



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 050/18 – CIB / RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede De Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde;

os Instrutivos de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade), publicados em 10 de abril de 2013, referentes às Portarias GM/MS nº 793, de 24/04/2012, e Portaria GM/MS nº 835, de 25/04/2012;

o Manual Operativo de Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do Estado do Rio Grande do Sul, elaborado a partir da Portaria GM/MS nº 818/01 já revogada;

a necessidade de qualificação da Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Sul;

a necessidade de nortear e padronizar o processo terapêutico e a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) nos serviços de reabilitação do Estado do RS, que possuem habilitação na área de reabilitação física;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 07/03/2018.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as Diretrizes da Reabilitação Física e Orientações para Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do Estado do Rio Grande do Sul, Anexo Único desta Resolução.

Art. 2º - Revogar a Resolução nº 173/05 - CIB/RS.

Art. 3º - O documento completo "Diretrizes da Reabilitação Física e Orientações para Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do Estado do Rio Grande do Sul" está disponível no site da SES/RS, no endereço eletrônico <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20180359/07155907-diretrizes-da-reabilitacao-fisica-e-concessao-de-opm-do-rs.pdf>.

Art. 4º - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Porto Alegre, 08 de março de 2018.

JOÃO GABBARDO DOS REIS
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

DIRETRIZES DA REABILITAÇÃO

FÍSICA E ORIENTAÇÕES PARA

CONCESSÃO DE ÓRTESES,

PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES

DE LOCOMOÇÃO DO ESTADO

DO RIO GRANDE DO SUL

ANEXO ÚNICO

Porto Alegre, março de 2018

Secretário de Saúde

João Gabbardo dos Reis

Secretário de Saúde Adjunto e

Diretor do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

Francisco Antônio Zancan Paz

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial – DAHA

Saúde da Pessoa com Deficiência – SPD

Av. Borges de Medeiros, 1.501 – 4º andar /Ala Sul

CEP 90110-150 Porto Alegre – RS

Telefones. : (51) 3288- 5935/5976

E-mail: peessoacomdeficiencia@saude.rs.gov.br

Elaboração:

Coordenação Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência

Organização:

Ayesa Donini de Castilhos Lorentz

Christian Pacheco Medeiros

O SUS e a Pessoa com Deficiência

A Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU 2007).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE/2010, 23,8% da população se declara com algum tipo de deficiência, o que representa no RS em torno de 2.681.516 pessoas, porém nem todas necessitam utilizar os serviços de reabilitação que compõem à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Independente do diagnóstico, os números indicam uma quantidade significativa de pessoas com deficiência na Sociedade Gaúcha, o que justifica uma atenção especial em saúde.

A Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde - **SUS** tem como foco principal a habilitação e/ou a reabilitação das funcionalidades humanas, contribuindo com a emancipação social destes usuários.

A organização da atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência está amparada na Portaria GM/MS nº793 de 24 de abril de 2012, que estabelece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no RS, com serviços de reabilitação de modalidade única nas áreas auditiva, física, visual e intelectual e Centros Especializados em reabilitação (CER) distribuídos nas Regiões de Saúde do Estado.

A inclusão, pode ser entendida como a capacidade da sociedade de acolher todo e qualquer cidadão, prevê o indispensável tratamento diferenciado com equidade em todas as áreas de atuação humana, seja na estrutura de formação, de trabalho, de expressão, de convívio e de atenção à saúde.

Assim, o acesso ao processo de reabilitação e a aquisição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção significa promover acessibilidade e qualidade de vida.

O presente documento tem por objetivo nortear e padronizar o processo terapêutico e a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) nos serviços de reabilitação do Estado do RS, que possuem habilitação na área de reabilitação física.

Sumário

1. Objetivo	
2. Fundamentação Legal.....	
3. Definição do público alvo de atendimento.....	
4. Conceitos	
5. Processo de reabilitação.....	
6. Construção do Projeto Terapêutico.....	
7. Atribuições dos Serviços de Reabilitação Física do SUS/RS (Modalidade Única e CER).....	
8. Competências e Atribuições dos Profissionais da Equipe	
9. Caracterização, Qualificação e Competências dos Fornecedores de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.....	
10. Unidades Cadastradas para prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção	
11. Comissão Técnica	
12. Financiamento	
13. Fluxogramas.....	
14. Ações, fluxos e prazos ligados ao processo de reabilitação e concessão de OPM.....	
15. Normas Gerais:	
16. Anexos	
16.1 Anexo I – Formulário de Prescrição – Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.....	
16.2 Anexo II – Termo de Responsabilidade, Compromisso e Garantia	
16.3 Anexo III – Normas Básicas de Confecção de Órteses e Próteses Ortopédicas.....	
16.4 Anexo IV – Tabela SIA – SUS Códigos 18/115 e 18/116	
16.5 Anexo V – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na área da Reabilitação Física do Rio Grande do Sul / Referências	
16.6 Anexo VI –Laudo para solicitação de Procedimento Ambulatorial.....	
16.7 Anexo VII – Boletim de Produção Ambulatorial (Individualizado) - BPA-I.....	
16.8 Anexo VIII – Documento de Referência e Contra-referência.....	
16.9 Anexo IX – Laudo técnico Tratamento Fora de Domicílio (TFD).....	

DIRETRIZES LIGADAS AO PROCESSO DE REABILITAÇÃO FÍSICA E CONCESSÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPM) DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

1)**Objetivo:** Implementar as diretrizes do processo de reabilitação física e uniformizar os procedimentos de concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção nos serviços de reabilitação física do RS.

2)**Fundamentação Legal:** Decreto nº 3.298/99, Portaria SAS/MS nº116 de 09 de setembro de 1993, Portaria SAS/MS nº 146 de 14 de outubro de 1993, Portaria SAS/MS nº388/ de 28 de julho 1999, Portaria GM/MS nº1.230 de 14 de outubro 1999 , Portaria SAS/MS nº185 de 05 de junho 2001, Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde - 2ª edição revista e atualizada de 2006, Portaria GM/MS nº793 de 24 de abril de 2012 e seus Instrutivos (última versão publicada em 02 de junho de 2014), Portaria GM/MS nº835 de 25 de abril de 2012 e Portaria GM/MS nº 971 de 13 de setembro de 2012 .

3)**Definição do público alvo de atendimento:** Usuários(as) com deficiência física, caracterizada pelo comprometimento do aparelho locomotor (sistema osteoarticular, muscular e nervoso), determinando alterações na funcionalidade, levando a necessidade de acolhimento em pelo menos duas especialidades de reabilitação com equipe multidisciplinar e o uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, as quais, quando indicadas, são indispensáveis para o processo de reabilitação/habilitação, definido após consulta de triagem realizada pela equipe de reabilitação.

4)Conceitos:

a)**ÓRTESES:** Aparelho destinado a suprir ou corrigir a alteração morfológica de um órgão, de um membro ou de um segmento de um membro, ou a deficiência de uma função.

b)**PRÓTESES:** Aparelho ou dispositivo destinado a substituir um órgão, de um membro ou parte do membro destruído ou gravemente acometido.

c)**MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO:** Aparelho ou dispositivo que auxilia a função motora, o qual não corrige ou substitui função como órteses ou próteses.

d)REABILITAÇÃO: De acordo com o Programa Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, é um processo de duração limitada e com o objetivo definido, destinado a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, cognitivo e /ou social funcional que lhe proporcione autonomia, favorecendo assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional, como ajudas técnicas e outras medidas facilitadoras.

e)ASSISTÊNCIA OU ATENDIMENTO EM REABILITAÇÃO: Terapia realizada para reabilitar os(as) usuário(a)s no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações.

f)AVALIAÇÃO FUNCIONAL: Avaliar a capacidade do indivíduo em manter as habilidades motoras, cognitivas e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

g)CAPACIDADE FUNCIONAL: Capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e cognitivas necessárias para uma vida independente e autônoma; avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

h)CONDIÇÕES FUNCIONAIS: Situação encontrada após a avaliação funcional.

i)CAPACIDADE ADAPTATIVA: Capacidade de se adequar a uma nova situação.

j) EQUIPE MULTIDICCIPLINAR: Assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que elaboram em conjunto o plano terapêutico singular dos(as) usuários(as) e também desenvolvem o processo terapêutico de acordo com as necessidades apresentadas pelo(a)s mesmos(as).

k)AÇÕES BÁSICAS DE REABILITAÇÃO: Ações que visam manter e/ou recuperar a funcionalidade, minimizar as limitações, potencializando habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, adequação, treinamento e orientações assim como acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção e outras ações pertinentes ao processo de reabilitação do indivíduo.

l)AÇÕES COMPLEXAS DE REABILITAÇÃO: Ações que utilizam tecnologia apropriada com o objetivo de obter-se maior autonomia da pessoa com deficiência, manter e/ou recuperar a funcionalidade, minimizar as limitações, potencializando habilidades, ou incrementá-las,

compreendendo avaliações, adequação, treinamento e orientações assim como acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção e outras ações pertinentes ao processo de reabilitação do indivíduo.

m) ATENDIMENTO HOSPITALAR EM REABILITAÇÃO: Terapias realizadas em nível hospitalar visando reabilitar/habilitar os(as) usuário(a)s no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro da suas limitações.

n) PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES/PRÓTESES/MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO – OPM: Indicação de OPM a ser(em) concedido(s), de acordo com as necessidades do(a) usuário(a), após a avaliação funcional, pela equipe de reabilitação. A prescrição de OPM também integra o processo de reabilitação física.

o) ADEQUAÇÃO E TREINAMENTO: Ações que possibilitem a adequação do(a) usuário(a) ao uso correto do material indicado, mediante ajustes técnicos do material às condições físicas e cognitivas do(a) usuário(a), cabendo ao período de treinamento ações em etapas progressivas de manipulação, higienização, colocação e uso do material.

p) DISPENSAÇÃO E CONCESSÃO DE OPM: A primeira caracteriza-se pelas ações administrativas para disponibilizar a(s) OPM à pessoa com deficiência física nos serviços que compõem à Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência na área da reabilitação física. A concessão está vinculada ao conjunto de ações técnicas que resultam na incorporação e utilização de OPM pelo indivíduo, estabelecidos no processo de reabilitação física.

q) 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.

r) DEFICIÊNCIA: A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD, 2006), reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e que a mesma “resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”, portanto, não se restringe ou é atributo da pessoa, e sim do ambiente à sua volta.

s)TECNOLOGIA ASSISTIVA: É uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social.

t)NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde

u)SIA-SUS: Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único da Saúde

v)BPA-I: Boletim de Produção Ambulatorial (Individualizado)

w)ESF: Estratégia da Saúde da Família

1)Processo de reabilitação

Segundo o Instrutivo (publicado em 02 de junho de 2014) da Portaria GM/MS nº793/12, 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 interdisciplinares 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.

2) Construção do Projeto Terapêutico

De acordo com o Instrutivo (publicado em 02 de junho de 2014), da Portaria GM/MS nº793/12, 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 portanto 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 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.

3)Atribuições dos Serviços de Reabilitação Física do SUS/RS (Modalidade Única e CER):

- Atendimento individual (consulta, procedimentos terapêuticos de reabilitação e atendimento de Serviço Social).
- Atendimento em grupo (atividades educativas em saúde, grupo de orientação, modalidades terapêuticas de reabilitação e atividades de vida diária).
- Estimulação do Desenvolvimento neuropsicomotor/ Estimulação Precoce
- Avaliação da equipe multidisciplinar

-Atendimento individual e em grupo.

-Prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e dispensação de Órteses, Próteses e Materiais Auxiliares, com o uso do **Formulário de Prescrição de Órteses, Próteses e Meio Auxiliares de Locomoção** (Anexo I) e emissão de **Termo de Responsabilidade, Garantia e Compromisso** (Anexo II).

-Prevenção de sequelas, incapacidades e deficiências secundárias.

-Orientação de cuidados de enfermagem.

-Orientação familiar.

-Preparação do(a) usuário(a) para alta, convívio social e familiar.

-Utilizar, obrigatoriamente, todos os instrumentos regulados neste manual.

-Consolidar os dados dos usuários e subsidiar a elaboração dos Planos de Saúde Municipal, visando melhorar o perfil epidemiológico da área de abrangência.

-Informar à Coordenadoria Regional de Saúde – CRS sempre que houver dificuldades de fluxo ou atendimento inadequado na Rede Estadual de Assistência à pessoa com Deficiência Física.

-Articular com os diversos pontos de atenção da rede, sempre que necessário, o acompanhamento ao usuário em tratamento ou em alta, atendendo sempre que solicitado para fornecer orientações técnicas, utilizando-se do documento de referência e contra-referência.

1) Competências e Atribuições dos Profissionais da equipe dos Serviços de Reabilitação Física do SUS/RS (Modalidade Única e CER):

Médico:

1) Avaliação clínica.

2) Solicitar exames complementares para definir diagnóstico.

3) Registrar em prontuário a urgência e a prioridade do atendimento aos(as) usuário(a)s.

- 4) Contribuir na elaboração do plano de reabilitação prescrito, acompanhamento da evolução do tratamento e anotações adequadas nos prontuários.
- 5) Verificar a singularidade que cada caso exige no plano médico, adequando-se às necessidades do(a) usuário(a) e aos objetivos a serem alcançados.
- 6) Realizar, nas datas previamente agendadas, as avaliações do(a) usuário(a) e proceder os ajustes necessários no projeto terapêutico prescrito.
- 7) Recomendar o desligamento (alta médica), ou propor a permanência do(a) usuário(a) na reabilitação, sempre em comum acordo com a equipe multidisciplinar .
- 8) Realizar encaminhamentos ao serviço social sempre que necessário.
- 9) Atuar junto ao serviço Social, como recurso da equipe multidisciplinar nos problemas do campo médico, relacionados com a atividade profissional do reabilitado no seu emprego e atividades da vida diária, após cumprido o processo de reabilitação.
- 10) Participar das reuniões da equipe multidisciplinar.
- 11) Definir com a equipe multidisciplinar o plano de reabilitação de cada caso.
- 12) Preencher o Laudo Médico para emissão de BPA-I de Reabilitação Física .
- 13) Mediante a definição da equipe multidisciplinar, preencher o Laudo Médico para emissão de BPA – I de Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

Assistente Social:

- 1)Fazer estudo socioeconômico do(a) usuário(a), com o objetivo de propor medidas e benefícios que venham ao encontro de suas necessidades.
- 2)Acompanhar o(a) usuário(a) cuja problemática social necessite de orientação e intervenção do serviço social.
- 3)Orientar o(a) usuário(a) sobre todos os procedimentos do processo de reabilitação, incluindo as etapas para concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, orientando o(a) usuário(a) quanto a conservação, cuidados e troca do aparelho.
- 4)Informar e encaminhar o(a) usuário(a) e seus familiares aos recursos da comunidade, bem como programas sociais existentes.
- 5)Contatar instituições/entidades quando necessário, objetivando maiores esclarecimentos ao(a) usuário(a) sobre os serviços disponíveis, bem como facilitar o acesso do mesmo aos recursos.
- 6)Interpretar junto ao(a) usuário(a) e seus familiares às normas da Instituição e rotinas de tratamento, assim como trabalhar seu engajamento no tratamento de reabilitação.

- 7) Orientar os(as) usuário(a)s sobre questões previdenciárias, judiciais e outros (benefício da prestação continuada) quando necessário.
- 8) Orientar juntamente com a equipe, os(as) usuário(a)s protetizados(as) e ortetizados(as), do ponto de vista de sua reabilitação e inserção social.
- 10) Participar das reuniões de equipe multidisciplinar.
- 11) Articular ações da Comissão Técnica com as equipes da Estratégia da Saúde da Família.

Fisioterapeuta:

- 1) Avaliação físico funcional.
- 2) Contribuir na elaboração do plano de reabilitação prescrito, acompanhamento da evolução do tratamento e anotações adequadas nos prontuários.
- 3) Participar das reuniões de equipe multidisciplinar.
- 4) Elaborar e executar métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do(a) usuário(a).
- 5) Registrar no prontuário as avaliações, reavaliações, observações de ordem físico funcional, assim como prioridade do atendimento aos(as) usuários(as).
- 6) Contribuir na melhoria do serviço e agilidade no atendimento.
- 7) Mediante parecer diagnóstico, buscar informações complementares que julgar conveniente, avaliar e decidir quanto à necessidade de submeter o(a) usuário(a) à fisioterapia, mesmo quando o tratamento é solicitado por outro profissional.
- 8) Prescrição, avaliação, treinamento e adequação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- 9) Preencher o Laudo para emissão de BPA-I de Reabilitação Física.
- 10) Preencher o Laudo para emissão de BPA-I da prescrição para a Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.
- 11) Propor alta, em consenso com a equipe multidisciplinar, nos atendimentos de fisioterapia, utilizando critérios de reavaliações que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade da rediscussão destas práticas terapêuticas, posteriormente avaliadas em reunião de equipe.
- 12) Reavaliar sistematicamente o(a) usuário(a), para fins de reajustes ou alterações das condutas terapêuticas próprias empregadas, adequando-as a evolução dinâmica da metodologia adotada. É de sua competência a busca de todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do(a) usuário(a) sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da equipe de saúde, através da solicitação

de laudos técnicos especializados com os resultados dos exames complementares, a eles inerentes.

13) Participar da Comissão Técnica para concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do serviço a que pertence.

14) Definir com a equipe multidisciplinar o plano de reabilitação de cada caso.

Terapeuta Ocupacional:

1)Elaboração diagnóstico terapêutico ocupacional, compreendido como avaliação cinética ocupacional, sendo esta um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas terapêuticas ocupacionais, são analisadas as alterações sócio-físico-ocupacionais objetivando uma intervenção terapêutica específica.

2)Executar métodos e técnicas terapêuticas e lúdicas, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade cognitiva do(a) usuário(a).

3)Contribuir na elaboração do plano de reabilitação prescrito, acompanhamento da evolução do tratamento e anotações adequadas nos prontuários.

4)Prescrever baseado no constatado na avaliação cinética ocupacional as condutas próprias da terapia ocupacional, qualificando-as e quantificando-as.

5)Registrar em prontuário avaliação inicial, evolução e alta.

6)Participar das reuniões de equipe multidisciplinar.

7)Planejamento, confecção, adaptação e treinamento de órteses para membros superiores necessárias ao desempenho funcional do(a) usuário(a).

8)Confeccionar órteses e adaptações de sua competência devidamente previsto no processo de Reabilitação.

9)Preencher o Laudo para emissão de BPA-I de Reabilitação Física.

10)Preencher o laudo para emissão de BPA-I da prescrição para a Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.

11)Propor alta, em consenso com a equipe multidisciplinar, no atendimento de terapia ocupacional, utilizando o critério de reavaliações que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade da continuidade desta prática terapêutica, posteriormente referendada em reunião de equipe.

12)Participar da Comissão Técnica para concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do serviço a que pertence.

13)Definir com a equipe multidisciplinar o plano de Reabilitação de cada caso.

Psicólogo:

- 1) Avaliar e interpretar para a equipe multidisciplinar às condições emocionais do(a) usuário(a).
- 2) Reunir informações das condições emocionais referentes ao(a) usuário(a) e participar com a equipe multidisciplinar na elaboração do projeto terapêutico, de acordo com as particularidades do(a) usuário(a).
- 3) Atuar no acompanhamento e na orientação dos(as) usuário(a)s que apresentem demanda psicológica durante o processo reabilitatório no serviço de reabilitação física.
- 4) Orientar a família para que adquira uma percepção realista do(a) usuário(a), suas potencialidades e limitações.
- 5) Participar das reuniões de equipe multidisciplinar, inteirando-se da atuação dos demais profissionais e informando-os dos aspectos psicológicos mais significativos dos casos, sua evolução e condições gerais.
- 6) Registrar nos prontuários os dados que forem essenciais para a elucidação dos aspectos psicológicos do(a) usuário(a) durante o processo de reabilitação, respeitados os princípios de ética profissional.
- 7) Em caso do(a) usuário(a) necessitar de um acompanhamento mais prolongado após a conclusão do processo de reabilitação, poderá ser encaminhado para locais que prestem serviço de psicologia na rede de atendimento do SUS.
- 8) Orientar quando necessário, os profissionais do território onde reside o(a) usuário(a).
- 9) Propor alta, em consenso com a equipe multidisciplinar, no atendimento de psicologia, utilizando o critério de reavaliação que demonstrem não haver alterações que indiquem necessidade da continuidade desta prática terapêutica, posteriormente referendada em reunião de equipe.
- 10) Definir com a equipe multidisciplinar o plano de reabilitação de cada caso.

Técnicos Ortesistas e Protesistas

- 1) Acompanhar o processo de reabilitação prestando a assistência técnica necessária no desenvolvimento do tratamento proposto e fornecer ao profissional ou equipe multidisciplinar de reabilitação elementos técnicos ligados a tecnologia concedida durante a evolução do processo terapêutico;
- 2) Fornecer informações para a equipe multidisciplinar de reabilitação quanto a qualidade do material utilizado na fabricação de órteses e próteses não relacionadas ao ato cirúrgico, bem como comprovar a necessidade de todos os componentes a serem utilizados em cada equipamento com fins de ortetização e protetização ;

- 3) Confeccionar e adaptar, conforme prescrição da equipe multidisciplinar, órteses e próteses não relacionadas ao ato cirúrgico;
- 4) Refazer a confecção e adequação de uma órtese ou prótese não relacionada ao ato cirúrgico quantas vezes forem necessárias, até que a mesma esteja devidamente aprovada pela equipe multidisciplinar para utilização dos(as) usuários(as) sem acréscimo de insumos;
- 5) A prescrição e a entrega de qualquer dispositivo ortótico e protético é de responsabilidade dos profissionais fisioterapeutas, médicos especialistas e terapeutas ocupacionais que são habilitados ao manuseio e prescrição de órteses e próteses não relacionadas ao ato cirúrgico;
- 6) A participação do profissional ortesista / protesista deve se dar de forma isenta aos interesses comerciais e deve estar ancorada nos princípios e diretrizes do SUS;

Profissionais de nível médio ou técnico:

- 1) Auxiliar o técnico a tirar as medidas das OPM.
- 2) Auxiliar na guarda dos materiais.
- 3) Alimentar banco de dados do serviço.
- 4) Executar outras tarefas correlatas junto ao técnico em órtese e prótese.
- 5) Informar a equipe sobre intercorrências que surgirem no serviço.
- 6) Viabilizar a logística do transporte do(a) usuário(a) dentro do serviço.
- 7) Executar atividades pré - determinadas pela equipe de acordo com as necessidades dos(as) usuário(a)s.

9) Caracterização, Qualificação e Competências dos Fornecedores de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção:

1. Caracterização: Oficina de Ortopedia Técnica ou Empresa Fornecedora de OPM

Oficina Ortopédica:

Conforme Instrutivo (publicado em 02 de junho de 2014), da Portaria GM/MS nº793/12, 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 usuário(a)s, 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.

2. **Qualificação:** Possuir técnico ortopédico especializado. A confecção dos materiais deverá obedecer as **Normas Básicas de Confecção de Órteses e Próteses Ortopédicas** (Anexo III).

3. **Competências:** Disponibilizar os equipamentos ortopédicos nas datas marcadas pelas equipes dos serviços que integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na área da Reabilitação Física do RS, bem como todas as informações de ordem técnica quanto à origem do material, manutenção, uso, tempo de vida útil e demais observações pertinentes. Comparecer no serviço de reabilitação todas as vezes que for solicitado, para provas e ajustes que se fizerem necessários ao longo do período de protetização e conclusão do plano de reabilitação. Oferecer certificado de garantia para todos os produtos fornecidos com o prazo de 18 (dezoito) meses para defeitos de componentes e de 12 (doze) meses para defeitos decorrentes de falhas comprovadas de mão de obra. A Concessão e substituição de órteses e/ou próteses só poderá ser reivindicada ao final de dois (2) anos, ou pelo período julgado adequado pela equipe técnica do serviço responsável pelo(a) usuário(a). Observar, rigorosamente, o item 15 - Normas Gerais, deste manual.

10) Unidades Cadastradas para prescrição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção:

As unidades que irão conceder e dispensar as OPM, deverão estar habilitadas e compor a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na área da Reabilitação Física do RS, e dispor do profissional médico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. As referências geográficas devem obedecer aos critérios do Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR/RS. Deve ser utilizado obrigatoriamente o **Formulário de Prescrição – Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção** (Anexo I).

11) Comissão Técnica:

Os serviços que integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na área da Reabilitação Física do RS, deverão criar a Comissão Técnica, a qual terá como responsabilidade avaliar, autorizar, fornecer, treinar e controlar a concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do respectivo serviço. Os procedimentos serão financiados através do BPA-I (Anexo VII).

12) Financiamento:

No Rio Grande do Sul, o custeio para concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção ocorrerá por meio de recursos do Teto da Assistência do RS, mediante a emissão de BPA-I, para os procedimentos relacionados no Anexo VI, conforme regulamentação (PT/MG/MS nº 185/2001 e Portaria GM/MS nº835 de 25 de abril de 2012).

13) Fluxogramas:

A concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do sistema SIA – SUS, somente ocorrerá através dos serviços que integram a Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência do RS.

A Secretaria Municipal de Saúde, inscreve seu(sua) usuário(a) direcionando ao serviço de reabilitação física de sua referência. A Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), a que o município pertence, procede à regulação e o agendamento do(a) usuário(a) no Serviço de Reabilitação localizado na Macrorregião de referência*, designado de acordo com a regionalização da Rede Estadual de Assistência a Pessoa com Deficiência Física. (Anexo V).

*exceção dos serviços localizados em POA (Sistema de Regulação próprio do Município)

14) Ações, fluxos, e prazos ligados ao processo de reabilitação e concessão de OPM:

- Após o ingresso dos(as) usuários(as) na reabilitação, a equipe multidisciplinar deverá se comprometer a elaborar, organizar e executar o plano terapêutico singular dos mesmos, levando em conta que o processo de reabilitação deve ter início, meio e fim. Deve ser respeitado o tempo médio de seis meses para alta das terapias, salvo quadros clínicos que requeiram maior tempo e nestes casos o prazo de permanência poderá ser ampliado de acordo com avaliação da equipe técnica do serviço. Destaca-se também que a alta dos usuários(as) em reabilitação física pediátrica não está vinculada ao tempo médio de seis meses, a exemplo das crianças em tratamento de estimulação precoce. Vale ser ressaltado que uma vez alcançadas as potencialidades funcionais, o(a) usuário(a) estará de alta da reabilitação, permanecendo vinculado ao serviço para manutenções, concessões, consultas e revisões de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção .

-Ressalta-se também, que os serviços deverão fornecer aos usuários (as) no momento da alta o documento de contra referência devidamente preenchido indicando o ponto de atenção que os(as) mesmos(as) devem buscar na rede, tendo em vista que a atenção básica é a ordenadora do cuidado .

-O serviço poderá questionar, prescrever e dispensar o(s) equipamento(s) que julgar adequado(s) ao processo de reabilitação física dos(a) usuários(a), respeitando as normas e quantitativos estabelecidos por este manual, mesmo este(s), sendo diferente(s) a solicitação inicial a partir da avaliação da equipe;

-A concessão das OPM poderá ser questionada e até mesmo vetada pelo gestor Estadual/Municipal cabendo ao mesmo justificativa técnica.

-O Gestor/regulador deverá seguir rigorosamente a ordem da inscrição dos(as) usuário(a)s, idade cronológica e tempo de lesão, ressaltando urgências pré e pós-cirúrgicas (3 meses) em processo de reabilitação, assim como referências ressaltando necessidades de gestão.

-A avaliação/reavaliação, prescrição, adequação, treinamento e acompanhamento dos(a) usuários(a) e os dispositivos a ele(a)s dispensados, fazem parte do processo de reabilitação.

-As OPM deverão ser aprovadas pelos usuários(as) com a presença do profissional (fisioterapeuta, médico, terapeuta ocupacional) que emitiu o Laudo para concessão. A finalização do trabalho pelo técnico responsável por sua confecção só se dará após aprovação pelo profissional que prescreveu e pelo(a) usuário(a).

-Os(as) usuários(as) deverão ser instruídos a seguir as orientações da equipe técnica quanto ao manuseio dos dispositivos concedidos. Deverão zelar pelo equipamento preservando-o por no mínimo dois anos, não poderão realizar qualquer tipo de manutenção ou alteração que prejudique sua estrutura, deverão comunicar os problemas ocorridos a equipe técnica do serviço para que seja avaliada a possibilidade de realização de reparo e deverão observar rigorosamente os prazos de manutenção e ou revisão de acordo com cada tipo de componente para ter direito a garantia dos mesmos considerando as especificações constantes no termo de compromisso (anexo II). Os serviços deverão registrar as faltas dos usuários(as) às consultas de revisão nos prontuários e seguir o disposto nesse manual e no regramento interno das Instituições.

-Os(as) usuários(as) deverão cumprir o plano de reabilitação e comparecer às revisões, pois sem justificativa de falta e aviso prévio poderão perder a garantia do aparelho e retomar o processo inicial de avaliação de acordo com o que for estabelecido pela equipe técnica do serviço.

-O Laudo para emissão de BPA-I Reabilitação Motora/OPM (Anexo VI) deverá ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pela prescrição/avaliação, em duas vias (a primeira para o órgão autorizador a segunda permanece na unidade onde será realizado o procedimento).

-Será permitido o uso de um mesmo Laudo para justificar a solicitação de mais de um procedimento de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção para autorização de mais de um BPA-I para o(a) mesmo(a) usuário(a), na mesma competência, desde que sejam justificadas as patologias e a gravidade da incapacidade, respeitando o limite de 04 (quatro) dispositivos, necessitando, obrigatoriamente, laudo explicativo da equipe técnica, autorização do responsável técnico do serviço e autorização do gestor, quando exceder esse quantitativo.

-Poderão ser emitidas quantas BPA-I (Anexo VII) forem necessárias, desde que, sejam procedimentos diferenciados ou justificados. Para autorizar procedimentos de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, na mesma competência, para o(a) mesmo(a) usuário(a), desde que qualificados no Laudo técnico.

-Mediante a concessão do(s) equipamento(s), o TERMO DE COMPROMISSO, GARANTIA E RESPONSABILIDADE (anexo II) deverá ser assinado pelo receptor e pelo profissional que prescreveu, este, deverá ser anexado ao prontuário do(a) usuário(a).

-Os(as) usuários(as) que ingressaram por agendamento realizado através de Sistema de Regulação Estadual/Municipal vigente manterão vínculo com o serviço para concessão desses equipamentos sem necessidade de nova regulação via sistema, exceto no caso de mudança de referência de atendimento aprovada em CIR/CIB. A concessão de substituição de OPM só poderá ser reivindicada ao final de 2 (dois) anos ou de um período julgado adequado pela equipe/Comissão Técnica, mas ressalta-se que com relação às solicitações de OPM para crianças e adolescentes, os dispositivos poderão ser substituídos quando necessário até que esteja concluído o processo de crescimento.

-Os serviços de reabilitação física (serviços de modalidade única e CER), deverão prever mensalmente uma agenda para os casos ligados a continuidade do cuidado, ou seja dos usuários(as) já vinculados que necessitam de reavaliação, reposição de OPM, etc., dentro de seu teto financeiro mensal.

-As consultas de retorno (reavaliação), dentro do processo de tratamento deverão ser marcadas diretamente entre usuário(a) e o serviço durante esse processo, sendo que a equipe técnica deverá avaliar as necessidades do(a) usuário(a), dispensando os equipamentos necessários ao tratamento de reabilitação, respeitando o quantitativo estabelecido pelo manual de OPM do RS.

-A Secretaria Estadual da Saúde disponibilizará no seu endereço eletrônico www.saude.rs.gov.br, DAHA, o programa da BPA-I /Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

-Os serviços concessionários de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção(OPM), deverão manter arquivados e ou digitalizados pelo prazo de 5 anos o Demonstrativo de BPA-I/Meio Magnético correspondente e o resultado dos exames, para fins de consulta e auditoria.

-Os serviços localizados nos municípios em Gestão Plena da Saúde deverão reportar-se à Secretaria Municipal de Saúde quanto ao envio do Laudo e das BPA-I /Magnéticas.

-Os Serviços localizados nos municípios que não estejam em Gestão Plena da Saúde, deverão reportar-se às Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS`s a que pertencem, para envio do Laudo e das BPA-I /Magnéticas.

-A responsabilidade sobre as atividades de acompanhamento, controle, avaliação e auditoria será compartilhada entre o Gestor Estadual e os Gestores Municipais na elaboração de agendas conjuntas garantindo o cumprimento dos dispositivos regulamentados.

-Mediante avaliação e definição do(s) equipamento(s) ortopédico(s), a equipe técnica deverá disponibilizá-lo(s) em um prazo médio de 90 (noventa) dias após o informe ao(a) usuário(a), estando previstas neste período as consultas para obtenção de medidas, confecção de moldes e provas. A ampliação deste prazo deverá ser justificado pela equipe técnica ao órgão autorizador.

15) Normas Gerais:

1)Só poderão participar das concessões de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção as oficinas ortopédicas com registro no Serviço de Vigilância Sanitária do município e/ou do Estado em que estejam sediadas e localizadas na região de abrangência do serviço de Reabilitação, exigindo-se os seguintes documentos comprobatórios da situação da empresa:

-Registro do Ministério da Fazenda com definição clara da finalidade da empresa como “Comércio e Fabricação” ou de “Montagem de Aparelhos Ortopédicos”.

-Alvará de funcionamento emitido pela Prefeitura do município em que esteja expresso a finalidade do comércio, fabricação ou montagem de aparelhos ortopédicos, no caso de aparelhos construídos a partir de componentes modulares, os quais requeiram apenas montagem e alinhamento dos seus componentes.

-Certidões negativas de débito de tributos Federais, Estaduais e Municipais, renováveis semestralmente.

1)As Órteses e Próteses deverão ser aprovadas pelos usuários com a presença do profissional que a(s) prescreveu. A finalização do trabalho pelo técnico responsável por sua confecção só se dará após a aprovação pelo profissional que avaliou/prescreveu e pelo usuário.

2)Os contatos entre o médico ou qualquer membro da equipe de reabilitação com a empresa fornecedora deverão ser registrados no prontuário do(a) usuário(a).

3)Estão dispensados dos procedimentos constantes nos itens nº 1 e 2 das normas gerais, os equipamentos industrializados, tais como: Cadeira de rodas para banho com assento sanitário, carrinho dobrável para transporte de pessoas com deficiência com assento-encosto intercambiável em 3 posições e órtese (colar) de sustentação cervical, órteses de membro superior confeccionadas pelas terapeutas ocupacionais e as adequações posturais.

Anexo I

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO – ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

Identificação da Unidade: _____

Nome: _____ CNPJ/CNES: _____

Data de Avaliação: ____/____/____

Identificação do Paciente

- Nome: _____

- Sexo: () M () F - Nascimento: _____ Cidade: _____

- CPF ou CNS: _____

- Profissão: _____ - Função: _____

- Origem: () Em atividade () Aux.Benefício () Aux.Acid.Trab. () Aposentado () Em Reabilitação
OBS:

- Seguro Social: () Sim () Não Qual: _____

- Diagnóstico Etiológico: _____

- Diagnóstico Topográfico: _____

- Distúrbios Associados: _____

- Instituição/Profissional que encaminhou: _____

- Nome da Instituição: _____ Telefone: _____

- Nome do Profissional: _____ Telefone: _____

- Especialidade: _____ Conselho Reg. N°: _____

- Identificação do Equipamento:

() Órtese () Prótese () Meio Auxiliar de Locomoção/AVDs

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

() Parcial () Unilateral () Bilateral

PRÓTESES PARA MEMBRO(S) INFERIOR(ES)

- Nível: () Desartic. Quadril () Transfemural () Desartic. Joelho () Transtibial () Tornozelo () Ante pé

- Tipo de Equipamento: () Endoesquelético (Modular) () Exoesquelético (Convencional)

- Encaixe: () Cesto Desarticulação Quadril () Quadrilateral () Contensão Isquiática () PTB () PTS () PTB c/ coxa V () PTB p/Chopart/Pirogoff/Syrne () Palmilha p/ Compl. Ante pé: () Rígida () Flexível

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

- Suspensão: () Válvula vácuo () Cinto Pélvico () Cinto Silesiano () Correio Supracondilar () Coxa () KBM

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

- Articulações: () Quadril: () Exoesquelética () Endoesquelética: () C/Trava () S/Trava

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

() Endoesquelética () Monoeixo () Livre () C/Trava () C/Freio () C/Impulsor

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

() Tornozelo () Exoesquelética () Endoesquelética: () Aço () Alumínio () Reves. Cosmét.

Pé: () SACH () SACH Geriátrico () p/Amputação de Pirogoff () Articulado () Dinâmico

I – Casos em que se evita a prescrição de Próteses Ortopédicas p/ Membros Inferiores: Amputados uni ou bilaterais com: cegueira bilateral, graves distúrbios cardiovasculares e respiratórios, neuropatias afetando severamente o equilíbrio, a coordenação, a cinestesia e a propriocepção dos MMII, usuários(as) com artropatias graves no membro residual ou doenças progressivamente debilitantes, a equipe deverá considerar as comorbidades, como por exemplo alcoolismo crônico demenciado.

Em casos como estes, dar preferência às Cadeiras de Rodas.

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Prescrição

PRÓTESE(S) PARA MEMBRO(S) SUPERIOR(ES)

- Identificação do Equipamento:

() Funcional () Estético () Temporário () Definitivo () Novo

() Substituição: () Total () Parcial

- Nível: () Desarticulação de Mão () Desarticulação de Punho

() Desarticulação de Cotovelo () Desarticulação de Ombro () Amputação Transradial

- Tipo de Equipamento: () Unilateral () Bilateral

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

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

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

I – Casos em que se evita a prescrição de Próteses Ortopédicas p/ Membros Superiores: Amputados uni ou bilaterais com: cegueira bilateral, graves distúrbios cardiovasculares e respiratórios, neuropatias afetando severamente o equilíbrio, a coordenação, a cinestesia e a propriocepção dos MMSS, a equipe deverá considerar as comorbidades, como por exemplo alcoolismo crônico demenciado.

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Prescrição

Anexo II

TERMO DE RESPONSABILIDADE, COMPROMISSO E GARANTIA

- Nome do usuário: _____
- CPF ou RG: _____ Cartão SUS: _____
- Filiação: _____ e _____
- Coordenadoria Regional de Saúde Responsável: _____
- Equipamento:
() Órtese () Prótese () Cadeira de Rodas () Andador () Muleta () Adaptação ()
Substituição/troca.
- Especificação: _____
- Código do SUS: _____
- Instituição e Empresa Fornecedora: _____
- Endereço: _____ N° _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF : _____
CEP: _____ Telefones: _____ Fax: _____
- Inscrição Estadual: _____ CGC: _____
- Técnico Responsável pela Confecção e Montagem: _____
- Rubrica do Técnico Responsável pela Confecção e Montagem: _____
- Responsável pela Empresa/Instituição: _____
- Rubrica do Responsável pela Empresa/Instituição: _____
- Garantia dos Componentes: 18 meses - Garantia da Mão-de-Obra: 12 meses
- Datas das Revisões: ___/___/___ (6 meses) ___/___/___ (12 meses) ___/___/___ (18 meses)
- Origem da Prescrição: _____
- Profissional Responsável pela Prescrição: _____
- Data da Prescrição: ___/___/___ - Data de Entrega: ___/___/___
- Peso Atual do Paciente: Kg _____

- Medidas do Coto: Proximal: _____ cm - Distal: _____ cm

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

Profissional responsável pela Prescrição/ Avaliação

Observações:

- 1.Os componentes do equipamento só devem ser manuseados por um técnico ortopédico especializado. O(a) usuário(a) não deve efetuar qualquer tipo de manutenção ou alteração no equipamento que possa prejudicar a estrutura ou funcionamento básico do mesmo, com exceção dos casos em que não houver outra alternativa que seja viável para retorná-lo à condição ou parâmetros iniciais. Ao mudar o calçado, cuidar para que o mesmo tenha o salto da mesma altura original.
- 2.Observar, rigorosamente, os prazos de manutenção e/ou revisão, de acordo com cada tipo de componente. Estes prazos estão determinados acima.
- 3.Comunicar os problemas ocorridos à Comissão Técnica do órgão fornecedor, que convocará o técnico ortopédico responsável para realizar o reparo. Ao aceitar e atestar sua satisfação com o equipamento destinado a melhorar seu desempenho físico, o Sr(a) compromete-se a zelar pelo referido equipamento, preservando-o por, no mínimo, 2 (dois) anos. Para isso contará com o apoio da Empresa / Instituição fornecedora (acima) e da Instituição responsável pela prescrição, adequação e treinamento do equipamento ao paciente.
- 4.O(a) usuário(a) deve cumprir o plano de reabilitação e comparecer as revisões para não perder a garantia do aparelho concedido.

Local e Data

Usuário responsável

Anexo III

NORMAS BÁSICAS DE CONFECÇÃO DE ÓRTESE E PRÓTESES ORTOPÉDICAS de acordo com o estabelecido no Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde publicado em 2006 (2ª versão atualizada)

PRÓTESES ORTOPÉDICAS- Tipos de Estrutura:

Exoesqueléticas (resina laminada)

Endoesqueléticas (modular)

PRÓTESES ORTOPÉDICAS PARA SUBSTITUIÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES

CONFECÇÃO:

1)utilizar somente materiais adequados a cada tipo de prótese, já devidamente aprovados no meio da ortopedia técnica e obedecer, rigorosamente, às recomendações e indicações fornecidas pelo fabricante e/ou importador e fornecedor;

2)a laminação da resina deve ser executada a vácuo, visando a eliminar bolhas de ar, tem maior resistência e alcança menor peso. A pesagem correta dos ingredientes da mistura da resina deve obedecer às quantidades recomendadas pelo seu fabricante, pois isto é de fundamental importância para se obter a qualidade final da laminação;

3)utilizar malhas de fibra sintética, de acordo com as especificações do fabricante, com coloração de reforços proporcionais ao peso corpóreo do usuário, utilizando fibra de carbono e/ou manta de fibra de vidro nos pontos de maior esforço, tais como:

-nas próteses transtibiais: parte anterior da “canela” abas superiores próximas ao joelho

-nas próteses transfemorais: parte inferior da articulação do joelho, borda superior do soquete

1)utilizar espuma de poliuretano expandido para fazer os enchimentos que irão completar altura na fase de prova e dar a forma anatômica final à prótese;

2)a escolha dos componentes das próteses deverá seguir critérios rigorosos quanto às vantagens reais que irão oferecer ao usuário, a sua funcionalidade, a relação custo x benefício e obedecer às recomendações técnicas dos seus fabricantes quanto ao limite de peso e indicação do tipo usuário;

3)soquete de encaixe do coto:

a)A desarticulação do quadril:

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

b)Transfemural:

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

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

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

Características específicas deste encaixe:

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

a)Desarticulação do joelho:

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

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

b)Transtibial:

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

c)Syme:

Neste tipo de amputação, o ponto de descarga é terminal podendo também ser utilizado o apoio sub-patelar e o soquete deve obedecer a forma natural do coto, até o nível do joelho onde será recortado nos moldes de uma PTH. A parte posterior deverá ser bem modelada uma vez que a suspensão deste tipo de prótese será neste ponto (veja detalhes da suspensão no item 10 da letra E.1.).

1)nas próteses endoesqueléticas (modulares) o revestimento cosmético de espuma deverá ser fixado em uma sobrecapa de resina laminada e esta então fixada no soquete por parafuso ou velcro também na junção com o pé a espuma deverá ser colada ao adaptador próprio de encaixe no pé. Este procedimento facilitará a manutenção dos componentes e a verificação de sua procedência, sendo vedada a colagem da espuma diretamente no soquete ou no pé.

2)nas próteses exoesqueléticas (resina laminada) com pé sem articulação tíbio-társica, este terá que, além da fixação por parafuso, ser firmemente colado à parte do tornozelo com cola especial, conforme indicação do fabricante.

3) o alinhamento das próteses deverá obedecer às indicações e normas técnicas reestabelecidas de cada fabricante dos componentes utilizados, adequando à fisiopatologia do usuário.

4) Métodos de Suspensão das Próteses Ortopédicas:

a) Desarticulação do Quadril: A suspensão deste tipo de prótese é conseguida pela modelagem do soquete (cesto pélvico) sobre as cristas ilíacas, sendo aconselhável acolchoar estes pontos a fim de proporcionar maior conforto ao usuário.

b) Transfemoral:

b.1) Sucção: O coto deve ficar acomodado dentro do soquete sem pressão excessiva, com contato total fazendo uma redução de, aproximadamente, 5% na circunferência da parte superior do soquete formando um anel que irá vedar a passagem de ar criando a sucção.

b.2) Cinto Pélvico: o cinto deve estar localizado entre os trocânteres e as cristas ilíacas e a sua articulação do quadril, quando houver, deve estar anteriorizada cerca de 15 milímetros em relação à linha central da prótese.

b.3) Cinto Sileziano: ancorado na parte lateral-posterior e abotoando na parte anterior mais para a lateral, tem como ponto de apoio para suspensão a parte superior da crista ilíaca, do lado contrário ao amputado e neste ponto (crista ilíaca) deve ser acolchoado ou fazer apoio sobre uma peça de termo plástico moldado sobre a crista ilíaca o que irá oferecer mais conforto.

c) Desarticulação do Joelho:

c.1) Nos soquetes de resina para este tipo de amputação, a suspensão se dará pela modelagem do soquete flexível sobre os côndilos femoral medial e lateral, sendo técnica já consagrada.

c.2) Nos soquetes, principalmente das próteses exoesqueléticas quando é usado o manguito de coxa (coxal) em couro tipo soleta ou até em polipropileno, a suspensão ocorre pelo próprio ajuste do manguito. No entanto, a modelagem sobre os côndilos femorais irá com certeza aumentar, consideravelmente, o conforto do soquete.

d) Transtibial:

d.1) Prótese PTB: a suspensão será feita por meio de um dispositivo de couro, ou plástico, abotoando com fivela ou velcro, com um desenho especial já citado com 4 (quatro) pontas interligadas na parte que fará apoio sobre a patela sendo que duas destas pontas irão se encontrar para abotoar, envolvendo a parte distal da coxa logo acima da patela) As outras duas pontas serão ancoradas na prótese na parte lateral e medial ficando estes dois pontos posteriorizados 2 cm em relação a linha central-vertical da prótese, de modo a permitir que esta correia não exerça pressão sobre a patela quando o joelho estiver fletido. É vedado o uso de correias circulares com ancoragem medial e lateral na prótese.

d.2) Prótese PTS: a suspensão é feita acima da patela e côndilos femorais requerendo por isso uma boa modelagem do soquete.

d.3) Prótese KBM: a suspensão se dá por uma boa modelagem das abas medial e lateral sobre os côndilos femorais. Neste tipo de suspensão, as bordas superiores das abas devem ser modeladas ligeiramente viradas para o lado externo, pois se ficarem viradas para o lado interno irão penetrar nos tecidos e machucar. Quando ocorrer que o diâmetro médiolateral, ao nível da articulação do joelho, seja maior do que o diâmetro da parte distal do fêmur, ao nível da parte superior dos côndilos, é necessário que se aumente a espessura do soquete flexível nas suas abas quase que igualando o diâmetro do joelho. Caso contrário, haverá dificuldade para calçar a prótese.

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

e) Syme:

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

-PROVA:

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

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

3) muitos profissionais cometem um erro primário de anotar as correções observadas na ocasião da prova para executá-las posteriormente. Este procedimento prejudica a qualidade final da prótese e, em muitos casos, é o motivo dos problemas que constatamos no dia a dia, provocando dificuldades na adaptação com a prótese, atrasando a recuperação do paciente e com certeza, causando sérios prejuízos para todos os envolvidos neste processo. Caso isso ocorra, deverá ser realizada nova prova. -ENTREGA: Embora o treinamento com a prótese deva ser feito em centros de reabilitação capacitados para este fim, o protesista deve calçar a prótese já totalmente pronta no paciente para que possa conferir todos os detalhes de funcionalidade e recursos técnicos dos componentes. Deve também conferir o conforto e a estética da prótese, informando ao paciente o modo correto de calçá-la e os cuidados fundamentais que este deve dispensar à sua prótese.

PRÓTESES ORTOPÉDICAS PARA SUBSTITUIÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES
-CONFECÇÃO:

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

2)a decisão quanto ao tipo de prótese a ser confeccionada para um paciente amputado de membro ou membros superiores, bem como a escolha de seus componentes, deve ser precedida de uma análise muito profunda e executada por uma equipe multidisciplinar composta por médico, terapeuta, psicólogo, assistente social e protesista, pois deverão ser analisados aspectos fundamentais como o tipo de amputação, a necessidade ou não de correção do coto, funcionalidade, grau de utilização e estética da prótese, expectativa e aceitação por parte do paciente e seus familiares, o apoio destes ao paciente e, o principal, onde fazer o treinamento e adaptação com a prótese.

3)uma vez vencida esta etapa, o protesista terá ainda que se preocupar com o peso da prótese, o maior aproveitamento possível dos recursos oferecidos pelos componentes escolhidos e no caso das próteses de movimentos mecânicos desenvolver um sistema de suspensão e acionamento dos componentes de modo simples e de fácil colocação.

4) para a confecção de próteses de membros superiores o protesista terá que obrigatoriamente utilizar componentes importados e dispor de um bom conhecimento quanto ao funcionamento, recursos, normas técnicas, utilização e indicações para os mesmos.

-ÓRTESES ORTOPÉDICAS :

-ÓRTESES ORTOPÉDICAS PARA COMPLEMENTAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES:

1.) INTRODUÇÃO:

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

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

2.) CONFECÇÃO:

2.a) Princípios de construção de órteses para o membro inferior:
2.a.1) órtese de membro inferior com arcos de metal: Neste aparelho a união das hastes verticais medial e lateral (de duralumínio ou aço inoxidável) é feita por meio de arcos horizontais de metal. As peças metálicas são revestidas com couro após a montagem do aparelho.

2.a.2) órtese de membro inferior com calhas (cartuchos): Aparelho confeccionado a partir de calhas de couro (devidamente reforçadas com arcos de duralumínio) ou calhas termomoldadas de polipropileno. Estas órteses poderão ser híbridas, utilizando-se calha em um segmento do membro e arcos (braçadeiras) no outro.

2.a.3) órtese de membro inferior em carbono: Aparelho confeccionado por meio de uma laminação. A fixação das articulações é feita durante o processo de laminação. A exatidão do molde de gesso (positivo) é de importância fundamental, já que não é mais possível realizar correções em um aparelho laminado. Estas órteses também podem ser confeccionadas utilizando-se as hastes verticais e arcos horizontais pré-fabricados em fibra de carbono termo moldável, com a vantagem neste caso de permitir pequenas alterações.

3) ARTICULAÇÕES:

3.a) as articulações das órteses que tiverem movimento no decurso da marcha devem estar paralelas entre si e equipadas com rolamentos ou buchas especiais ou ainda dispositivos que evitem o seu desgaste prematuro e também facilite os seus movimentos.

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

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

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

4) FORRAÇÃO DAS ÓRTESES:

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

1) SISTEMA DE FECHAMENTO:

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

2) USO DE CALÇADOS NAS ÓRTESES:

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

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

3) DESCARGA DO PESO - APOIO ISQUIÁTICO:

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

4) CINTO PÉLVICO:

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

5) TIPOS DE BLOQUEIO PARA AS ARTICULAÇÕES:

9.1) DE JOELHO:

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

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

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

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

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

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

9.2.b) Com bloqueio posterior em 900: quando se deseja evitar a flexão plantar nos casos de portadores de espasmos.

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

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

6)UTILIZAÇÃO DO POLIPROPILENO NAS ÓRTESES:

Este material termo moldável trouxe um desenvolvimento importante para a ortopedia técnica, por se tratar de material leve, de fácil manuseio na moldagem, oferecendo recursos que o ortesista pode utilizar para conseguir maior resistência quando necessário, pois a criação de uma simples canaleta na moldagem proporcionará o aumento da resistência naquele ponto do material. Nas órteses para membros inferiores em nível suro-podálico, a sua utilização tem bons resultados quanto à estabilização, peso, estética e por proporcionar o uso de calçados convencionais. A utilização do polipropileno nas braçadeiras da coxa também tem sido muito usada por oferecer vantagens, tais como a de se conseguir um bom apoio do ísquio (o seu prolongamento moldando a parte lateral ou medial em nível do joelho, facilita a correção de genu varo ou genu valgo, respectivamente) e uma boa modelagem sobre os côndilos femorais nos dará uma excelente sustentação da órtese.

-ÓRTESES PARA MEMBROS SUPERIORES:

Neste tipo de órtese, mais do que em qualquer outro, a preocupação com o seu peso deve vir em primeiro lugar, seguido da funcionalidade e conforto, seja ela dinâmica ou estática. Para confeccionar órteses para o membro superior, o ortesista necessita ter um bom conhecimento de anatomia e fisiologia. Também, mais do que nos outros tipos, o sucesso das órteses de membros superiores está ligado ao trabalho de equipe multidisciplinar composta por médico, terapeuta, ortesista e outros profissionais envolvidos no tratamento do paciente. Hoje, com a enorme gama de plásticos termo moldáveis, o ortesista que se interessa em conhecê-los, irá com segurança dispor de recursos altamente benéficos aos usuários(as). Neste trabalho, torna-se difícil a colocação de regras devido à grande variedade de recursos e a complexidade dos casos, que serão resolvidos individualmente pela equipe.

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

No grupo das órteses corretivas, as mais usadas são:

1. * Órtese de Milwaukee – OCTLS

2. * Órtese de Boston – OTLS

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

-TÉCNICAS DE CONFECÇÃO:

1) ÓRTESE DE MILWAUKEE - OCTLS:

A parte pélvica deve ser confeccionada eliminando a lordose fisiológica, com discreta penetração na parte abdominal. A penetração lateral sobre as cristas ilíacas deverá ser simétrica alongando para a parte anterior do abdômen. As cristas ilíacas anteriores devem ficar com folga (+1- 8 mm) dentro do cesto pélvico e este deverá ser recortado na parte

ânteroinferior cerca de 2 cm acima do púbis, subindo nas laterais o suficiente para o usuário sentar-se confortavelmente, sem lhe comprimir as coxas. A parte postero-inferior deve ser o mais longa possível. Tornando por base o usuário sentado, deverá ficar 2 cm acima do assento rígido da cadeira) A parte ântero-superior deve ser recortada 1 cm abaixo da reborda dos arcos costais.

As hastes verticais serão modeladas de modo a não encostarem no tórax, devendo obrigatoriamente a barra anterior ser em alumínio, para não interferir na imagem do raios-X de controle feito com o colete.

O anel cervical terá dois apoios posteriores laterais no occipital, nos quais não deverá ser utilizado material plástico, pois este causa danos ao couro cabeludo. O apoio anterior em polipropileno tipo "gargantilha" visa apenas a impedir que o usuário afaste-se do apoio occipital. Lateralmente ao pescoço o anel deve ter uma folga de 5 a 8 mm de cada lado. Os coxins laterais de apoio devem ficar localizados com o seu ponto central uma vértebra abaixo do ápice da curva fixados por meio de correia direto na barra posterior, sendo a sua fixação na parte anterior feita em uma barra horizontal com cerca de 8 cm avançados para o lado onde se localiza o coxim, para impedir que a correia pressione os arcos costais.

2) ÓRTESE DE BOSTON - OTLS:

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

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

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

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

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

-TÉCNICAS DE CONFECÇÃO:

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

A parte posterior poderá ser confeccionada em barra de alumínio ou polipropileno. Compõe-se de duas hastes horizontais, sendo a superior moldada ao nível de T.10 e a inferior ao nível de L.5 e S.1. Mais duas hastes verticais laterais ao seguimento da coluna vertebral afastadas entre si, aproximadamente, 7 cm e mais duas hastes verticais laterais ao tronco fixadas às extremidades das hastes horizontais. A parte anterior da órtese é confeccionada em tecido resistente (brim) sendo o seu fechamento de preferência com tiras de velcro e passadores.

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

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

3)ÓRTESE LOMBAR - RÍGIDA (BOSTON):

Este tipo de órtese é confeccionada totalmente em polipropileno envolvendo 4/5 do diâmetro da região lombar e visa à imobilização deste segmento da coluna vertebral. É importante manter

os graus de lordose fisiológica do paciente neste tipo de imobilização, salvo determinação em contrário do médico. O recorte da parte inferior deve ser o mais baixo possível possibilitando o paciente sentar-se normalmente em uma cadeira e na parte superior o recorte deve ficar em uma altura correspondente a linha do apêndice xifóide. O seu fechamento deverá ser preferencialmente com velcro e passadores.

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

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

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

A sua parte anterior deve ser rígida para se obter a hiperextensão da coluna vertebral. Compõe-se de peças sobrepostas e aparafusadas para que se consiga uma boa acomodação ao tórax. A placa de apoio sobre o esterno deverá ser articulada com o fim de apoiar-se uniformemente sobre este apoio. A placa de apoio na região pubiana é fixa, recortada com a sua forma anatômica de modo a não pressionar as coxas do paciente. A placa de contra-apoio posterior MANUAL DE LEGISLAÇÃO EM SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA 83 será de material flexível e deve ficar localizada sobre as vértebras T.II /T.I2/L.I.

Anexo IV

TABELA SIA/SUS: CÓDIGOS

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

Anexo V

Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência na área da reabilitação física do Rio Grande do Sul

Macrorregião: Centro-Oeste

- CRS's: 4ª e 10ª
- Município Pólo: Santa Maria
- Municípios: 43
- População: 1.006.285
- População de Pessoas com Deficiência (*): 239.898
- População de Pessoas com Deficiência Física e Motora (*): 70.440

Macrorregião: Norte

- CRS's: 6ª, 11ª, 15ª e 19ª
- Município Pólo: Passo Fundo
- Municípios: 147
- População: 1.205.511
- População de Pessoas com Deficiência (*): 287.394
- População de Pessoas com Deficiência Física e Motora(*): 84.386

Macrorregião: Metropolitana

- CRS's: 1ª, 2ª e 18ª
- Município Pólo: Porto Alegre
- Municípios: 89
- População: 4.636.762
- População de Pessoas com Deficiência (*): 1.105.404.
- População de Pessoas com Deficiência Física e Motora (*): 324.573

- Macrorregião: Sul

- CRS's: 3ª e 7ª
- Município : Pelotas
- Municípios: 28
- População: 1.027.714
- População de Pessoas com Deficiência (*): 245.007
- População de Pessoas com Deficiência Física e Motora(*): 71.940

- Macrorregião: Serra

- CRS's: 5ª
- Município Pólo: Caxias do Sul
- Municípios: 49
- População: 1.079.601
- População de Pessoas com Deficiência (*): 257.377
- População de Pessoas com Deficiência Física e Motora(*): 75.572

- Macrorregião: Missioneira

- CRS's: 9ª, 12ª, 14ª e 17ª

- Município Pólo: Ijuí
- Municípios: 79
- População: 888.022
- População de Pessoas com Deficiência (*): 211.704
- População de Pessoas com Deficiência Física e Motora(*): 62.162

- Macrorregião: Vales

- CRS's: 8^a, 13^a e 16^a
- Município Pólo: Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul e Lajeado
- Municípios: 62
- População: 852.834
- População de Pessoas com Deficiência (*): 203.316
- População de Pessoas com Deficiência Física e Motora (*): 59.698

* Conforme último CENSO / 2010 do IBGE: 23,9% da população brasileira tem algum tipo de deficiência física e 23,84 % no RS. Destes, 7% são físicas / motoras.


Referências de atendimento na área da reabilitação física do Rio Grande do Sul

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NO RS		
Macrorregião	CRS	Serviços
Centro -oeste	4 ^a	CER II - APAE St ^a Maria

	10 ^a	
Metropolitana	1 ^a	AACD -POA CEREPAL - POA

	2ª	ACADEF – CANOAS CER II – APAE de Cachoeirinha (Região de
--	----	---

	18 ^a	Saúde nº10)
	14 ^a	CER III – Osório
		CER IV – Hospital São Humberto
Missioneira	9 ^a	UNIR- Ijuí
	12 ^a	CER II - Hospital São José de Giruá CER II – São Borja
Norte	17 ^a	UNIR- Ijuí
	6 ^a	CER II - ACD Passo Fundo
	11 ^a	
	15 ^a	CER III - Hospital Santo Antônio de Tenente Portela
	19 ^a	

 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fis. 1/2 /
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		7 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - TELEFONE DE CONTATO ddd Nº DO TELEFONE		
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	13 - UF	14 - CEP
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		17 - QTDE
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)				
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		32 - QTDE
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)				
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		34 - CID10 PRINCIPAL, 35 - CID10 SECUNDÁRIO, 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS		
37 - OBSERVAÇÕES				
SOLICITAÇÃO				
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - DATA DA SOLICITAÇÃO		42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
40 - DOCUMENTO () CNS () CPF		41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC a / /
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				
61 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		62 - CNES		

Anexo VI

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Anexo VII

BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO – BPA - I : SIA/SUS

Encaminhamos o (a) paciente _____ atendido no Serviço de Reabilitação _____, onde realizou os seguintes atendimentos:

Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (Opm's) dispensadas:

Tem revisão marcada? () Não () Sim Data: _____.

Atendimentos a serem realizados na origem: _____

Outras considerações:

Profissional da reabilitação

Médico

Profissional da reabilitação

Anexo IX

LAUDO TÉCNICO: TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO INTERESTADUAL (TFD)

Nome do paciente:	
Data de nascimento:	

Município do paciente:	
Unidade de Reabilitação Física:	
Profissional Responsável pela Avaliação:	
Data da Avaliação:	

Histórico atual da patologia:	
Exame Físico:	
Exames e Tratamentos Realizados:	
Tratamento Indicado:	
Prognóstico Funcional:	
Análise Conclusiva:	
Informações Pertinentes:	

Profissional Responsável