de forma a poder assumir o processamento em 15 minutos após a falha do servidor principal;
- estações de trabalho individuais, em número adequado, instaladas nos postos de trabalho do Serviço de Referência, como: Seleção de Amostras, Secretaria, Laboratório, Impressão e Remessa de Resultados, Atendimento de Reconvidados, Ambulatório e outros.

2.2.4.4. Instalações Físicas

Os servidores de dados, principal e reserva, deverão ser instalados em local isolado, de acesso restrito, em ambiente com temperatura constante em torno de 25 graus centígrados e livre de poeira.

Todos os equipamentos deverão receber alimentação elétrica com tensão e frequência constantes, sendo todos conectados a um circuito terra, comum e específico a todos eles.

Os servidores deverão ser alimentados por uma fonte de energia sem interrupção, com bateria de capacidade de 15 minutos após a falha de energia.

Todos os equipamentos de rede e servidores deverão ser adquiridos de boas fontes de fornecimento.

2.2.4.5. Recursos Humanos

Para a operação dos sistemas e primeiro suporte em emergências, o Serviço de Referência deve contar com, no mínimo, um operador técnico de nível médio, capaz de:

- operar todas as rotinas do sistema;
- permitir e controlar o acesso dos usuários às rotinas e dados do sistema;
- diagnosticar falhas na rede, equipamentos e sistemas operativos, dando o primeiro atendimento em situações anormais;
- executar os procedimentos rotineiros de segurança.

2.2.5. Rede Assistencial Complementar

Os Serviços de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas de Tipo I, II e III devem contar, segundo suas necessidades e de acordo com as doenças triadas/acompanhadas/tratadas relativas a seu Tipo e à Fase de Implantação do Programa em que o estado esteja habilitado, com uma rede assistencial complementar. Esta rede tem o objetivo de garantir o atendimento integral e integrado aos pacientes triados no Serviço de Referência e de garantir o acesso dos pacientes a procedimentos não disponíveis no Serviço de Referência.

2.2.5.1. Estruturação da Rede

Cabe à Secretaria de Saúde dos estados e do Distrito Federal articular, em conjunto com seu(s) respectivo(s) Serviço(s) de Referência em Triagem Neonatal/Acompanhamento e Tratamento de Doenças Congênitas a rede assistencial complementar. A unidades hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, pertencentes à rede estadual e/ou municipal, deverão ser disponibilizadas pelos gestores locais do SUS.

Na estruturação da rede complementar, deverão ser considerados os seguintes aspectos:

- qualidade, resolutividade dos serviços com capacidade instalada para atendimento da demanda esperada;
- regionalização dos serviços, permitindo a facilidade de deslocamento dos pacientes ou envio das amostras.

Na eventual necessidade de constituir a rede complementar com serviços/hospitais de outro estado que não o daquele do Serviço de Referência, os gestores estaduais do SUS dos estados envolvidos deverão articular a relação entre o Serviço de Referência e o(s) serviço(s)/hospital(is) complementares.

Formalização da Rede Assistencial Complementar – a relação entre o Serviço de Referência em Triagem Neonatal e as unidades integrantes da rede assistencial complementar deverá ser devidamente formalizada, em documento escrito e assinado pelas partes, com a interveniência do(s) respectivo(s) gestor(es) estadual(is) do SUS, onde fique mínima e claramente exposto o seguinte:

- tipo de assistência complementar a ser prestada;

- a concordância do serviço complementar em receber os pacientes referenciados pelo Serviço de Referência em Triagem Neonatal;

- declaração do serviço complementar de que prestará os serviços pelo SUS e que os mesmos não acarretarão ônus de qualquer espécie, ao paciente e/ou a seus familiares;

2.2.5.2. Composição da Rede

A rede deverá prover acesso, conforme a necessidade do Serviço de Referência em Triagem Neonatal, em uma unidade ou mais aos seguintes serviços:

- Serviço Ambulatorial Especializado em Doenças Falciformes (DF) e Hemoglobinopatias (Hbpatias):

O Serviço deverá dispor de uma equipe mínima composta de um hematologista pediátrico e um hematologista de adulto, ambos com título de especialista.

- Serviço Ambulatorial Especializado em Fibrose Cística (FC):

O Serviço deverá dispor de uma equipe mínima composta de um pneumologista pediátrico e um pneumologista de adulto, ambos com título de especialista, além de um fisioterapeuta e serviço de radiologia.

- Rede Hospitalar de retaguarda credenciada para o atendimento emergencial, internamento e UTI para pacientes portadores de Doenças Falciformes, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística.

- O Hospital de referência deverá ser um Hospital Geral/Especializado, com UTI infantil e de adulto, serviço de emergência e internação.

PORTARIA MS/SAS N.º 298, DE 9 DE AGOSTO DE 2001

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições legais,

considerando que os direitos da pessoa portadora de deficiência estão legitimados no Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999;

considerando que cabe ao setor Saúde o desenvolvimento de diferentes ações que vão desde a prevenção das deficiências até a promoção da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência, assegurando sua igualdade de oportunidades;

considerando o disposto na Portaria Interministerial n.º 03, de 10 de abril de 2001, que disciplina a concessão do Passe Livre para pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual rodoviário, ferroviário e aquaviário;

considerando a necessidade de disciplinar as ações de saúde que caracterizam a pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde, e

considerando que, para efeito do cumprimento do disposto na Portaria Interministerial n.º 03/01, a deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe multiprofissional da rede de serviços de saúde do SUS, resolve:

Art. 1.º Instituir, na forma do Anexo desta Portaria, o Atestado da Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser utilizado para a identificação das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2.º Estabelecer que cabe aos gestores estaduais e municipais a adoção das providências necessárias à efetiva operacionalização do disposto nesta Portaria, definindo as instituições da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, para a emissão do Atestado de que trata o artigo 1.º desta Portaria.

Art. 3.º Esta portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Resumo

Institui o Atestado de Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser utilizado para identificação das pessoas portadoras de deficiência, com a finalidade da concessão de Passe Livre em transportes interestaduais, conforme disposto na Portaria Interministerial n.º 03, de 10 de abril de 2001.

ANEXO

MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
CONCESSÃO DE PASSE LIVRE (Lei n.º 8.999, de 29/6/94 e Decreto n.º 3.691, de 19/12/00)
ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS
 LOCAL DO EXAME: _____ DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

Nome:			
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo:	Masculino	Feminino
Identidade n.º:	Órgão Emissor:	UF:	
Mãe:			
Pai:			

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO REQUERENTE

Endereço:	
Setor:	Bairro:
Cidade:	UF:
CEP:	Telefone:

Atestamos, para a finalidade de concessão de gratuidade no transporte interestadual coletivo de passageiros, que o requerente retroqualificado possui a deficiência permanente abaixo assinalada, nos termos do Decreto n.º 3.298, de 20/12/99 (**vide definições no verso**):

Deficiência física: CID-10: _____

Deficiência auditiva: CID-10: _____

Deficiência mental: CID-10: _____

Deficiência visual: CID-10: _____

Deficiência múltipla: CID-10: _____

Assinatura
 Carimbo e Registro no Conselho
 Profissional

Assinatura
 Carimbo e Registro no CRM

DEFINIÇÕES

Decreto n.º 3.298, de 20/12/99.

“**Art. 3.º** Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I – deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II – deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III – incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Art. 4.º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I – deficiência física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoplegia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II – deficiência auditiva – perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis na forma seguinte:

- a) de 25 a 40 decibéis (db) – surdez leve;
- b) de 41 a 55 db – surdez moderada;
- c) de 56 a 70 db – surdez acentuada;
- d) de 71 a 90 db – surdez severa;
- e) acima de 91 db – surdez profunda; e
- f) anacusia;

III – deficiência visual – acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20.º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

IV – deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;

- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.”

Obs.: a deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência, anexando-se os respectivos exames complementares.

PORTARIA MS/GM N.º 1.531, DE 4 DE SETEMBRO DE 2001

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

considerando a incidência da Distrofia Muscular Progressiva na população brasileira;

considerando que a Distrofia Muscular Progressiva engloba um conjunto de doenças genéticas que se caracterizam por uma degeneração do tecido muscular dos pacientes portadores e que evolui de forma progressiva, afetando gradualmente os diversos grupos musculares e comprometendo a capacidade vital dos portadores, levando-os, inclusive, à falência respiratória;

considerando a necessidade de adotar medidas que permitam retardar a perda da função vital dos pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva ou mesmo evitá-la, bem como de promover a melhoria da qualidade/expectativa de vida destes pacientes;

considerando que pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva, de acordo com a fase da evolução de sua doença, do comprometimento da função respiratória existente e outras determinadas situações clínicas podem se beneficiar com a utilização de equipamentos que propiciem a ventilação nasal intermitente de pressão positiva, resolve:

Art. 1.º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.

Art. 2.º Determinar que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em Gestão Plena do Sistema Municipal, adotem as medidas necessárias ao cadastramento dos pacientes portadores de Distrofia Muscular Progressiva em seus respectivos âmbitos de atuação; à identificação daqueles pacientes em que a utilização de ventilação nasal intermitente de pressão positiva esteja indicada; ao cadastramento de serviços de saúde aptos a realizar a manutenção e acompanhamento domiciliar destes pacientes e à viabilização deste tipo de assistência.

Art. 3.º Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde estabeleça os critérios técnicos de implantação do Programa e adote as medidas necessárias ao fiel cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 4.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência outubro/2001.

JOSÉ SERRA

Resumo

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios adotem as medidas necessárias para a implantação do Programa.

PORTARIA MS/SAS N.º 364, DE 5 DE SETEMBRO DE 2001

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

considerando a Portaria GM/MS n.º 1.531, de 4 de setembro de 2001, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva;

considerando a necessidade de adotar providências para viabilizar a assistência ventilatória a estes pacientes e de estabelecer critérios técnicos de implantação do Programa supramencionado, resolve:

Art. 1.º Incluir, nas Tabelas de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS, o serviço e a classificação abaixo discriminados:

TABELA DE SERVIÇO

CÓD.	DESCRIÇÃO
46	Serviço de terapia em pneumologia

TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇOS

CÓD.	DESCRIÇÃO
99	Unidade com serviço próprio de assistência Ventilatória Nasal Intermitente de Pressão Positiva – VNIPP, terceirizando ventilador volumétrico tipo BiPAP.

Art. 2.º Incluir, na Tabela de Procedimentos SIA-SUS, os seguintes procedimentos:

38.151.01-6 - ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR E AVALIAÇÃO DE PACIENTE PORTADOR DE DISTROFIA MUSCULAR PROGRESSIVA SUBMETIDO À VENTILAÇÃO NASAL INTERMITENTE DE PRESSÃO POSITIVA –VNIPP – paciente/mês	
Consiste na assistência domiciliar realizada pela enfermeiro(a) para orientar aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva, submetido à ventilação nasal intermitente de pressão positiva, quanto ao uso correto do ventilador BIPAP (<i>bilevel positive airway pressure</i>) e na avaliação mensal desses pacientes pelo médico no serviço especificamente cadastrado para prestar essa assistência.	
Nível de Hierarquia	04, 07, 08
Serviço/Classificação	46/099
Atividade Profissional	01, 28, 37
Tipo de Prestador	01, 03, 04, 05, 06, 07, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	G71.0
Valor do Procedimento	R\$ 50,00

19.074.01-8 – INSTALAÇÃO/MANUTENÇÃO DE VENTILADOR VOLUMÉTRICO TIPO BIPAP – uso de ventilador/paciente/dia	
Consiste na disponibilização/manutenção domiciliar do ventilador volumétrico tipo BIPAP, apto a realizar ventilação nasal intermitente de pressão positiva indicada para paciente portador de distrofia muscular. Encontram-se incluídos no procedimento, o fornecimento de material de consumo mensal (oxigênio) e a substituição semestral de máscara de gel com touca.	
Nível de Hierarquia	04, 07, 08
Serviço/Classificação	46/099
Atividade Profissional	01, 28, 37
Tipo de Prestador	01, 03, 04, 05, 06, 07, 11, 13, 14, 15, 16, 17
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID 10	G71.0
Valor do Procedimento	R\$ 25,00

§1.º Poderão ser incluídos no Programa Assistência Ventilatória Não Invasiva os Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva e, conseqüentemente, se beneficiarem com o procedimento de que trata o *caput* deste artigo, aqueles pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva que se enquadrem nas situações clínicas cujas indicações de uso de ventilação não invasiva encontram-se estabelecidas no Anexo I desta Portaria.

§ 2.º A inclusão dos pacientes no Programa mencionado no § 1.º deverá ser precedida de avaliação clínica de cada paciente e emissão do respectivo laudo de inclusão, de acordo com as indicações clínicas estabelecidas no Anexo I, desta Portaria, a ser realizada por médico habilitado para tal e indicado pelo gestor estadual do SUS, ou pelo gestor municipal, naqueles municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal.

§ 3.º Os procedimentos ora incluídos poderão ser realizados/cobrados por serviços de saúde especificamente cadastrados para este fim pelo respectivo gestor do SUS.

§ 4.º O ventilador volumétrico será remunerado levando-se em conta o(s) dia(s) que o paciente permaneceu com assistência ventilatória.

Art. 3.º Incluir, no Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos descritos no artigo 1.º.

Art. 4.º Regularizar a utilização de formulários/instrumentos utilizados para operacionalização dos procedimentos definidos no artigo 1.º.

- Laudo Médico para Emissão de APAC (Anexo II). Documento que justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos devendo ser corretamente preenchido pelo médico responsável pelo paciente, em duas vias. Ambas as vias deverão ser encaminhadas ao órgão autorizador, sendo a 1.ª via arquivada neste e a 2.ª via encaminhada para a unidade prestadora de serviço autorizada a realizar o procedimento.

- APAC-I/Formulário (Anexo III). Documento destinado a autorizar a realização dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo, devendo ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A 1.ª via deverá ser arquivada no órgão autorizador e a 2.ª via será encaminhada juntamente com a 2.ª via do laudo médico para a unidade prestadora de serviço autorizado a realizar o procedimento.

- APAC-II/Meio Magnético. Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de pacientes e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§1.º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer *lay out* próprio do Laudo Médico e definirem outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações definidas no *lay out* do Laudo constante do Anexo II desta Portaria.

§2.º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a Portaria SAS/MS n.º 492, de 26 de agosto de 1999.

§3.º Somente os profissionais médicos, não vinculados à rede SUS como prestadores de serviços, poderão ser autorizadores.

Art. 5.º Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identificação do Contribuinte - CPF/CIC, para identificar os pacientes nos documentos/instrumentos: Laudo Médico para Emissão de APAC, APAC-I/Formulário, APAC-II/Meio Magnético. Não é obrigatório o seu registro para os pacientes que até a data da realização do procedimento não possuam esta documentação, pois os mesmos serão identificados nominalmente.

Art. 6.º Determinar que as unidades que vieram a integrar-se ao SIA-SUS para a realização do procedimento definido no artigo 1.º desta Portaria deverão seguir as normas por ela estabelecidas.

Art. 7.º Estabelecer que a APAC-I/Formulário será emitida para autorizar a realização para os procedimentos principais abaixo relacionados:

CÓDIGO	PROCEDIMENTO
19.074.01-8	Instalação/manutenção do ventilador volumétrico tipo BIPAP – uso ventilador/paciente/dia.
38.151.01-6	Acompanhamento domiciliar e avaliação de paciente portador de distrofia muscular progressiva, submetido à ventilação nasal intermitente de pressão positiva.

Art. 8.º Estabelecer que a cobrança dos procedimentos autorizados na APAC-I/Formulário será efetuada por intermédio de APAC-II/Meio Magnético e deverá ocorrer somente no mês da realização do procedimento da seguinte forma:

§1.º APAC-II/Meio Magnético Inicial – abrange o período a partir da data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§2.º APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – abrange o 2.º e 3.º meses subsequentes a APAC-II/Meio Magnético inicial.

Art. 9.º Definir que APAC II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
6.8	Alta por outras intercorrências
7.1	Permanece na mesma unidade com o mesmo procedimento
8.1	Transferência para outra unidade
8.2	Transferência para outra unidade por intercorrência
9.1	Óbito relacionado à doença

9.2	Óbito não relacionado à doença
-----	--------------------------------

Art. 10. Utilizar, para o registro das informações dos procedimentos, as Tabelas do Sistema APAC-SIA abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo IV);
- Tabela de Nacionalidade (Anexo V).

Art. 11. Definir que o Departamento de Informática do SUS – DATASUS disponibilizará no BBS/DATASUS/MS área 38- SIA, o programa da APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 12. Estabelecer que as unidades prestadoras de serviços deverão manter arquivados a APAC-I/Formulário autorizada e o Relatório Demonstrativo de APAC-II/Meio Magnético correspondente, para fins de consulta da auditoria.

Art. 13. Determinar que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 14. Estabelecer que, em conformidade com o determinado no artigo 2.º da Portaria GM/MS n.º 1.531, de 4 de setembro de 2001, as Secretarias de Saúde do estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal deverão adotar as seguintes medidas para implementação do Programa:

- cadastrar os pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva em seus respectivos âmbitos de atuação;
- identificar aqueles pacientes em que a utilização de ventilação nasal intermitente de pressão positiva esteja indicada;
- cadastrar serviços de saúde aptos a realizar a manutenção e acompanhamento domiciliar destes pacientes;
- viabilizar a manutenção e acompanhamento domiciliar dos pacientes.

§ 1.º O gestor do SUS deverá identificar dentre os serviços integrantes de sua rede assistencial, aquele(s) que esteja(m) apto(s) a realizar os procedimentos constantes do o artigo 1.º desta Portaria, que tenham disponível para a coordenação do trabalho um médico pneumologista e pessoal técnico habilitado ao manuseio/manutenção do equipamento previsto;

§ 2.º Identificado(s) o(s) serviço(s), cuja escolha deverá recair, preferencialmente, sobre hospitais públicos ou filantrópicos, o gestor deverá proceder ao seu cadastramento, informando imediatamente à Secretaria de Assistência à Saúde para fins de publicação do cadastro.

Art. 15. Definir que será permitido ao serviço cadastrado a terceirização da instalação/manutenção dos ventiladores volumétricos do tipo BiPAP, facultando ao prestador privado sem fins lucrativos a proceder à cessão de seus créditos, relativos à realização desses procedimentos, em benefício da empresa fornecedora dos ventiladores volumétricos tipo BiPAP.

Art. 16. Estabelecer que para os fornecedores dos ventiladores volumétricos tipo BiPAP

habilitarem-se à cessão de crédito, de que trata o artigo 15 desta Portaria, deverão estar cadastrados no SIA-SUS, por meio do preenchimento da Ficha Cadastral de Mantenedora e/ou Fornecedora – FCM/F (Anexo VI), devidamente assinada e autorizada pelo gestor, na qual deverá constar a conta corrente e agência bancária do Banco do Brasil S/A, onde serão efetuados os créditos dos valores correspondentes à cessão de crédito de que trata esta Portaria.

Art. 17. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a contar da competência outubro de 2001, revogadas as disposições em contrário.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Resumo

Inclui nas Tabelas de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatórias do SUS – SIA-SUS, serviços e procedimentos de terapia em pneumologia e de assistência a pacientes com Distrofia Muscular Progressiva, de modo a possibilitar a implementação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva, de que trata a Portaria MS/GM n.º 1.531, de 4/9/2001.

ANEXO I

INDICAÇÕES CLÍNICAS PARA UTILIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA EM PORTADORES DE Distrofia Muscular Progressiva

1. Introdução

A Distrofia Muscular Progressiva engloba um grupo de doenças genéticas que se caracterizam por uma degeneração progressiva do tecido muscular. Até o presente momento tem-se conhecimento de mais de 30 formas de distrofia muscular. A forma mais freqüente e mais grave é a do tipo Duchenne, cuja incidência média é de 1 cada 3.500 nascidos do sexo masculino.

Na distrofia muscular o recém-nato, é aparentemente normal. Entre os 3 e 4 anos de vida o paciente apresenta dificuldade para subir escadas, correr e quedas freqüentes. Com a evolução da doença, as limitações vão crescendo a ponto de, em torno dos 10 a 12 anos de vida, o paciente ficar incapacitado de andar, necessitando do uso de cadeira de rodas. Na progressão da doença outros grupos musculares vão sendo atingidos como os dos membros superiores, coração e musculatura respiratória.

Na Distrofia Muscular de Duchenne uma insuficiência respiratória restritiva desenvolve-se na adolescência, no período que se segue à perda da capacidade de andar, ocasionando perda progressiva da capacidade vital. A falência respiratória é a causa de morte em cerca de 80% dos pacientes, devendo-se à disfunção da musculatura respiratória acessória, incluindo os músculos intercostais, os abdominais e, principalmente, o diafragma.

Estudos recentes demonstram que a ventilação nasal intermitente de pressão positiva (VNIPP), com o auxílio de ventiladores volumétricos do tipo BiPAP (*bilevel positive airway pressure*), não apenas retarda a perda da capacidade vital como pode evitá-la. Isso significa que a VNIPP retarda ou impede a progressão da insuficiência respiratória, não apenas melhorando a qualidade de vida, mas também a expectativa de vida. Os benefícios do suporte ventilatório são extremamente importantes, determinando, não raro de forma dramática, a mudança para melhor da vida dos portadores de doenças neuromusculares.

A utilização de suporte ventilatório nos pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva deve ser adequadamente avaliada e indicada, devendo-se para tanto considerar os critérios para sua indicação estabelecidos no presente documento.

2. Critérios Clínicos de Indicação

Deve ser avaliada clinicamente a evolução da disfunção respiratória do paciente. O agravamento das condições respiratórias traduzido por fadiga, dispnéia e cefaléia matinal são sugestivos de uma possível necessidade de suporte ventilatório. A estes critérios clínicos deve-se acrescentar pelo menos um dos critérios fisiológicos abaixo descritos.

3. Critérios Fisiológicos

A presença de apenas um destes critérios já se constitui em indicação de uso de ventilação não invasiva.

- a) PCO_2 maior ou igual a 45 mmHg;
- b) Oximetria noturna demonstrando saturação de oxigênio menor ou igual a 88%, por 05 minutos consecutivos;

- c) Pressão inspiratória máxima menor que 60 cm de água;
- d) Capacidade Vital Forçada menor que 50% do preditao.

4. Utilização de Ventilação não Invasiva

Nos casos em que a ventilação não invasiva esteja indicada, a mesma, a critério médico, poderá se fazer necessária apenas no período noturno, momento em que são observadas inicialmente as alterações decorrentes da dessaturação.

Com a evolução da doença e a progressiva queda da capacidade vital, a necessidade de utilização do suporte ventilatório poderá se estender ao período diurno.

Segundo a *Muscular Dystrophy Association*, a ventilação deverá se estender para as 24 horas do dia quando a Capacidade Vital Forçada for menor que 30% do predito. Nesses casos a traqueostomia poderá ser considerada.

5. Bibliografia:

- 1 - Clinical Indications for Noninvasive Positive Pressure Ventilation in Chronic Respiratory Failure Due to Restrictive Lung Disease, COPD, and Nocturnal Hypoventilation – A Consensus Conference Report (Chest 1999; 116:521 – 534);
- 2 - Impact of Nasal Ventilation on Survival in Hypercapnic Duchenne Muscular Dystrophy. A K Simonds, F Muntoni, S Fielding (Thorax 1998; 53:949 – 952).

ANEXO II

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE APAC DE ACOMPANHAMENTO/ASSISTÊNCIA VNIPP	N.º do Prontuário
Identificação da Unidade			
Nome		CNPJ	
Dados do Paciente			
Nome			
CPF/CMS		Nome da Mãe ou Responsável	
Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)		DDD	Nº TELEFONE
Município	UF	CEP	Data de nascimento
CONVÊNIO		Sexo	MASC. FEM.
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nome do Conselho	
Dados da Solicitação			
Código do Procedimento		Nome do Procedimento	
Código do Procedimento		Nome do Procedimento	
CPF do Médico		Nome do Médico	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
DIAGNÓSTICO		CID 10	
INDICAÇÃO DE VNIPP			
Critérios Clínicos:			
Critérios Fisiológicos:			
Necessidade de utilização:			
<input type="checkbox"/> Nenhuma			
<input type="checkbox"/> Nenhuma e alguma			
DATA		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

ANEXO III

 SUS <small>SI ST EMA ÚNICO DE BAÚ DE</small>	APAC I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	<small>NÚMERO DA APAC</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>NOME DO PACIENTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>		<small>CPF/CNS</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
SOLICITAÇÃO		
<small>NOME DA UNIDADE SOLICITANTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>		<small>CÓDIGO</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>CPF DO MÉDICO SOLICITANTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>NOME DO MÉDICO SOLICITANTE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	
AUTORIZAÇÃO		
<small>PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)</small>		<small>CÓDIGO</small>
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>		
<small>ÓRGÃO AUTORIZADOR</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>		<small>CÓDIGO</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>CNPJ</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>CÓDIGO</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>PERÍODO DE VALIDADE</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>CPF DO AUTORIZADOR</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>	<small>ASSINATURA E CARIMBO</small> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<small>APAC Formulário</small>		

ANEXO IV

TABELA DE MOTIVO DE COBRANÇA

CÓD.	DESCRIÇÃO
3.1	Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI)
3.2	Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento)
3.3	Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI)
3.4	Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI)
3.5	Indicação para cirurgia com implante coclear
3.6	Audição normal
3.7	Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústicas)
4.1	Exame(s) realizado(s)
4.2	Paciente não compareceu para tratamento
5.1	Suspensão do(s) medicamento(s) por indicação médica devido à conclusão do tratamento
5.2	Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento
5.3	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS
5.4	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito
5.5	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento
5.6	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida a mudança da medicação
5.7	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devido a intercorrências
5.8	Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação
6.0	Alta do treinamento de DPAC ou DPA
6.1	Alta por recuperação temporária da função renal
6.2	Alta para transplante
6.3	Alta por abandono do tratamento
6.4	Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto
6.5	Alta de procedimentos cirúrgicos
6.6	Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.7	Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.8	Alta por outras intercorrências
6.9	Alta por conclusão do tratamento
7.1	Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento
7.2	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento
7.3	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento
7.4	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento
7.5	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade
8.1	Transferência para outra UPS
8.2	Transferência para internação por intercorrência
9.1	Óbito relacionado à doença
9.2	Óbito não relacionado à doença
9.3	Óbito por toxicidade do tratamento

ANEXO V

TABELA DE NACIONALIDADE

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14	VENEZUELANO
15	COLOMBIANO
16	PERUANO
17	EQUATORIANO
18	SURINAMÊS
19	GUIANENSE
20	NATURALIZADO BRASILEIRO
21	ARGENTINO
22	BOLIVIANO
23	CHILENO
24	PARAGUAIO
25	URUGUAIO
30	ALEMÃO
31	BELGA
32	BRITÂNICO
34	CANADENSE
35	ESPAÑHOL
36	NORTE - AMERICANO (EUA)
37	FRANCÊS
38	SUÍÇO
39	ITALIANO
41	JAPONÊS
42	CHINÊS
43	COREANO
45	PORTUGUÊS
48	OUTROS LATINO-AMERICANOS
49	OUTROS ASIÁTICOS
50	OUTROS

ANEXO VI



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS - SIA/SUS
 Ficha Cadastral de Mantenedora e/ou Fornecedor - FMC/F

1 - DADOS OPERACIONAIS →

2 - IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

DECLUSÃO
ALTERAÇÃO
EXCLUSÃO

UF

CNPJ

MANTENEDORA

FORNECEDORA

Identificação da Mantenedora/Empresa Fornecedor

1 NOME/RAZÃO SOCIAL

2 LOGADOURO (RUA, PRAÇA)

COMPLEMENTO BAIRRO CEP

MUNICÍPIO CÓDIGO REG DDD TELEFONE

3 BANCO (NOME) BANCO Nº AGÊNCIA CONTA CORRENTE

NR

NUMERO

DATA DO PREENCHIMENTO (OBRIGATORIO) ▶

DIA	MÊS	ANO

Formalização

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA MANTENEDORA E/OU EMPRESA FORNECEDORA

DATA

Assinatura e Carimbo do Gestor Municipal do SUS

DATA

Assinatura e Carimbo do Gestor Estadual do SUS

DATA

PORTARIA MS/GM N.º 1.635, DE 12 DE SETEMBRO DE 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais,

considerando a necessidade de garantir às pessoas portadoras de deficiência mental e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas,

considerando a necessidade de organização do atendimento à pessoa portadora de deficiência mental e de autismo no Sistema Único de Saúde, e

considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes com deficiência mental e autismo que demandem cuidados de atenção em saúde, resolve:

Art. 1.º Incluir, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, o procedimento abaixo relacionado:

38.000.00-8	Acompanhamento de Pacientes
38.080.00-1	Acompanhamento de Pacientes com Deficiência Mental ou com Autismo
38.081.00-8	Acompanhamento de Pacientes com Deficiência Mental ou com Autismo
38.081.01-6	Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neurossensorial
Consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora, realizada por equipe multiprofissional, visando à reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de deficiência mental ou com autismo (máximo 20 procedimentos/paciente/mês).	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	18/100
Atividade Profissional	02, 28, 36, 39, 54, 55 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01,02,03,04,05,06,07,09,11,12, 13,14, 15, 16, 17,19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F70,F71,F72,F73,F78,F79,F83,F84,F84.0.F84.1,F84.2,F84.3,F84.4,F84.5,F84.8, F84.9
Valor do Procedimento	14,00

Art. 2.º Incluir, no Subsistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, o Procedimento definido no artigo 1.º desta Portaria e regulamentar a utilização de instrumentos e formulários para sua operacionalização:

- Laudo para Emissão de APAC para pessoas portadoras de deficiência mental ou com autismo (Anexo I). Este documento justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação do procedimento. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo

paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda será encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.

- APAC-I/Formulário (Anexo II). Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda via será encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.
- APAC-II/Meio Magnético. Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1.º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer *lay out* próprio do Laudo e definir outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações contidas no *lay out* desta Portaria.

§ 2.º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário são de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a Portaria SAS/MS n.º 492, de 26 de agosto de 1999.

§ 3.º Cabe aos gestores estaduais/municipais designar os órgãos autorizadores.

Art. 3.º Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/ Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC para identificar os pacientes no Sistema.

Parágrafo único. O uso do CPF/CIC não é obrigatório para os pacientes que não o possuem até a data da realização do Procedimento. Nesses casos, eles serão identificados nominalmente.

Art. 4.º Definir que a APAC-I/Formulário será emitida para a realização do procedimento de código 38.081.01-6 Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neurosensorial (Procedimento Principal).

Art. 5.º Definir que a cobrança do procedimento autorizado na APAC-I/Formulário será efetuada somente por intermédio da APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1.º APAC-II/Meio Magnético Inicial – abrange o período que compreende a data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§ 2.º APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – abrange o período que compreende os 2.º e 3.º meses subseqüentes a APAC-II/Meio Magnético Inicial.

Art. 6.º Estabelecer que somente as unidades cadastradas no SIA-SUS que possuam o serviço de reabilitação com classificação 18/100 poderão realizar/cobrar o procedimento de código 38.081.01-6 Acompanhamento de Pacientes que Necessitam de Estimulação Neurosensorial.

Art.7.º As unidades cadastradas no SIA-SUS que prestam atendimento ao portador de deficiência mental e autismo poderão realizar e cobrar em BPA (Formulário ou Meio Magnético) os seguintes procedimentos:

0702104-6 – Aplicação de testes para psicodiagnóstico

0702105-4 – Terapias em Grupo

0702106-2 – Terapias Individuais

0702107-0 – Visita Domiciliar para Consulta/Atendimento em Assistência Especializada e de Alta Complexidade

18.01101-2 – Atendimento a alterações motoras

19.141.01.7 – atendimentos a pacientes que demandem cuidados intensivos de reabilitação

visual e/ou auditiva e/ou mental e/ou autismo

19.151.03-9 – Atendimento em Oficinas Terapêuticas I

19.151.04-7 – Atendimento em Oficinas Terapêuticas II

Art. 8.º Determinar que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivos de Cobrança do SIA-SUS:

6.3 Alta por abandono do tratamento;

6.9 Alta por conclusão do tratamento;

7.1 Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento;

7.2 Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento;

8.1 Transferência para outra UPS;

9.1 Óbito relacionado à doença;

9.2 Óbito não relacionado à doença.

Art. 9.º Definir que o valor do Procedimento constante do artigo 1.º desta Portaria inclui todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais, voltadas para a assistência às pessoas portadoras de deficiência mental ou autismo.

Art. 10. Utilizar as Tabelas do Sistema APAC-SIA, abaixo relacionadas, para registrar as informações referentes aos procedimentos:

- Tabela Motivos de Cobrança (Anexo III);
- Tabela de Nacionalidade (Anexo IV).

Art. 11. Definir que o Departamento de Informática do SUS – DATASUS disponibilizará em seu BBS/DATASUS/MS área 38 - SIA, o programa da APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 12. Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuarem o acompanhamento, o controle, a avaliação e a auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 13. Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

10.302.0023.4306 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar em regime de Gestão Plena do Sistema Único de Saúde – SUS;

10.302.0023.4307 – Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar prestado pela Rede Cadastrada no Sistema Único de Saúde – SUS.

Art. 14. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos financeiros a partir da competência outubro/2002, revogando-se as disposições em contrário.

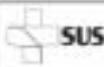
BARJAS NEGRI

Resumo

Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS, procedimentos específicos para o atendimento de pacientes portadores de deficiência mental e autismo.

ANEXO I

ANEXO I

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA EMISSÃO DE APAC DE ESTIMULAÇÃO NEURO-SENSORIAL	Nº do Fronteiriço
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
Nome		CNPJ	
Dados do Paciente			
Nome			
CNS DO USUÁRIO		CPF	
Nome da Mãe ou Responsável			
Endereço (logradouro, nº, complemento, bairro)		DDD	Nº DO TELEFONE
Município	UF	CEP	Data de Nascimento
CONVÊNIO	Sin. / Não	Nome do Convênio	
DADOS DA SOLICITAÇÃO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		NOME DO PROCEDIMENTO	
CD 10	PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
1			
2			
3			
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)			
CNS DO PROFISSIONAL		CPF DO PROFISSIONAL	
DATA	ASSINATURA E CARIMBO COM O Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO PACIENTE		

Laudo_APAC_Antônio.pdf

ANEXO II

ANEXO II

 SUS <small>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</small>	APAC- I - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO	NÚMERO DA APAC
NOME DO PACIENTE		
CNS		CPF
SOLICITAÇÃO		
NOME DA UNIDADE SOLICITANTE		CÓDIGO
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
AUTORIZAÇÃO		
PROCEDIMENTO/MEDICAMENTO(S) AUTORIZADO(S)		CÓDIGO
ÓRGÃO AUTORIZADOR		CÓDIGO
NOME DA UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS	CNPJ	CÓDIGO
CNS DO AUTORIZADOR		CPF DO AUTORIZADOR
PERÍODO DE VALIDADE	ASSINATURA E CARIMBO	

ANEXO III

TABELA DE MOTIVO DE COBRANÇA DA APAC

Cód.	Descrição
2.1	Recebimento de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção
2.2	Equipamento não dispensado dentro do período de validade da APAC;
2.3	Equipamento não dispensado (inadequação do equipamento)
3.1	Deficiência auditiva comprovada (utilizado para a indicação do AASI)
3.2	Adaptação do AASI (utilizado para indicação do procedimento acompanhamento)
3.3	Progressão da perda auditiva (utilizado para indicação de reposição do AASI)
3.4	Falha técnica de funcionamento dos componentes internos e/ou externos do AASI (utilizado para indicação de reposição do AASI)
3.5	Indicação para cirurgia com implante coclear
3.6	Audição normal
3.7	Diagnóstico em fase de conclusão (utilizado para cobrança dos exames BERA e Emissões Otoacústicas)
4.1	Exame(s) realizado(s)
4.2	Paciente não compareceu para tratamento
5.1	Suspensão do(s) medicamento(s) por indicação médica devido à conclusão do tratamento
5.2	Permanência do fornecimento do(s) medicamento(s) por continuidade do tratamento
5.3	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por transferência do paciente para outra UPS
5.4	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por óbito
5.5	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por abandono do tratamento
5.6	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devida a mudança da medicação
5.7	Suspensão do fornecimento do(s) medicamento(s) por indicação médica devido a intercorrências
5.8	Interrupção temporária do fornecimento do(s) medicamento(s) por falta da medicação
6.0	Alta do treinamento de DPAC ou DPA
6.1	Alta por recuperação temporária da função renal
6.2	Alta para transplante
6.3	Alta por abandono do tratamento
6.4	Alta do acompanhamento do receptor de transplante para retransplante por perda do enxerto
6.5	Alta de procedimentos cirúrgicos
6.6	Alta por progressão do tumor na vigência do planejamento (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.7	Alta por toxicidade (sem perspectiva de retorno ao tratamento)
6.8	Alta por outras intercorrências
6.9	Alta por conclusão do tratamento
7.1	Permanece na mesma UPS com mesmo procedimento
7.2	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento
7.3	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de linha de tratamento
7.4	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento em função de mudança de finalidade de tratamento
7.5	Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento por motivo de toxicidade
8.1	Transferência para outra UPS
8.2	Transferência para internação por intercorrência
9.1	Óbito relacionado à doença
9.2	Óbito não relacionado à doença
9.3	Óbito por toxicidade do tratamento