

SAÚDE
SEM LIMITE



**INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO
AUDITIVA, FÍSICA¹, INTELECTUAL² E VISUAL
(CER e serviços habilitados em uma única modalidade)³**

Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012

¹ Inclui os serviços de apoio à Pessoa com Ostomia e as Oficinas Ortopédicas

² Inclui o serviço de Atenção à Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo

³ Versão atualizada e publicada em 10 de abril de 2013

SUMÁRIO

1. SEÇÃO I - CONCEITOS ORIENTADORES

- 1.1. Capítulo 1 – Introdução** 03
- 1.2. Capítulo 2 – Acesso** 05
- 1.3. Capítulo 3 – Construção de Projeto Terapêutico** 06

2. SEÇÃO II - NORMAS DE FUNCIONAMENTO

- 2.1. Capítulo 4 – Normas Gerais de Funcionamento do CER e Serviços Especializados em Reabilitação** 08
- 2.1.1. Das instalações físicas** 08
- 2.1.2. Do horário de funcionamento** 08
- 2.1.3. Dos Recursos Humanos** 08
- 2.1.4. Da carga horária dos profissionais** 09
- 2.1.5. Do número de pacientes/mês atendidos** 09

3. SEÇÃO III – MODALIDADES DE REABILITAÇÃO

- 3.1. Capítulo 5 – O serviço de reabilitação/habilitação Auditiva** 10
- 3.2. Capítulo 6 – O serviço de reabilitação/habilitação Física** 23
- 3.2.1. Atenção à Pessoa Ostomizada** 29
- 3.2.2. Oficina Ortopédica** 31
- 3.3. Capítulo 7 – O serviço de reabilitação/habilitação Intelectual e transtornos do espectro do autismo** 38
- 3.4. Capítulo 8 – O serviço de reabilitação/habilitação Visual** 46

4. ANEXO I – COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES PROFISSIONAIS

- 4.1. Por Modalidade de Reabilitação** 63
- 4.2. Por Tipo de CER - II, III e IV** 67

SEÇÃO I

CONCEITOS ORIENTADORES

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

Embora o termo reabilitação seja largamente usado no campo da saúde como referência aos processos de cuidado que envolve medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual; o uso do prefixo “re” tem sido bastante debatido.

Conforme documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4ª Ed., 2008; é preciso ater-se à distinção entre os processos de Reabilitação/Reabilitar e Habilitação/Habilitar.

Habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o “re” se aplica.

Outra dimensão importante que merece destaque é que as ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multiprofissionais e

desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

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

Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). De maneira similar a incapacidade refere-se a um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições de participação. Indica, portanto, os aspectos negativos da interação de um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais, ambientais e pessoais. Deficiência e atividade norteiam o processo de reabilitação. Enquanto a primeira trata de uma anormalidade de uma estrutura do corpo ou função fisiológica, a segunda mostra o contexto da tarefa ou ação de um indivíduo, ou seja, a perspectiva individual da funcionalidade (OMS/OPAS, 2003).

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

- O corpo, compreendido em sua dimensão funcional e estrutural;
- Atividade e Participação, como aquilo que o corpo é capaz de realizar. Representa aspectos da funcionalidade individual e social, englobando

todas as áreas vitais, desde as atividades básicas do cotidiano, até interações interpessoais e de trabalho;

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

CAPÍTULO 2 – ACESSO

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

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

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

assistência especializada em reabilitação para pessoas com deficiência, de modo articulado aos demais pontos de atenção da atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência.

CAPÍTULO 3 – CONSTRUÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO

O enfoque do trabalho em saúde com pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais.

A reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como, os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais da equipe é de fundamental importância para a qualificação do cuidado e para a eleição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo de reabilitação.

Como em qualquer outro processo de trabalho, o projeto terapêutico definido para cada caso, deve ser periodicamente avaliado e ajustado sempre que se fizer necessário, tanto em termos de objetivos, quanto das estratégias a serem utilizadas.

Os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir:

- Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência;

- Estimulação precoce permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento;
- Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;
- Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;
- Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades;
- Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas;
- Reavaliação periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo;
- Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos;
- Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado;
- Participar e/ou promover, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva;
- Buscar articulação serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência.

SEÇÃO II

NORMAS DE FUNCIONAMENTO

CAPÍTULO 4 – Normas Gerais de Funcionamento do CER e Serviços Especializados em Reabilitação

4.1 Das instalações físicas

4.1.1 Devem estar em conformidade com as normas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (NBR 9050:1994)⁴, o *Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas* e o *Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência*⁵.

4.2 Do horário de funcionamento

4.2.1 Os serviços de Reabilitação dos CER II, III ou IV terão funcionamento de no mínimo 8 horas diárias de segunda à sexta.

4.3 Dos Recursos Humanos

4.3.1 Os estabelecimentos e serviços de reabilitação devem contar com um responsável técnico, com nível superior, devidamente habilitado, que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado no Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha.

4.3.2 A composição e o dimensionamento da equipe multiprofissional devem considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação e suas possibilidades de combinações para o CER II, III ou IV, conforme **Anexo I** deste Instrutivo.

⁴ Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/normas-abnt>

⁵ Disponível em <http://www.saude.gov.br/pessoacomdeficiencia>

4.3.3 Para as especialidades médicas, fica instituído que o gestor estadual ou municipal deve garantir a contratação ou a referência assistencial de médicos especialistas para cada modalidade de reabilitação prestada, conforme parâmetros descritos no **Anexo I** deste instrutivo, dimensionando o número de profissionais de modo a garantir o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários em cada uma das especialidades.

4.4 Da carga horária dos profissionais:

4.4.1 Os profissionais das equipes de saúde dos serviços de reabilitação deverão possuir carga semanal de 20, 30 ou 40 horas/semana.

4.4.2 Caso os profissionais cumpram uma carga horária menor do que o parâmetro acima, o serviço deverá redimensionar o número de profissionais de sua equipe, garantindo o acesso e a qualidade dos serviços prestados aos usuários em cada uma das especialidades.

4.5 Do número de pacientes/mês atendidos:

4.5.1 A média do número de usuários atendidos deve considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação, a saber⁶:

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

4.6 Para os estabelecimentos habilitados em apenas uma modalidade de reabilitação até a data anterior à publicação das Portarias: MS-GM nº 793 de 24 de abril de 2012 e MS-GM nº 835 de 25 de abril de 2012, permanecem as exigências técnicas estabelecidas quando da data de sua habilitação.

⁶ No caso do CER, deve-se somar o número de usuários/mês, a partir do tipo e modalidades de reabilitação.

SEÇÃO III

MODALIDADES DE REABILITAÇÃO

CAPÍTULO 5 – O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO AUDITIVA

Os serviços que oferecem reabilitação de pessoas com deficiência auditiva são aqueles que podem fazer a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Devem garantir o melhor aproveitamento da audição residual da pessoa com deficiência auditiva realizando o processo de reabilitação auditiva, incluindo: diagnóstico - consultas e exames audiológicos -, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Além disso, é de fundamental importância o acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características eletroacústicas do aparelho auditivo utilizado pelo usuário, bem como para as orientações quanto ao uso e manuseio do AASI.

Os adultos ou crianças que apresentem dificuldades de comunicação decorrentes de uma perda auditiva são candidatos potenciais ao uso de aparelho de amplificação sonora individual. As indicações do uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica e fonoaudiológica, conforme segue:

- Classe I: Há consenso quanto à indicação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas.
- Classe II: Há controvérsia quanto à indicação do AASI, devendo ter justificativa da necessidade.

- Classe III: Há consenso quanto à falta de indicação ou contraindicação do AASI.

5.1 Critérios de indicação do uso do AASI:

Os critérios de Indicação do uso do AASI são estabelecidos abaixo:

Classe I

- Adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz, superior a 40 dB NA;
- Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000 e 2000 Hz, superior a 30 dB NA.

Classe II

- Crianças com perdas auditivas cuja média dos limiares de audibilidade encontra-se entre 20 dB NA e 30 dB NA (perdas auditivas mínimas);
- Indivíduos com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional);
- Indivíduos com perda auditiva flutuante bilateral (desde que tenham monitoramento médico e audiológico sistemático);
- Indivíduos adultos com perda auditiva profunda bilateral pré-lingual, não oralizados (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação);
- Indivíduos adultos com perda auditiva e distúrbios neuropsicomotores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de comunicação oral;
- Indivíduos com alterações neurais ou retro cocleares (após diagnóstico etiológico estabelecido);
- Perda auditiva limitada a frequências acima de 3000 Hz.

Classe III

- Intolerância a amplificação devido a desconforto acústico intenso, tendo sido esgotadas as possibilidades de ajustes da saída do AASI;
- Anacusia unilateral com audição normal no ouvido contralateral.

5.2 Critérios para Avaliação Diagnóstica e Indicação do uso de AASI:

No que se refere à avaliação diagnóstica e indicação do uso de AASI, deve-se considerar:

5.2.1 Usuários de até três anos:

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

- Testes de percepção da fala;
- Questionários de avaliação do desempenho auditivo.

5.2.2 Usuários acima de três anos:

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

5.2.3 Usuários acima de três anos para o diagnóstico diferencial:

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

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

5.3 Critérios para Seleção e Adaptação de AASI:

No processo de seleção e adaptação de AASI devem-se considerar os seguintes critérios para escolha do AASI:

5.3.1 Tipo de Aparelho de Amplificação Sonora Individual

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

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

Em crianças e adolescentes **é obrigatório** o uso de AASI que apresentem **entrada direto de áudio**.

5.3.2 Adaptação via óssea

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

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

5.3.3 Adaptação unilateral x bilateral

- É preferencial a indicação bilateral;
- A adaptação de AASI unilateral procede nos seguintes casos:
 - Adulto com perda auditiva assimétrica quando um dos lados é anacusico;

- Perda auditiva bilateral, quando as condições anatômicas e/ou fisiológicas da orelha externa e/ou orelha média impossibilitarem a utilização de AASI de condução aérea bilateral e questões de conforto impossibilitar o uso de AASI de condução óssea.
- Opção do usuário após experiência bilateral.

5.3.4 Molde auricular

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

5.3.5. Seleção das características eletroacústicas

- Devem ser registradas no prontuário do usuário as seguintes informações:

- Os valores do ganho, resposta de frequência e saída máxima, prescritos a partir dos limiares auditivos e/ou medidas supraliminares;
 - A regra prescritiva utilizada e valores da prescrição de ganho por frequência e saída máxima, devem ser determinadas a partir dos limiares auditivos e/ou medidas supraliminares para estes cálculos;
 - As características dos circuitos especiais, as entradas alternativas, a necessidade de adaptação de AASI por condução óssea.
- Na seleção de ganho e saída máxima para bebês e crianças até três anos devem, necessariamente, ser utilizados métodos prescritivos que considerem a medida da diferença entre o acoplador de 2,0 ml e a orelha real (RECD - Real Ear to Coupler Difference).
 - Os aparelhos selecionados devem estar devidamente registrados pelos fabricantes e distribuidores junto a ANVISA.
 - Os aparelhos selecionados devem estar classificados segundo os tipos com as **características mínimas** e recursos eletroacústicos, conforme apresentado abaixo:

Características Mínimas e Recursos Eletroacústicos

Tipo A	Tipo B	Tipo C
Digital	Digital programável	Digital programável
Dois canais*	Três canais*	Cinco canais*
Controle de volume manual ou automático	Controle de volume manual ou automático	Controle de volume manual ou automático
Compressão não linear	Compressão não linear	Compressão não linear
Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais	Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais	Entrada de áudio nos retroauriculares convencionais
Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho	Gerenciador de microfonia ativo sem redução de ganho
Bobina telefônica**	Bobina telefônica manual ou automática**	Bobina telefônica manual ou automática**
Microfone omni ou direcional	Microfone omni e direcional fixo	Microfone omni e direcional adaptativo
	Dois programas de áudio (manual ou automático)	Três programas de áudio (manual ou automático)

	Redução de ruído	Redução de ruído
	Registro de dados de uso	Registro de dados de uso
Sistema de adaptação por via óssea		Sistema de adaptação CROS
Digital		Digital programável
Um canal		Dois canais
Controle de volume manual ou automático		Controle de volume manual ou automático
Compressão		Compressão
Entrada de áudio (q.do BTE convencional)		Entrada de áudio (q.do BTE convencional)
Sistema de sustentação (arco ajustável ou banda elástica)		Conectividade sem fio
Vibrador ósseo		Adaptador CROS
		Fio simples três pinos
		Sistema de conectividade sem fio
		Digital programável
		Seis canais
		Controle de volume manual ou automático

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

** Se houver espaço no dispositivo.

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

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

5.4 Verificação do desempenho e benefício fornecido pelo aparelho:

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

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

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

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

5.5 Avaliação de resultados:

O benefício objetivo deve ser avaliado com medidas de desempenho em testes de reconhecimento de fala, no silêncio e no ruído. Medidas em campo livre podem ser utilizadas para a avaliação dos níveis mínimos de respostas do AASI. O benefício subjetivo e satisfação do usuário devem ser avaliados a partir do desempenho em atividades cotidianas, bem como sua participação social podendo ser mensurados por meio de questionários adequados à faixa etária do usuário.

5.6 Acompanhamento:

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

5.6.1 Usuários até três anos devem ser acompanhados até quatro vezes/ano, por meio de:

- Avaliação Otorrinolaringológica;
- Avaliação Audiológica:

- ❖ Audiometria de Reforço Visual (VRA) a partir dos 5 meses de uso do AASI;
- ❖ Audiometria em campo livre com e sem AASI;
- ❖ Imitanciometria;
- Reposição de molde auricular
- Verificação do desempenho eletroacústico do AASI:
 - ❖ Medida da RECD;
 - ❖ Verificação Eletroacústica no acoplador 2,0 ml, utilizando a RECD como fator de correção;
- Níveis mínimos de respostas em campo livre com e sem AASI
- Protocolo de avaliação da função auditiva;
- Protocolo de avaliação do desenvolvimento de linguagem;
- Orientação e aconselhamento à família quanto ao manuseio e manutenção dos componentes do AASI e a conscientização da necessidade da terapia fonoaudiológica.

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

- Avaliação Otorrinolaringológica;
- Avaliação Audiológica:
 - ❖ Audiometria tonal;
 - ❖ Logaudiometria (LDV, LRF, IRF);
 - ❖ Imitanciometria.
- Reposição de molde auricular, micro tubos ou receptores no canal;
- Reposição de cápsula dos aparelhos intra canal e micro canal uma vez ao ano;
- Verificação do desempenho eletroacústico do AASI:

- ❖ Medidas com microfone sonda.
- Protocolo de avaliação da função auditiva;
- Protocolo de avaliação do desenvolvimento de linguagem;
- Orientação e aconselhamento à família quanto ao manuseio e manutenção dos componentes do AASI e conscientização da necessidade da terapia fonoaudiológica.

5.7 Reposição de AASI

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

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

5.8 Terapia Fonoaudiológica

O serviço de reabilitação auditiva deve garantir a terapia fonoaudiológica com enfoque na reabilitação integral dos usuários de AASI:

- Crianças e adultos: as sessões de terapia fonoaudiológica devem ser de até 45 minutos, sendo atendimento individual ou de grupo de acordo com a avaliação da equipe do serviço.
- A avaliação e o processo de reabilitação em relação aos aspectos auditivos e linguagem devem ser registrados no prontuário do paciente informando sobre sua evolução.

5.9 Materiais e Equipamentos do Serviço de Reabilitação Auditiva

5.9.1 Materiais e Equipamentos Obrigatórios:

- Emissões Otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção);
- Audiômetro de dois canais;
- Imitanciômetro multifrequencial;
- Cabine audiométrica;
- Sistema de campo livre;
- Esfigmomanômetro (adulto e infantil);
- Estetoscópio (infantil e adulto);
- Foco Frontal;
- Otoscópio;
- Autoclave;
- Computador;
- Impressora;
- Cadeira otorrinolaringológica;
- Maca;
- Escada com 2 degraus;
- BERA Sistema de Potencial Evocado (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico)
- Ganho de Inserção equipamento de verificação eletroacústica).
- Aspirador de secreção
- Armário

- Arquivo

5.9.2 Materiais e Equipamentos Recomendados:

- Carro de curativo;
- Carro de medicamento;

5.9.3. Materiais de Consumo:

Os materiais abaixo relacionados, considerados como de consumo pela portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002, não serão financiados pelo Ministério da Saúde. Porém, dada a sua pertinência no processo de reabilitação auditiva, sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desses materiais de forma a qualificar as atividades dos referidos serviços. São eles:

- Programas de computação periféricos para teste de próteses;
- Baterias;
- Aspirador;
- Desumidificador;
- Alicates;
- Caneta otoscópio;
- Seringa e massa para pré-moldagem;
- Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 3 conjuntos);
- Espelho Nasal (adulto e infantil);
- Espelho Auricular (adulto e infantil);
- Pinças (dente de rato, sem dente e em baioneta);
- Curetas para remoção de cerume;
- Seringa metálica de 100ml para remoção de cerume;
- Estilete porta-algodão;
- Espelho com rodízios;

- Conjunto básico de instrumentos musicais;
- Jogos de encaixe;
- Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica;

CAPÍTULO 6 – O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO FÍSICA

Entende-se por deficiência física a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I).

Para melhor entendimento, seguem-se algumas definições:

- Amputação - perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro;
- Paraplegia - perda total das funções motoras dos membros inferiores;
- Paraparesia - perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
- Monoplegia - perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);

- Monoparesia - perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
- Tetraplegia - perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
- Tetraparesia - perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
- Triplegia - perda total das funções motoras em três membros;
- Triparesia - perda parcial das funções motoras em três membros;
- Hemiplegia - perda total das funções motoras do hemicorpo (direito ou esquerdo);
- Hemiparesia - perda parcial das funções motoras do hemicorpo (direito ou esquerdo);
- Ostomia - intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário);
- Paralisia Cerebral - lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;
- Nanismo - deficiência acentuada no crescimento. É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a incapacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esclarecemos que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoios adequados às suas características.

6.1 DIAGNÓSTICO

A avaliação física das condições clínicas, anatomofisiológicas e funcionais, deve ser capaz de identificar o grau de incapacidades, bem como as habilidades remanescentes ou preservadas. Devem também ser observadas as funções cardiorrespiratórias, a avaliação de sensibilidade e de perfusão sanguínea. É fundamental que o profissional de saúde avalie a função cognitiva, o estado mental, e as condições de coordenação motora.

6.1.1 Exames Complementares

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

6.2 Tratamento

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

6.2.1 Concessão e Adaptação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM)

As OPM constituem importantes ferramentas do processo terapêutico, contribuindo fundamentalmente na superação de barreiras, devendo ser prescritas de forma individualizada por profissional capacitado. É essencial que o processo de habilitação/reabilitação garanta o devido treino e

adaptação as OPM bem como orientar adaptações e substituições sempre que necessário.

6.2.2. Orientações para uso Funcional de Tecnologia Assistiva

- A indicação e orientação para o uso de tecnologia assistiva deve considerar o ganho funcional do usuário. Orientar o paciente é crucial para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e consequente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação.
- A prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção deve ser feita pelo médico e em alguns casos por outros profissionais de saúde, respeitando as atribuições específicas das competências profissionais.
- O treinamento e orientação para o uso do dispositivo será realizado pelo profissional com capacitação em reabilitação/habilitação que atua na equipe multiprofissional.
- No caso do atendimento de escolares, após o término da reabilitação o profissional responsável deverá emitir um relatório com orientações quanto aos procedimentos a serem adotados pelos professores de Sala de Recursos Multifuncional, contribuindo com o processo de inclusão do educando.

6.1. Materiais e Equipamentos do serviço de Reabilitação Física

6.1.1. Materiais e Equipamentos obrigatórios:

- Andador (infantil e adulto);
- Barras paralelas;
- Bengalas;
- Cadeiras de rodas (infantil e adulto);
- Computador;
- Eretor plataforma
- Escada linear para marcha;

- Esfigmomanômetro (infantil e adulto);
- Estetoscópio (infantil e adulto);
- FES;
- Freezer;
- Goniômetro;
- Laser para fisioterapia;
- Macas;
- Martelo de reflexo;
- Mesas auxiliares
- Mocho;
- Muletas;
- Nebulizador portátil
- Negatoscópio;
- Oxímetro;
- Simetógrafo;
- Tablado para fisioterapia
- Tábua para propriocepção;
- Televisor TENS estimulador transcutâneo;
- Ultras som para fisioterapia;
- Armário
- Arquivo
- Cadeiras
- Mesa para atividades
- Escada com 2 degraus
- Impressora
- Rampa para alongamento

6.1.2. Materiais e equipamentos recomendados:

- Aparelho de fisioterapia por ondas curtas
- Aparelho de luz infravermelho
- Balança antropométrica
- Bicicleta ergométrica vertical
- Biofeedback
- Eretor com mesa
- Jogo de halteres
- Mesa ortostática
- Podoscópio
- Panela elétrica para confecção de órteses

6.1.3 Materiais de consumo:

Os seguintes materiais são considerados como de consumo pela portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002, e não são financiáveis pelo Ministério da Saúde, não constando na base do Fundo Nacional de Saúde. Devido à sua pertinência ao processo de reabilitação física, sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desses materiais de forma a qualificar as atividades do Centro Especializado em Reabilitação. São eles:

- Equipamento completo de integração sensorial;
- Monofilamentos;
- Placas de termoplásticos;
- Tesoura de termoplástico;
- Bolas suíças tamanhos 65, 85;
- Caneleiras com peso de 0.5, 1, 2, 2.5, 3, 3.5;
- Luva térmica (par)

- Tesoura para cortar gesso
- Alicates para abrir gesso
- Rolo de posicionamento;
- Disco proprioceptivo;
- Bolsas de gel;
- Exercitadores elásticos com resistências variadas
- Caixa de Espelho;
- Bloco de AVDs;
- Prancha de AVDs;
- Bandagem.

6.2. SOBRE A REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO À PESSOA OSTOMIZADA

O serviço de atenção às pessoas ostomizadas presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, na orientação ao cuidador e/ou familiar, assim como para realização de suas atividades de vida autônoma, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança.

Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, e serem integrados às unidades que prestem serviços de Reabilitação Física. A prestação de assistência especializada para pessoas ostomizadas, conforme estabelecido na Portaria SAS/MS 400, de 16 de novembro de 2009, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional. O serviço deve responsabilizar-se pela capacitação da equipe ao atendimento especializado ao paciente ostomizado, possuindo um mínimo de 50%

da equipe capacitada ao manejo das especificidades deste paciente.

As estratégias de ações para habilitação e reabilitação física devem ser executadas nos Serviços de Reabilitação Física a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

Para melhor entendimento, seguem-se algumas definições:

Estomia

É um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), criando um orifício externo que se chama estoma.

Ostomia

É uma intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).

Estomas Respiratórios

Traqueostomia é uma abertura feita por incisão cirúrgica da traquéia com o propósito de estabelecer uma via respiratória, que pode ser definitiva como acontece nos casos da cirurgia de laringectomia total ou temporária, que é muito comum nos pacientes com entubação orotraqueal prolongada.

Estomas Alimentares

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

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

Estomas Intestinais

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

Estomas Urinários

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

6.3. OFICINA ORTOPÉDICA

A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e será implantada conforme previsto no Plano de Ação Regional.

As OPM, dispositivos e tecnologias assistivas dispensadas pela Oficina Ortopédica devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o seu uso seguro e eficiente. Sua indicação deve ser parte de um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida.

Os estabelecimentos de saúde habilitados em Reabilitação Física devem contar com o apoio de uma oficina ortopédica fixa, visando ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva.

As oficinas itinerantes poderão ser terrestres ou fluviais, estruturadas em veículos ou barcos adaptados e equipados para confecção, adaptação e manutenção de órteses e próteses. As oficinas itinerantes terrestres ou fluviais estarão necessariamente vinculadas a uma Oficina Ortopédica Fixa.

O funcionamento da oficina ortopédica deverá observar ainda:

- Os estabelecimentos e serviços de Oficina Ortopédica Fixa devem ter funcionamento de no mínimo 8 horas diárias de segunda a sexta, podendo ser estendido à critério do gestor local;
- Sempre que necessário, a equipe da Oficina Ortopédica poderá participar de reuniões com as equipes dos CER e Serviços Especializados em Reabilitação para discussão de Projetos Terapêuticos Singulares.
- Toda órtese, prótese e meio auxiliar de locomoção devem ser concedidos, confeccionados e adaptados à partir de prescrição de profissional de saúde devidamente habilitado para este fim, e devem ser indicadas buscando favorecer o desenvolvimento da autonomia pessoal, familiar e a inclusão escolar, social e/ou profissional;
- O atendimento para tomada de medidas, moldagem e provas deverá ser individual;
- Os pacientes, cuidadores e familiares devem ser orientados sobre os cuidados de manutenção com a OPM;
- Os estabelecimentos e serviços de Oficina Ortopédica devem prestar o apoio às equipes de reabilitação física para a dispensação, concessão, adaptação e manutenção de OPM;
- Os profissionais da oficina ortopédica devem participar de reuniões periódicas com a equipe do serviço de reabilitação física para acompanhamento e revisão sistemática das ações desenvolvidas;

- Os profissionais da oficina ortopédica devem, sempre que possível, participar de estudos e pesquisas no campo da reabilitação e da produção de tecnologia assistiva;
- A oficina deverá dispor de local apropriado para confecção de órteses e próteses ortopédicas, devendo o mesmo estar isolado do setor de atendimento ao usuário com porta equipada com dispositivo que a mantenha fechada permanentemente abrindo-se somente para passagem das pessoas que irão transitar do setor de atendimento para o local de confecção e vice-versa. O local de Confecção deverá ter piso antiderrapante e lavável e as paredes laváveis;
- As oficinas ortopédicas deverão observar o estabelecido na Portaria MS/SAS 146 de 14 de outubro de 1993 e da portaria MS-SAS nº 388, de 28 de julho de 1999.

6.3.1. Materiais e Equipamentos da Oficina Ortopédica Fixa

6.3.1.1 Equipamentos Obrigatórios:

- Armário
- Bancada para oficina ortopédica
- Barras paralelas para fisioterapia
- Biombo
- Bomba de vácuo
- Cabine para pintura
- Cadeira
- Carro maca simples
- Escada com dois degraus
- Esmerilhadeira
- Estante

- Exaustor industrial
- Forno ortopédico
- Fresadora ortopédica
- Furadeira pneumática manual ou Furadeira manual industrial
- Lixadeira dupla cinta
- Máquina chanfradeira
- Máquina de costura em zig zag
- Máquina de costura industrial
- Máquina de solda MIG MAG
- Mesa auxiliar
- Mocho
- Morsa para bancada
- Moto esmeril
- Panela Elétrica para Confecção de Órteses
- Serra de fita
- Serra para gesso
- Serra tico-tico
- Silo
- Soprador térmico
- Torno Universal

6.3.1.2. Equipamentos Recomendados:

- Alinhador para órteses
- Bigorna
- Corta-tubos de coluna
- Dobradeira de tubos

- Lixadeira plana / cinta larga
- Lixadeira de sapataria
- Prensa excêntrica
- Serra circular de mesa
- Serra rápida para metal
- Transferidor de alinhamento para prótese

6.3.1.3. Material de consumo:

O seguinte material é considerado como de consumo pela portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002 e, portanto, não é financiável pelo Ministério da Saúde. Devido à sua pertinência ao processo de reabilitação, sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desse material de forma a qualificar as atividades da oficina ortopédica.

- Espelho postural com rodízios

6.3.2. Oficinas Itinerantes Tipo I e II

6.3.2.1. Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial (Tipo I)

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

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

A Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial (Tipo I) possui equipamentos portáteis e materiais de menor complexidade e fácil manuseio que a possibilitam trabalhar com termoplásticos de baixa temperatura, sendo capaz de confeccionar órteses estáticas para restrição de movimento, suporte articular, prevenção de deformidades ou para ganho de amplitude de movimento em mão, punho e cotovelo. É capaz também de confeccionar órteses funcionais para ganho de movimento nas extremidades superiores e realizar adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária. A Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial (Tipo I) possui também todo o ferramental necessário para a manutenção de OPMs.

6.3.2.1. Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Tipo II)

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

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

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

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

A Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre (Tipo II) possui também equipamentos que a possibilitam trabalhar com termoplásticos de baixa temperatura, sendo capaz de confeccionar órteses estáticas para restrição de movimento, suporte articular, prevenção de deformidades ou para ganho de amplitude de movimento em mão, punho e cotovelo. É capaz também de confeccionar órteses funcionais para ganho de movimento nas extremidades superiores e realizar adaptações para atividades laborais e/ou de vida diária.

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

CAPÍTULO 7 – O Serviço de Reabilitação/Habilitação Intelectual e Transtornos do Espectro do Autismo

Desde séc. XIX até os primeiros anos do séc. XXI a definição da deficiência intelectual sofreu transformações consideráveis. De um sinal ou marca divina, passando por uma ameaça à evolução da espécie que deveria ser enclausurada, ou até como um fenômeno que marcava um processo de estagnação do que se acreditava ser uma etapa natural de desenvolvimento do ser humano, a deficiência intelectual passa a ser encarada como uma condição que depende de outros fatores, tais como questões sócio-ambientais e

genéticas, que podem gerar algum tipo de limitação que age sobre as funções cognitivas e/ou de aquisição de linguagem oral e escrita.

No início do século XXI, o conceito de deficiência intelectual se consolida no meio científico, a partir da publicação de documentos de associações internacionais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de desordens Mentais (DSM-IV) e da Associação Americana de Deficiências Intelectuais e do Desenvolvimento (AAIDD), tendo como marco a Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual, em 2004.

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

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

Tomando como referência esses documentos e o Decreto nº 5296/04, da Presidência da República, que regulamenta as leis nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e a de nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000, entende-se essa deficiência como uma atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento

adaptativos, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade.

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

A deficiência intelectual resulta de uma variedade de fatores, que vão desde condições síndrômicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, dentre outros. Todo esse conjunto de situações tem como fator resultante comum disfunções cognitivas e de linguagem, resultando em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem.

Criar ferramentas tecnológicas eficazes para ajudar as pessoas desta população é uma tarefa desafiadora. Estudos anteriores mostraram que, embora os indivíduos com alterações cognitivas têm maior incapacidade funcional do que indivíduos com outros tipos de deficiências, eles usam o menor número de auxílios tecnológicos. Estudos sugerem que isto é devido, pelo menos em parte, à falta de tecnologia concebida para esta população. O objetivo de aumentar a cognição é menos concreto do que atenuar outros tipos de deficiência, como a visão ou a mobilidade, porque os mecanismos cognitivos utilizados pelas pessoas para atingir seus objetivos variam entre os indivíduos e ao longo do tempo. Habilidades cognitivas variam muito, mesmo entre indivíduos diagnosticados com o mesmo tipo de deficiência. Cada indivíduo tem um conjunto único de habilidades, e uma ferramenta tecnológica eficaz deve

corresponder às necessidades do indivíduo, a fim de aumentar suas habilidades.

Deste modo, os serviços de reabilitação/habilitação para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro do Autismo, deverão garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade.

O Serviço de Reabilitação Intelectual passa a compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme Portaria GM-MS nº 793 de 24 de abril de 2012, e deve dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

7.1. Avaliação multiprofissional da Deficiência Intelectual e dos Transtornos do Espectro do Autismo

A avaliação de ser realizada pela equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra ou neurologista e profissionais da área de reabilitação, com a finalidade de estabelecer o impacto e repercussões no desenvolvimento global do indivíduo e na sua funcionalidade. A observação e análise dos sinais clínicos, com destaque para os aspectos motores, sensoriais, cognitivos, fala e expressividade, serve de base para a elaboração do diagnóstico e da construção de um Projeto Terapêutico Singular, desenvolvido por meio do trabalho interdisciplinar junto a pessoa com deficiência intelectual e com transtornos do espectro do autismo, bem como suas famílias. Vale destacar que o diagnóstico não deve prescindir da participação do médico especialista.

7.2. Atendimento/acompanhamento em Reabilitação Intelectual e das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo

Consiste no atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, entre as quais se destacam: estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; reabilitação/habilitação, visando, entre outras, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social, e de aprendizado.

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

- Técnicas que auxiliem usuários a utilizar e criar recursos e estratégias no desenvolvimento mnemônico, diminuindo impactos nas atividades da vida diária que necessitem fazer uso da memória;
- Técnicas de expressão corporal que estimulem as funções cognitivas, em seus aspectos sensoriais, motores, visuais, de orientação temporal espacial potencializando o conhecimento do próprio corpo, bem como possibilitar situações de relações interpessoais, de reconhecimento e contato tanto com as pessoas que compõem o convívio familiar, quanto com outras pessoas em espaços fora do ambiente doméstico;
- Situações planejadas, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, para propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas, trabalhando a comunicação a partir de situações que envolvam o ambiente cotidiano do usuário;

- Atividades de estimulação da fase articulatória da linguagem expressiva, direta e indireta, oral e escrita, trabalhando aspectos de compreensão e expressão, com o intuito de enriquecimento funcional da linguagem;
- Atividades que façam uso de recursos como leitura, escrita, música, jogos, recursos multimídia, recortes, colagem, com o intuito de estimular os processos de desenvolvimento cognitivo, assim como contribuir com o desenvolvimento da linguagem oral e escrita.

7.3. Orientações para uso Funcional de Tecnologia Assistiva

A indicação e orientação para o uso de tecnologia assistiva deve considerar o ganho funcional do usuário. Orientar o paciente é crucial para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e consequente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação.

A prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção deve ser feita pelo médico e em alguns casos por outros profissionais de saúde, respeitando as atribuições específicas das competências profissionais.

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

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

7.4. Materiais e Equipamentos obrigatórios:

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

- Estetoscópio (infantil e adulto);
- Otoscópio;
- Esfigmomanômetro (infantil e adulto);
- Lanterna clínica;
- Balança (infantil e adulto);
- Martelo de reflexo;
- Maca;
- Mesa para atividades (infantil e adulto);
- Cadeiras (infantil e adulto);
- Andador (infantil e adulto);
- Tábua de propriocepção;
- Cadeira de rodas (infantil e adulto);
- Computador
- Televisor
- Armário
- Arquivo

7.5. Materiais e equipamentos recomendados:

Os seguintes materiais não são considerados obrigatórios, entretanto são recomendados para qualificar as atividades do CER e podem, caso o gestor deseje, serem adquiridos pelo FNS:

- Geladeira/refrigerador
- Cama

- Fogão
- Escada de canto com rampa e corrimão;
- Aparelho de som;
- Mocho;
- Barras paralelas;

7.13. Materiais de consumo:

Os seguintes materiais são considerados como de consumo pela portaria do MF/STN nº 448, de 13 de setembro de 2002, e não são financiáveis pelo Ministério da Saúde, não constando na base do Fundo Nacional de Saúde. Devido à sua pertinência ao processo de reabilitação intelectual, sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam mecanismos de aquisição desses materiais de forma a qualificar as atividades do Centro Especializado em Reabilitação. São eles:

- Materiais e Jogos pedagógicos;
- Brinquedos pedagógicos;
- Espátulas;
- Luvas;
- Termômetro;
- Fita métrica;
- Testes de avaliação psicológica, cognitivos e de linguagem;
- Colchonetes de espuma ou EVA;
- Espelho com rodízio;
- Espelho fixo;
- Livros infantil e adulto;
- Livros;
- Revistas e jornais;
- Rolo de posicionamento;

- Bola suíça (tamanho 65 e 85 cm);
- Bola suíça tipo feijão (tamanho 40cm);
- Cama elástica
- Jogo de cozinha
- Jogo de jantar com pratos e panelas
- Copos
- Jogo de talheres
- Tigelas
- Escorredor de louça
- Jogo de pano de prato
- Jogo de potes
- Lixeira
- Liquidificador
- Tatame;
- Almofadas;

CAPÍTULO 8 – O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO VISUAL

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

TABELA - Graus de comprometimento visual e valores de acuidade visual (OMS / CID-10)

Acuidade visual com a melhor correção visual possível Graus de comprometimento visual	Máxima menor que:	Mínima igual ou maior que
1	6/18 3.2/10 (0.3) 20/70	6/60 1/10 (0.1) 20/200
2	6/60 1/10 (0.1) 20/200	3/60 1/20 (0.05) 20/400
3	3/60 1/20 (0.05) 20/400	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)
4	1/60* 1/50 (0.02) 5/300 (20/1200)	Percepção de luz
5	Ausência da percepção de luz	
9	Indeterminado ou não especificado	

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

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

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

A deficiência múltipla, presença de duas ou mais deficiências no mesmo indivíduo, tem importância crescente na população infantil cega ou com baixa visão. As afecções associadas podem ser: motoras, sensoriais, cognitivas ou doenças crônicas que afetam o desenvolvimento, a educação e a vida independente. Cerca de 30 a 70% da população infantil com deficiência visual grave apresenta outras deficiências associadas.

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

8.1. CID-10

De acordo com a CID-10, teremos os seguintes códigos das categorias de deficiência visual:

- H54.0 Cegueira, ambos os olhos

Classes de comprometimento visual 3, 4 e 5 em ambos os olhos

- H54.1 Cegueira em um olho e visão subnormal em outro

Classes de comprometimento visual 3, 4 e 5 em um olho, com categorias 1 ou 2 no outro olho

- H54.2 Visão subnormal de ambos os olhos

Classes de comprometimento visual 1 ou 2 em ambos os olhos

- H54.3 Perda não qualificada da visão em ambos os olhos

Classes de comprometimento visual 9 em ambos os olhos

- H54.4 Cegueira em um olho

Classes de comprometimento visual 3, 4 ou 5 em um olho [visão normal no outro olho]

- H54.5 Visão subnormal em um olho

Classes de comprometimento da visão 1 ou 2 em um olho [visão normal do outro olho]

- H54.6 Perda não qualificada da visão em um olho

Classe de comprometimento visual 9 em um olho [visão normal no outro olho]

- H54.7 Perda não especificada da visão

Classe de comprometimento visual 9

8.2. Diagnóstico - Critérios para indicação de habilitação/reabilitação visual

8.2.1. São elegíveis para o atendimento:

- Quanto às respostas visuais, são elegíveis para o atendimento em reabilitação/habilitação visual os indivíduos com deficiência visual (baixa visão e cegueira), de acordo com a definição da CID-10 apresentada e que forem classificados em: H 54.0, H 54.1 e H 54.2. Classes que correspondem a deficiência visual binocular;

- Quanto à idade, serão atendidas todas as faixas etárias (crianças, adultos e idosos) com deficiência visual.

8.2.2. Não são elegíveis para o atendimento em reabilitação/habilitação visual os indivíduos com:

- diminuição da visão monocularmente (com o olho contralateral com valores normais) e classificados nas seguintes categorias da CID-10: H 54.4 e H 54.5;
- respostas visuais não especificadas e classificados em: H54.3 H54.6 e H54.7;
- respostas visuais diminuídas, mas que não foram avaliados anteriormente pelos serviços especializados em oftalmologia para definição da pertinência de tratamentos (clínicos ou cirúrgicos) que possam levar à recuperação da visão;
- respostas visuais diminuídas por não fazerem uso da correção óptica da ametropia receitada nos serviços especializados em oftalmologia

8.2.3. Situações especiais

- indivíduos com deficiência visual irreversível, com valores de acuidade visual maiores do que 20/70; porém, que apresentam grande impacto da perda visual no desempenho de suas funções. Esses pacientes poderão ter benefícios com o atendimento na área da reabilitação visual por meio de orientações e prescrições ópticas;
- crianças e adultos com outras deficiências associadas (sensoriais e/ou físicas e/ou intelectuais). Serão atendidas também por outros serviços de reabilitação referentes à deficiência presente, em cooperação interdisciplinar.

8.2.4. Pré-requisitos

- consulta oftalmológica para diagnóstico, definição da pertinência de tratamentos (clínicos ou cirúrgicos) e prescrição de correção óptica de ametropias que possam levar à recuperação da visão.

8.3. Tratamento

O enfoque integral em saúde requer, no âmbito da atuação com o indivíduo e sua família, uma abordagem interdisciplinar, na medida em que esta busca uma compreensão e intervenção holística. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação visual devem ser estabelecidas, nos Serviços de Reabilitação Visual, a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, de acordo com o impacto da deficiência visual sobre sua funcionalidade.

A reabilitação/habilitação de pessoas com baixa visão e cegueira prevê uma abordagem interdisciplinar e implica no envolvimento direto de profissionais atuando junto à pessoa com deficiência visual e sua família.

O oftalmologista na área da baixa visão deve desenvolver trabalho conjunto com equipe de profissionais da área de reabilitação, como, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, profissional de orientação e mobilidade com o objetivo de reabilitar/habilitar a pessoa com deficiência visual com vistas a sua inclusão social.

Desta forma segue informações pertinentes aos possíveis passos do processo de tratamento destes usuários:

8.3.1. Avaliação oftalmológica especializada

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

A avaliação oftalmológica da pessoa com deficiência visual nos Serviços de Reabilitação Visual fornece subsídios para o trabalho de habilitação e reabilitação a partir do conhecimento das características da resposta visual. A partir do estudo da função visual, poderão ser indicados e prescritos auxílios ópticos, não ópticos e eletrônicos que promoverão a melhor resolução visual e a melhora do desempenho nas atividades diárias. Para o profissional da área de reabilitação, os dados da avaliação oftalmológica permitirão reconhecer a real funcionalidade do indivíduo e darão subsídios para as intervenções apropriadas.

Os objetivos da avaliação oftalmológica na área da reabilitação são:

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

O atendimento oftalmológico do paciente com deficiência visual constitui-se numa extensão do tratamento clínico, do procedimento cirúrgico e da prescrição da correção óptica para as ametropias e, muitas vezes, as abordagens devem ser contínuas e simultâneas (por exemplo,

acompanhamento em serviços de retina e de visão subnormal simultaneamente). Objetiva-se a melhora da funcionalidade do indivíduo com emprego de todas as estratégias disponíveis para o seu caso.

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

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

8.3.2. Auxílios para visão subnormal

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

- Na avaliação oftalmológica específica para visão subnormal, com pesquisa das diversas funções visuais.
- Nas necessidades do paciente, o perfil do paciente deve ser considerado: sua idade, escolaridade, profissão, estilo de vida, atividades que almeja desempenhar, estado emocional quanto à deficiência.

- Na possibilidade de aumentar as áreas de interesse e atividades, conservando as habilidades já existentes.

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

Os auxílios para pessoa com baixa visão podem ser:

8.3.2.1. AUXÍLIOS ÓPTICOS

São recursos que, pelas suas propriedades ópticas, levam a uma resolução maior da imagem, seja pela sua capacidade de ampliação, seja pelo reposicionamento e condensação da imagem retiniana ou por meio da filtração seletiva do espectro visível da luz.

AUXÍLIOS ÓPTICOS PARA AMPLIAÇÃO DA IMAGEM RETINIANA

I - LENTES CONVEXAS (esferoprismáticas ou esféricas positivas)

- Montadas em armações de óculos.
 - Binoculares
 - Monoculares
- Lupas
 - Lupas manuais
 - Lupas de apoio

II - SISTEMAS TELESCÓPICOS

- Auxílios Ópticos para Campo Visual Reduzido
 - Telescópios reversos
 - Lentes côncavas
 - Prismas
- Auxílios Ópticos para Controle da Iluminação
 - Óculos com lentes filtrantes (fotocromáticas ou não)

8.3.2.2. AUXÍLIOS NÃO-ÓPTICOS

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

Podem ser empregados isoladamente ou em conjunto com auxílios ópticos com o objetivo de promover a sua adaptação.

Os principais são para ampliação da imagem, posicionamento e postura, escrita e controle da iluminação.

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

8.3.2.3. AUXÍLIOS ELETRÔNICOS PARA AMPLIAÇÃO DA IMAGEM

O principal auxílio eletrônico para ampliação da imagem é o CCTV (closed circuit television - circuito fechado de televisão) denominado de sistema de vídeo-ampliação. Esse recurso combina uma câmera, um sistema óptico e um monitor. Existem três tipos de CCTV: de

mesa (desktop); manual (tipo mouse ou portátil); montado em suporte para cabeça. Esse auxílio faz parte da relação de equipamentos que o Serviço de Reabilitação Visual deve dispor nas suas instalações.

Para cumprir esses objetivos, devem ser consideradas nas atividades da equipe multiprofissional, para a adaptação de auxílios ópticos, as seguintes etapas: avaliação, indicação, orientações para uso funcional (treinamento), prescrição e acompanhamento.

8.3.3. Avaliação multiprofissional de deficiência visual

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

8.3.4. Atendimento / acompanhamento em reabilitação visual

Consiste no atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma e estimulação precoce para favorecer o desenvolvimento global do paciente; orientações à família; orientações à escola; orientações para atividades de vida autônoma e profissional.

8.3.5. Orientações para uso funcional do auxílio óptico (treinamento)

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

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

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

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

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

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

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

8.3.6. Orientações para atendimento da população infantil

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

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

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

A intervenção Precoce (IP) é definida como um conjunto de medidas postas a serviço da criança que apresenta transtornos no seu desenvolvimento global, e tem por objetivo garantir ao máximo o desenvolvimento das capacidades físicas, sensoriais e sociais desde os primeiros momentos de vida (Once, 2002).

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

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

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

8.4. Programa de orientação e mobilidade

Segundo Felipe(2001), a orientação é a capacidade de perceber o ambiente e a mobilidade é a capacidade de movimentação. A Orientação para a pessoa com deficiência visual é o aprendizado no uso dos sentidos (audição, tato, cinestesia, olfato e visão residual) para obtenção de informações do ambiente. A Mobilidade é o aprendizado para controle dos movimentos de forma organizada e eficaz).

A pessoa com deficiência pode se movimentar:

- com ajuda do guia vidente;
- com seu próprio corpo por meio de técnicas de autoproteção;
- com o emprego da bengala longa;
- com o auxílio do cão-guia;
- com auxílios eletrônicos.

Considera-se que esta ação deve ser iniciada o mais cedo possível pelo profissional habilitado em orientação e mobilidade com o objetivo de garantir

movimentação independente e autônoma para as pessoas com deficiência visual.

8.5. Materiais e Equipamentos do Serviço de Reabilitação Visual

8.5.1. Materiais e Equipamentos Obrigatórios:

- Lâmpada de Fenda;
- Tonômetro de aplanção;
- Oftalmoscópio Indireto com lente de 20 dioptrias;
- Refrator;
- Cadeira oftalmológica e coluna;
- Lensômetro;
- Retinoscópio;
- Oftalmoscópio direto;
- Cadeira
- Mesa
- Estante
- Lanternas
- Campímetro Manual ou Tela Tangente;
- Computador

8.5.2. Materiais de Consumo:

Materiais relativos ao processo de reabilitação visual, considerados segundo portaria do Ministério da Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional nº 448 de 13 de setembro de 2002, como material de consumo não constam na base do Fundo Nacional de Saúde e, portanto, não são financiáveis pelo MS. Sugerimos que os gestores estaduais e municipais estabeleçam formas

de aquisição para que estes materiais sejam contemplados de forma a qualificar as atividades do Centro Especializado em Reabilitação. São eles:

- Kit de lentes filtrantes montadas em armações de óculos tipo clip-on:
 - amarelo - intensidade 3
 - verde intensidade 3
 - vermelha intensidade 3
 - marrom intensidade 2
 - marrom intensidade 3
 - marrom intensidade 4
 - cinza intensidade 2
 - cinza intensidade 3
 - blue-block
- Recursos ópticos para perto
- Auxílios montados em óculos de prova:
- Lentes positivas: +32 D e +40 D (asféricas);
- Lentes esferoprismáticas: +6DE , +8D, +10D e +12D;
- Lupas manuais com diâmetro mínimo de 35mm com ou sem iluminação acoplada:
 - LM +12D (3X);
 - LM + 16D (4X)
 - LM + 20D (5X);
 - LM + 24D (6X);
 - LM +28D (7X);
 - LM +40D (10X)
- Lupas de apoio com ou sem iluminação:
- Barra de leitura 1,5X ou 2X;
 - LA + 8D (2X) plano convexa;
 - LA +12D (3X);
 - LA + 16D (4X)
 - LA +20D (5X);

- LA + 24D (6X);
- LA +28D (7X);
- LA + 32D (8X);
- LA +38D OU +40 D;
- LA +50D;
- ST 2,5 X ou 2,8 X manual, monocular, com ajuste de foco;
- ST 4 X 12 mm manual, monocular, com ajuste de foco;
- ST 6 X 16 mm ou 6 X 17mm manual, monocular, com ajuste de foco;
- ST 8X 21 mm manual, monocular, com ajuste de foco;
- ST 2X montado em armação, binocular, com foco ajustável;
- Colchonetes/ tatame
- Espelho fixo
- Mobiliário em geral de cozinha, quarto, sala, banheiro;
- Louças e utensílios domésticos;
- Luminária com braço articulável com luz incandescente
- Luminária com braço articulável com luz fluorescente
- Mapas táteis
- Bolas com guiso (tamanhos e texturas diferenciadas);
- Jogos de encaixe e de montagem
- Caixas retangulares (tamanho de caixa de sapato)
- Lixa;
- Espelho para adaptação da prótese ocular;
- Caixa de prótese ocular com várias próteses para prova;
- Ventosas de silicone para retirada da prótese ocular;
- Oclutor (adulto e infantil);
- Régua milimétrica;
- Brinquedos e jogos diversos;
- Espelho para corpo inteiro com rodízio;
- Kits de avaliação funcional;

- tabela de acuidade visual para longe (B) – LogMar
- tabela de acuidade visual para perto (B) – LogMar
- Prancha de leitura;
- Quadro para pincel atômico;
- Carteira escolar (para treinamento com escolares);
- Sistema de Vídeomagnificação tipo desktop com monitor e bandeja
- Sistema de vídeo-ampliação desktop tipo mouse com monitor
- Sistema de vídeo-ampliação portátil
- Régua de esquiascopia.
- Caixa de provas completa;
- Tabelas LogMar (perto e longe);
- Tabelas com Símbolos (longe e perto);
- Tabela de Snellen;
- Tabela para perto com texto contínuo;
- Teste de resolução para acuidade visual (olhar preferencial);
- Teste de visão cromática (pareamento);
- Tabelas para teste de contraste;
- Tela de Amsler
- Programas de ampliação e de leitura para pessoas com deficiência visual
- Armações de prova para adultos e crianças.

SEÇÃO IV

ANEXO I

REFERÊNCIA PARA COMPOSIÇÃO DE EQUIPE POR MODALIDADE DE REABILITAÇÃO

1. Reabilitação Auditiva

A composição da equipe de reabilitação auditiva, bem como a documentação mínima exigida, deverá ser:

- Médico otorrinolaringologista – registro profissional e título de especialista pela respectiva Associação Médica Brasileira ou residência reconhecida pelo MEC;
- Fonoaudiólogo - registro profissional;
- Psicólogo – registro profissional;

Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, os seguintes profissionais:

- Assistente Social – Registro Profissional.

Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como a realização de cursos de atualização na área específica de atuação.

2. Reabilitação Física

A composição da equipe de reabilitação física, bem como a documentação mínima exigida, deverá ser:

- Médico Ortopedista e Traumatologista ou Neurologista ou Fisiatra – registro profissional e título de especialista pela respectiva Associação Médica Brasileira ou residência reconhecida pelo MEC;
- Enfermeiro – registro profissional;
- Fisioterapeuta – registro profissional;
- Fonoaudiólogo - registro profissional;
- Psicólogo – registro profissional;
- Terapeuta Ocupacional – registro profissional.

Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, os seguintes profissionais:

- Assistente Social – Registro Profissional;
- Técnico de Enfermagem – Registro Profissional;
- Nutricionista – registro profissional – Registro Profissional.

Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como a realização de cursos de atualização na área específica de atuação.

3. Reabilitação Intelectual e Transtornos do Espectro do Autismo

A composição da equipe de reabilitação intelectual e das pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo, bem como a documentação mínima exigida, deverá ser:

- Médico neurologista ou psiquiatra – registro profissional e título de especialista pela respectiva Associação Médica Brasileira ou residência reconhecida pelo MEC;
- Fonoaudiólogo - registro profissional;
- Psicólogo – registro profissional;
- Terapeuta Ocupacional – registro profissional.

Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, os seguintes profissionais:

- Pedagogo – Certificado de conclusão de curso de graduação;
- Assistente Social – Registro Profissional;
- Nutricionista – registro profissional – Registro Profissional.

Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como a realização de cursos de atualização na área específica de atuação.

4. Reabilitação Visual

A composição da equipe de reabilitação visual, bem como a documentação mínima exigida, deverá ser:

- Médico oftalmologista – registro profissional e título de especialista pela respectiva Associação Médica Brasileira ou residência reconhecida pelo MEC;
- Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional – registro profissional;
- Psicólogo – registro profissional;

Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, os seguintes profissionais:

- Ortoptista – Certificação em Ortóptica;
- Protético Ocular – Certificado de Curso Técnico em Prótese ocular;
- Tecnólogo oftálmico – Certificação em tecnologia oftálmica;
- Pedagogo – Certificado de conclusão de curso de graduação;
- Assistente Social – Registro Profissional;

O profissional de nível superior que atuará em orientação e mobilidade deve possuir Certificado de Curso de Capacitação em Orientação e Mobilidade de no mínimo 120h, com chancela de instituição de nível superior ou especialidade profissional outorgada por associação de classe de nível nacional. No caso de nenhum destes profissionais possuírem tal certificado, os serviços têm um prazo de seis meses para proporcionar tal capacitação.

Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como a realização de cursos de atualização na área específica de atuação.

5. Oficina Ortopédica

A composição da equipe das Oficinas Ortopédicas, bem como a documentação mínima exigida, deverá ser:

Oficina Ortopédica Fixa

- Responsável Técnico pela Oficina
- Técnico Ortopédico e Sapateiro ortopédico – Atestado de Capacitação Técnica (ACT) emitido pela Associação Brasileira de Ortopedia Técnica;
- Fisioterapeuta – registro profissional;
- Terapeuta Ocupacional – registro profissional.

Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre e Fluvial

- Técnico Ortopédico e Sapateiro ortopédico – Atestado de Capacitação Técnica (ACT) emitido pela Associação Brasileira de Ortopedia Técnica;
- Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional – registro profissional.

Recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como a realização de cursos de atualização na área específica de atuação.

REFERÊNCIA PARA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES POR TIPO DE CER – II, III ou IV

CER II		EQUIPE MÍNIMA
VISUAL	AUDITIVA	QUANTIDADE
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Visual: oftalmologista.		2
ENFERMEIRO		0
TEC. ENFERMAGEM		0
FONOAUDIOLOGO		4
PSICOLOGO		2
FISIOTERAPEUTA ou TERAPEUTA OCUPACIONAL		2
NUTRICIONISTA - opcional		0
ORTOPTISTA - opcional		1
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

CER II		EQUIPE MÍNIMA
VISUAL	FÍSICA	QUANTIDADE
MÉDICO Física: ortopedista ou fisiatra; Visual: oftalmologista.		2
ENFERMEIRO		2
TEC. ENFERMAGEM		2
FONOAUDIOLOGO		2
PSICOLOGO		2
FISIOTERAPEUTA		4
TERAPEUTA OCUPACIONAL		2
NUTRICIONISTA - opcional		1
ORTOPTISTA - opcional		1
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

CER II		EQUIPE MÍNIMA
--------	--	---------------

VISUAL	INTELLECTUAL	QUANTIDADE
MÉDICO Intellectual: psiquiatra ou neurologista; Visual: oftalmologista.		2
ENFERMEIRO		0
TEC. ENFERMAGEM		0
FONOAUDIOLOGO		4
PSICOLOGO		4
FISIOTERAPEUTA		1
TERAPEUTA OCUPACIONAL		2
NUTRICIONISTA - opcional		1
ORTOPTISTA - opcional		1
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

CER II		EQUIPE MÍNIMA
AUDITIVA	FÍSICA	QUANTIDADE
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Física: ortopedista, neurologista ou fisiatra.		2
ENFERMEIRO		2
TEC. ENFERMAGEM		2
FONOAUDIOLOGO		4
PSICOLOGO		2
FISIOTERAPEUTA		4
TERAPEUTA OCUPACIONAL		2
NUTRICIONISTA - opcional		1
ORTOPTISTA - opcional		0
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

CER II	EQUIPE MÍNIMA
--------	---------------

AUDITIVA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Intellectual: psiquiatra ou neurologista		2
ENFERMEIRO		0
TEC. ENFERMAGEM		0
FONOAUDIOLOGO		6
PSICOLOGO		4
FISIOTERAPEUTA		0
TERAPEUTA OCUPACIONAL		2
NUTRICIONISTA - opcional		1
ORTOPTISTA - opcional		0
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

CER II		EQUIPE MÍNIMA
FÍSICA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE
MÉDICO Física: ortopedista, neurologista ou fisiatra; Intellectual: psiquiatra ou neurologista;		2
ENFERMEIRO		2
TEC. ENFERMAGEM		2
FONOAUDIOLOGO		4
PSICOLOGO		4
FISIOTERAPEUTA		4
TERAPEUTA OCUPACIONAL		2
NUTRICIONISTA - opcional		1
ORTOPTISTA - opcional		0
PROTÉTICO OCULAR - opcional		0
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		0
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

CER III			EQUIPE MÍNIMA
VISUAL	FÍSICA	AUDITIVA	QUANTIDADE
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Física: ortopedista, neurologista ou fisiatra; Visual: oftalmologista.			3
ENFERMEIRO			2
TEC. ENFERMAGEM			2
FONOAUDIOLOGO			5
PSICOLOGO			2
FISIOTERAPEUTA			5
TERAPEUTA OCUPACIONAL			2
NUTRICIONISTA - opcional			1
ORTOPTISTA - opcional			1
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1
PEDAGOGO - opcional			1

CER III			EQUIPE MÍNIMA
VISUAL	FÍSICA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE
MÉDICO Física: ortopedista, neurologista ou fisiatra; Intelectual: psiquiatra ou neurologista; Visual: oftalmologista.			3
ENFERMEIRO			2
TEC. ENFERMAGEM			2
FONOAUDIOLOGO			5
PSICOLOGO			4
FISIOTERAPEUTA			5
TERAPEUTA OCUPACIONAL			2
NUTRICIONISTA - opcional			1
ORTOPTISTA - opcional			1
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1
PEDAGOGO - opcional			1

CER III			EQUIPE MÍNIMA
VISUAL	AUDITIVA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Intelectual: psiquiatra ou neurologista; Visual: oftalmologista.			3
ENFERMEIRO			0
TEC. ENFERMAGEM			0
FONOAUDIOLOGO			6
PSICOLOGO			4
FISIOTERAPEUTA			2
TERAPEUTA OCUPACIONAL			2
NUTRICIONISTA - opcional			1
ORTOPTISTA - opcional			1
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1
PEDAGOGO - opcional			1

CER III			EQUIPE MÍNIMA
FISICA	AUDITIVA	INTELLECTUAL	QUANTIDADE
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Física: ortopedista, neurologista ou fisiatra; Intelectual: psiquiatra ou neurologista.			3
ENFERMEIRO			1
TEC. ENFERMAGEM			1
FONOAUDIOLOGO			6
PSICOLOGO			4
FISIOTERAPEUTA			4
TERAPEUTA OCUPACIONAL			4
NUTRICIONISTA - opcional			1
ORTOPTISTA - opcional			1
PROTÉTICO OCULAR - opcional			1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional			1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional			1
PEDAGOGO - opcional			1

CER IV		EQUIPE MÍNIMA
VISUAL	FÍSICA	QUANTIDADE
AUDITIVA	INTELLECTUAL	
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Física: ortopedista, neurologista ou fisiatra; Intelectual: psiquiatra ou neurologista; Visual: oftalmologista.		4
ENFERMEIRO		2
TEC. ENFERMAGEM		2
FONOAUDIOLOGO		6
PSICOLOGO		4
FISIOTERAPEUTA		6
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4
NUTRICIONISTA - opcional		2
ORTOPTISTA - opcional		1
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

OFICINA ORTOPÉDICA					
Fixa	Quantidade	Itinerante	Quantidade	Itinerante Fluvial	Quantidade
Responsável Técnico	1	Responsável Técnico	0	Responsável Técnico	0
Técnico Ortopédico (Ortesista e Protesista)	6	Técnico Ortopédico (Ortesista e Protesista)	3	Técnico Ortopédico (Ortesista e Protesista)	1
Sapateiro Ortopédico	2	Sapateiro Ortopédico	1	Sapateiro Ortopédico	1
Fisioterapeuta	1	Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional	1	Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional	1
Terapeuta Ocupacional	1				