



SESA ES - SECRETARIA  
DA SAÚDE DO GOVERNO DO ESTADO

# Linha de cuidado

da Pessoa com Deficiência Física e  
Ostomizada no Estado do Espírito  
Santo



*Linhas de Cuidado*



**Governo do Estado do Espírito Santo**

**Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo**

**Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde**

**Gerência de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde**

**Linha de Cuidado da Pessoa com Deficiência Física e Ostimizada no  
Estado do Espírito Santo**

**Espírito Santo, 2022.**

## Ficha catalográfica

Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde.

Linha de cuidado da pessoa com deficiência física e ostomizada no estado do Espírito Santo - ES/ Elem Guimarães dos Santos (Autor); Lícia Vieira Barbosa (Autor); Nathália de Oliveira (Autor); Carolina Perez Campagnoli (Autor); Marina Lima Daleprane Bernardi (Autor); Erika Saiter Garrocho (Autor) – Vitória: SESA-ES, 2022.

67p.

1. Deficiência física. 2. Pessoa ostomizada. 3. Rede de cuidados à pessoa com deficiência. 4. Organização da rede assistencial. 5. Pontos de atenção à pessoa com deficiência física. I. Santos, Elem Guimaraes dos. II. Barbosa, Lícia Vieira. III. Oliveira, Nathália de. IV. Campagnoli, Carolina Perez. V. Bernardi, Marina Lima Daleprane. VI. Garrocho, Erika Saiter. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo – SESA - ES. Linha de cuidado da pessoa com deficiência física e pessoa ostomizada no estado do Espírito Santo – ES.

**Governador do Estado do Espírito Santo**

José Renato Casagrande

**Secretário de Saúde do Estado do Espírito Santo**

Nésio Fernandes de Medeiros Junior

**Subsecretário de Estado de Atenção à Saúde**

José Maria Justo

**Gerente de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde**

Daysi Koehler Behning

**Jordana Cristina Santos da Silva**

Chefe de Núcleo Especial de Atenção Especializada

**Maria Angélica Callegario Vieira**

Chefe de Núcleo Especial de Atenção Primária à Saúde

**Márcia Portugal Siqueira**

Chefe do Núcleo Especial de Programação de Serviços de Saúde

**Autores**

**Elem Guimarães dos Santos**

Terapeuta Ocupacional - Referência Técnica Estadual da Rede de Cuidados à  
Pessoa com Deficiência

**Lícia Vieira Barbosa**

Terapeuta Ocupacional - Residente em Saúde da Família ICEPi/SESA

**Nathalia de Oliveira (residente do ICEPi)**

Fisioterapeuta - Residente em Saúde da Família ICEPi/SESA

**Carolina Perez Campagnoli**

Fisioterapeuta – Referência Técnica do Núcleo Especial de Atenção Primária à Saúde

**Marina Lima Daleprane Bernardi**

Fisioterapeuta – Referência Técnica do Núcleo Especial de Atenção Primária à Saúde

**Erika Saiter Garrocho**

Fonoaudióloga - Referência Técnica do Núcleo Especial de Atenção Primária à Saúde

**Colaboradores**

Simone Luzia Moraes Dorna

Cristina Marinho Christ Bergami

Samira Ramos Mendonça

Daniela de Souza Casotti

Mardoqueu Pereira Costa

Sabrina Lúcia Pinto da Silva

Marllus Robson Fernandes Cavalcanti

Henrique Rezende Tiradentes

Maristela Limoni de Aguiar

Silvia Fernanda Belot Vivas Acha

Leone da Silva Mendonça

Gabriel da Silva Dias

## **Lista de siglas**

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

APS – Atenção Primária à Saúde

AVD – Atividade de Vida Diária

CER – Centro Especializado em Reabilitação

CRE – Centro Regional de Especialidades

CREFES – Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo

eAP – equipe de Atenção Primária

eSF – equipe de Saúde da Família

HEAC – Hospital Estadual de Atenção Clínica

LBI – Lei Brasileira de Inclusão

LCP – Leito de Cuidados Prolongados

LR – Leito de Reabilitação

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NREC – Núcleo Regional de Especialidades de Colatina

NRESM – Núcleo Regional de Especialidades de São Mateus

NRECI – Núcleo Regional de Especialidades de Cachoeiro de Itapemirim

OPM – Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção

PAPO – Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAVS – Rede de Atenção de Vigilância em Saúde

SAPO – Serviço de Atenção à Pessoa Ostomizada

SAO – Serviço de Atendimento ao Ostomizado

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Tecnologia Assistiva

UBS – Unidade Básica de Saúde

## Lista de tabelas e quadros

Tabela 1- População PCD no Espírito Santo, conforme população estimada em 2020	14
Quadro 1 – Serviços da rede especializada ambulatorial a serem referenciados para atendimento aos pacientes em reabilitação física e à pessoa ostomizada no estado do Espírito Santo, 2021	25
Quadro 2 – Centros Regionais de Especialidades e Rede Cuidar que ofertam consultas especializadas à pessoa com deficiência no ES	26
Quadro 3 – Serviços de Referência às pessoa ostomizada no ES por região de saúde	36
Quadro 4 – Pontos de atenção da rede hospitalar a serem referenciados para a reabilitação física e ostomia no estado do Espírito Santo, 2021	40
Quadro 5 - Equipes de Atenção Domiciliar implantadas no ES	43

## Lista de figuras

Figura 1 – Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Física e Ostomizada.	16
Figura 2 – Fluxo de acesso da pessoa com deficiência pela Autorregulação Formativa Territorial aos serviços da atenção especializada	44
Figura 3 - Fluxo de acesso ao CER pela Autorregulação Formativa Territorial	45
Figura 4 – Fluxo de acesso para concessão de OPM	49
Figura 5 – Fluxo de acesso à atenção hospitalar	51
Figura 6 – Fluxo de acesso ao Serviço ou Programa de Atenção às Pessoas Ostomizadas (SAPO ou PAPO ou SAO).	57

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1.1 Habilitação e Reabilitação</b> .....	10
<b>1.2 Tecnologia Assistiva</b> .....	12
<b>1.3 Projeto Terapêutico Singular</b> .....	12
<b>1.4 Contexto Epidemiológico</b> .....	13
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	14
<b>2.1 Objetivos Geral</b> .....	14
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	15
<b>3. PONTOS DE ATENÇÃO E CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E À PESSOA OSTOMIZADA</b> .....	15
<b>3.1. Atenção Primária em Saúde</b> .....	17
<b>3.2. Atenção Especializada</b> .....	24
<b>3.2.1 Reabilitação Ambulatorial Especializada</b> .....	28
<b>3.2.2 Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas – SAPO</b> .....	35
<b>3.3. Atenção Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência</b> .....	38
<b>3.4. Atenção Domiciliar</b> .....	42
<b>4. SISTEMA DE APOIO</b> .....	43
<b>4.1. Acesso aos Serviços da Atenção Especializada Ambulatorial</b> .....	43
<b>4.2. Critérios Clínicos para Acesso à Reabilitação nos CER</b> .....	45
<b>4.3 Acesso a Órtese, prótese e meios de locomoção (OPM)</b> .....	48
<b>4.3 Critérios Clínicos para Acesso à Atenção Hospitalar</b> .....	50
<b>4.4 Critérios Clínicos para Reabilitação em Leitos de Cuidados Prolongados (LCP)</b> .....	51
<b>4.5 Critérios Clínicos para os Leitos de Reabilitação no CREFES</b> .....	52
<b>4.6 Alta Hospitalar</b> .....	53
<b>4.7 Critérios Clínicos para Acesso à Atenção Domiciliar</b> .....	54
<b>4.8 Critérios Clínicos para Acesso aos Serviços de Ostomias</b> .....	55
<b>4.9 Transporte Adaptado</b> .....	57
<b>5. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL</b> .....	59
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	63

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o **DECRETO Nº 5.296 DE 2 DE DEZEMBRO DE 2004**, **deficiência física** pode ser compreendida como uma alteração completa ou parcial, que pode envolver um ou mais segmentos do corpo humano, ocasionando o comprometimento da função física, caracterizado em forma de:

“Paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, 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”.

As deficiências físicas podem ser classificadas como:

- Temporária – quando tratada, permite que o indivíduo volte às suas condições anteriores.
- Recuperável – quando permite melhora diante do tratamento, ou suplência por outras áreas não atingidas.
- Definitiva – quando apesar do tratamento, o indivíduo não apresenta possibilidade de cura, substituição ou suplência.
- Compensável – é a que permite melhora por substituição de órgãos, por exemplo, a amputação compensável pelo uso da prótese (BRASIL, 2006).

Quanto à causa podem ser:

- Hereditária – quando resulta de doenças transmitidas por genes, podendo manifestar-se desde o nascimento, ou aparecer posteriormente.
- Congênita – quando existe no indivíduo ao nascer e, mais comumente, antes de nascer, isto é, durante a fase intrauterina.
- Adquirida – quando ocorre depois do nascimento, em virtude de infecções, traumatismos, intoxicações (BRASIL, 2006).

Além disso, algumas doenças e agravos podem provocar deficiências físicas sendo elas: traumas (maioria de acidentes de trânsito), lesão cerebral, paralisia cerebral, lesão medular, distrofias musculares, esclerose múltipla, amputações,

malformações congênitas, distúrbios posturais da coluna vertebral, sequelas de queimaduras e ostomias.

**Pessoa ostomizada** é aquela que em decorrência de um procedimento cirúrgico, no qual consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), possui uma abertura artificial entre os órgãos internos com o meio externo (BRASIL, 2009).

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

### **1.1 Habilitação e Reabilitação**

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012) a reabilitação é essencial para pessoas com deficiência a fim de torná-las capazes de participar da vida educacional, do mercado de trabalho e da vida civil. Engloba aspectos que dizem respeito à melhoria da funcionalidade individual e intervenção no ambiente, que envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação entre fatores relevantes do indivíduo e seu ambiente, a definição de metas, o planejamento, implantação de medidas e a avaliação de seus efeitos.

Segundo a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), nº 13.146, de 06 de julho de 2015, o processo de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência tem por objetivo desenvolver as potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas, sendo que as estratégias de ações para reabilitação devem ser direcionadas às reais necessidades particulares de cada indivíduo, com vistas a promover e garantir melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento para o desempenho de atividades e habilidades de forma integral e independente. Desse modo, essas ações devem ser desenvolvidas por uma lógica de trabalho coletivo e interdisciplinar, pensando o indivíduo em sua complexidade.

Cabe destacar a diferença entre os processos de reabilitação e habilitação: “habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou da autorização legal. O “re” constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é, se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências, o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda; então a noção de reabilitar é problemática. A reabilitação no serviço de saúde é sempre um desafio a habilitar o sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o “re” se aplica (BRASIL, 2008, p. 66).

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

O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão, o desempenho das atividades e

a participação do indivíduo na sociedade, comunidade e família. Organiza-se a partir de três componentes:

- O corpo, compreendido em sua dimensão funcional e estrutural;
- Atividade e participação, como aquilo que o corpo é capaz de realizar. Representa aspectos da funcionalidade individual e social, englobando todas as áreas vitais, desde as atividades básicas do cotidiano, até interações interpessoais e de trabalho;
- Contexto em que cada um vive para realizar suas atividades, entre os quais estão incluídos os fatores ambientais, que têm um impacto sobre todos os três componentes.

## **1.2 Tecnologia Assistiva**

Considera-se Tecnologia Assistiva (TA) qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com limitação, como transporte adaptado, muleta, cão-guia, rebaixamento de guias, banheiros adaptados, perna mecânica, coletes, palmilhas, entre outros.

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

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

## **1.3 Projeto Terapêutico Singular**

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

Os serviços de atenção especializada em reabilitação deverão produzir em conjunto com o usuário, familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção um PTS, com base nas avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologia assistiva, com foco na produção da autonomia e o máximo de independência nos diferentes aspectos da vida. Deve ser periodicamente avaliado e ajustado sempre que se fizer necessário, tanto em termos de objetivos, quanto das estratégias a serem utilizadas (BRASIL, 2007a).

#### **1.4 Contexto Epidemiológico**

Os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010, descreveram a prevalência dos diferentes tipos de deficiência que foi classificada pelo grau de severidade, de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas sobre suas funcionalidades. De acordo com os dados, o percentual de pessoas com algum tipo de deficiência (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual) no Brasil é de 23,9% da população residente no país. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora ocorrendo em 7% da população, seguidas da deficiência auditiva (5,1%) e da deficiência mental ou intelectual (1,4%).

A população do Espírito Santo também segue a tendência nacional, conforme dados do IBGE, 18,03% da população geral do estado são de deficientes visuais, 7,13% de deficientes físicos, 4,81% de deficientes auditivos e, por fim, 1,34% de deficientes mentais ou intelectuais. A **Tabela 1** mostra o percentual estimado de pessoas com deficiência por região de saúde para 2020 no ES.

**Tabela 1** - População PCD no Espírito Santo, conforme população estimada em 2020

Região	População (hab.)	INTELECTUAL /MENTAL		VISUAL		MOTORA		AUDITIVA		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Central/Norte	971.605	11.212	1,15	147.428	15,17	60.037	6,18	33.549	3,45	252.226	25,96
Metropolitana	2.410.051	26.768	1,11	364.921	15,14	136.803	5,68	93.083	3,86	621.575	25,79
Sul	682.396	9.092	1,33	113.612	16,65	50.616	7,42	34.269	5,02	207.589	30,42

Fonte: IBGE, 2020

Existem poucos dados sobre o número de pessoas ostomizadas no país, o que dificulta determinar sua epidemiologia. De acordo com Santos (2007), é difícil precisar um quadro epidemiológico sobre as ostomias por serem sequelas ou consequências de doenças ou traumas e não uma doença.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivos Geral

Organizar o fluxo das pessoas com deficiência física e ostomizados entre os pontos de atenção das Redes de Atenção de Vigilância e Saúde (RAVS) de forma descentralizada e regionalizada, contemplando as ações de promoção, prevenção, avaliação, tratamento e reabilitação.

## **2.2 Objetivos Específicos**

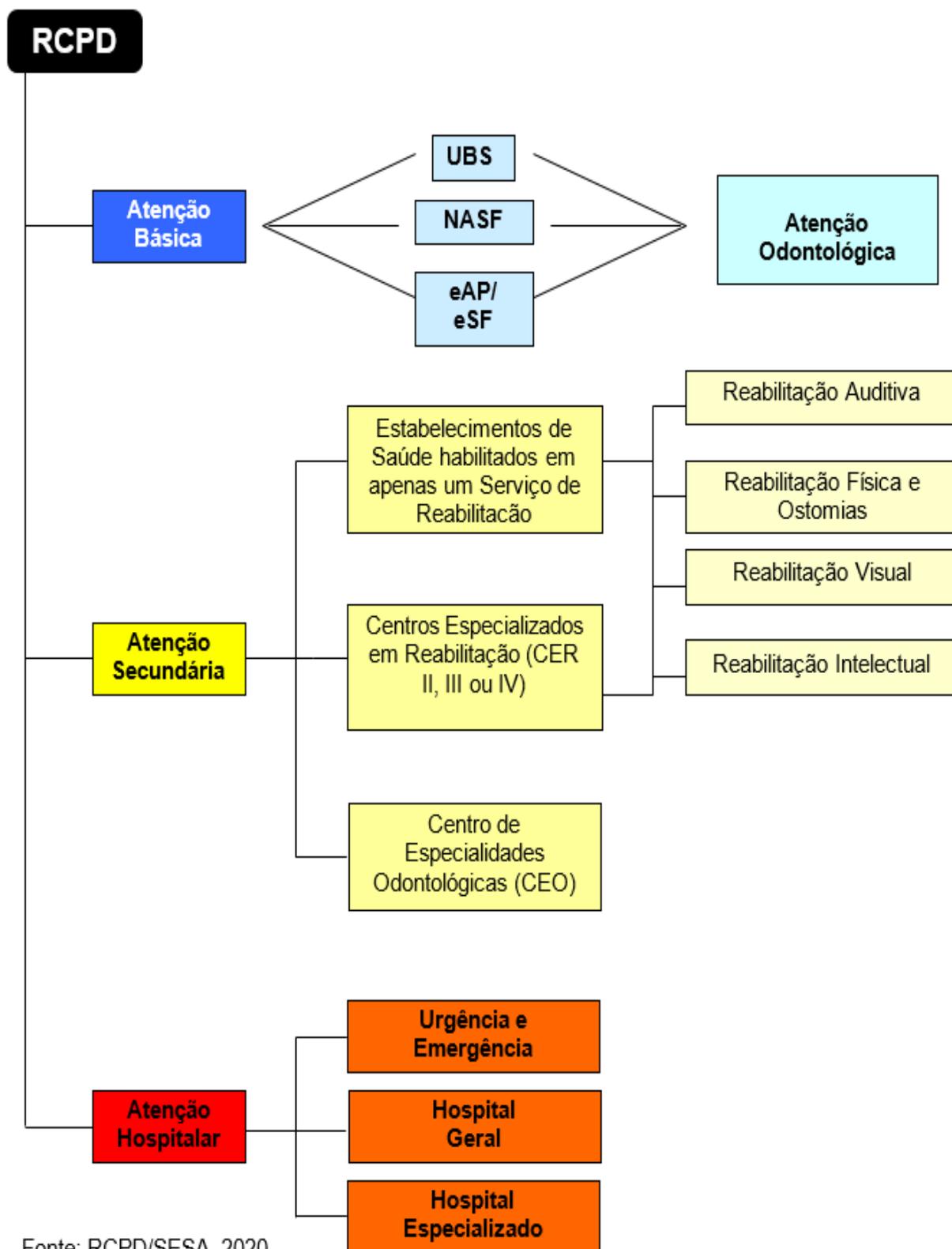
- Estruturar e qualificar os fluxos de acesso e encaminhamentos;
- Organizar a oferta e os itens de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
- Estreitar a comunicação entre os pontos das RAVS;
- Nortear os Centros Especializados em Reabilitação de forma a direcionar o cuidado do paciente em suas necessidades;
- Demonstrar as possibilidades de itinerários terapêuticos da pessoa com deficiência física e ostomizada nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades;
- Explanar os fluxos existentes para as pessoas com deficiência física e ostomizada junto com os planejamentos terapêuticos nos diferentes níveis de atenção.

## **3. PONTOS DE ATENÇÃO E CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E À PESSOA OSTOMIZADA**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde em abril de 2012, através da Portaria nº 793 GM/MS, de modo a promover a ampliação, implementação e consolidação da atenção e do cuidado à pessoa com deficiência em todos os níveis de atenção à saúde, a partir de critérios de equidade e integralidade.

São pontos de atenção da RCPD (Figura 1): a Atenção Básica, composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da Atenção Primária (eAP) e da Saúde da Família (eSF), equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e atenção odontológica; Atenção Especializada, composta pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), serviços habilitados em uma única modalidade de reabilitação e os Centros de Especialidades Odontológicas; e Atenção Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência.

**Figura 1** – Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Física e Ostmizada



### 3.1. Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde à principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS) e é o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS. Esse espaço de atenção deve reconhecer adequadamente as demandas dos usuários, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais; e oferecer ações, no âmbito individual e coletivo, que comportem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Destaca-se ainda, que a APS deve orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e da equidade; a impactar positivamente na situação de saúde das coletividades, atendendo em torno de 85% dos problemas de saúde da sua população, o que traduz sua importância no processo de reabilitação dos usuários.

As pessoas com deficiência ou incapacidade, de qualquer natureza, demandam cuidado longitudinal e devem ser acolhidas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Este ponto de atenção é representado pelas **Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Academias da Saúde (AS) ou outros pontos do território a ele vinculados, e constitui-se como a principal porta de acesso e ordenadora da Rede de Atenção e Vigilância à Saúde (RAVS)**. Desse modo, também é de competência da APS organizar o fluxo desses indivíduos, em suas demandas físicas e/ou mentais, entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017). A inserção de profissionais de reabilitação na APS, através de equipes multiprofissionais ou Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), aumenta a possibilidade de acesso das pessoas com deficiência física, soma qualidade aos serviços prestados e melhora a resolutividade dos cuidados primários. Ao atuar junto à equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Atenção Primária (eAP), esses profissionais podem identificar riscos e possibilidades de intervenção, com orientações de prevenção

e promoção de saúde aos pacientes, cuidadores e familiares, além de oferecer apoio matricial às equipes responsáveis por aqueles sujeitos.

De acordo com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde do SUS (RENASES) as ações relativas à Atenção Primária vinculadas à Rede de Deficiência compreendem:

[...] ações de promoção e prevenção e identificação precoce, junto à comunidade, de doenças e outras condições relacionadas às deficiências físicas, intelectuais, auditivas e visuais; ações informativas e educativas; orientação familiar; e encaminhamentos para serviços especializados de reabilitação, quando necessário. Além dessas, também estão incluídas as seguintes ações: orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência; identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa com deficiência; e acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pelos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2012).

Os profissionais envolvidos com os cuidados primários, por sua vez, devem empenhar-se no desenvolvimento de práticas de prevenção de agravos e promoção da saúde, de possibilidades terapêuticas e acompanhamento desses sujeitos. Essa trajetória deve ser permeada pelo diálogo constante entre os profissionais da reabilitação, os demais profissionais que integram a equipe de saúde e da Atenção Especializada, a fim de oferecer qualidade de vida e autonomia a esse público.

Vale-se mencionar que para tal propósito é de fundamental importância a qualificação dos profissionais da APS no trato dos indivíduos com deficiência, assim como a motivação ao compromisso com esse público. É emergente a necessidade de dedicar o olhar ampliado ao indivíduo com deficiência e compreendê-lo em suas múltiplas necessidades na APS. Sob esta ótica é preciso desvincular a responsabilidade exclusiva por esse sujeito do profissional da reabilitação e, envolver todos os profissionais no dever do acolhimento e da escuta mais sensível e humanizada a esses usuários.

Destarte, as ações direcionadas à saúde da pessoa com deficiência na APS devem alcançar a interação social, a construção de direitos e a transformação do lugar da deficiência. Na prática o acesso aos serviços é dificultoso, a APS conta com a família e uma pequena rede de apoio agregada como referências para a organização do cuidado, os principais focos da atenção estão no corpo, nos cuidadores e nas condições de moradia; sem destaque aos direitos e participação social. Esse cenário aponta a necessidade de ampliar a reflexão sobre práticas em saúde, e contribuir para a implementação daquelas baseadas na integralidade do cuidado (OTHERO; DALMASO, 2009).

Nessa perspectiva, após a alta dos serviços especializados, os pacientes devem estar vinculados à APS para fins de transição do cuidado e garantia da continuidade do acompanhamento. Desse modo, torna-se possível viabilizar estratégias de conciliação terapêutica até o restabelecimento desses pacientes, e o tratamento das condições crônicas diagnosticadas ou acompanhadas previamente. Além disso, as orientações aos familiares e cuidadores quanto à importância da continuidade no cuidado de seus assistidos nos domicílios e a sua vinculação à APS são requisitos fundamentais para o sucesso da recuperação funcional e para prevenção de rehospitalizações.

A grande demanda por assistência em reabilitação é concentrada nos serviços especializados, fato que omite o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas às pessoas com deficiência no nível primário de atenção. Nesse contexto, os profissionais da reabilitação junto a equipe de Atenção Primária e gestores locais devem desenvolver estratégias para contemplar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

- Identificação dos indivíduos no território

Os cuidados primários destinados aos indivíduos com deficiência não devem restringir-se à reabilitação, reproduzindo o modelo biomédico-curativo na comunidade, mas contribuir para a transformação da realidade social e epidemiológica do território. O planejamento das ações deve pautar-se nas demandas do mesmo e sua população adscrita, e primar pela reversão dos

determinantes e condicionantes sociais da saúde (BISPO JÚNIOR, 2007). A configuração de um diagnóstico situacional das pessoas com deficiência no território a partir da busca ativa, especialmente dos indivíduos que finalizaram o tratamento na Atenção Especializada (AE), viabiliza uma trajetória terapêutica exitosa a esses indivíduos e fortalece o fluxo de contrarreferência dos mesmos na RAVS.

- Diálogo, Matriciamento e Educação Permanente

Além de viabilizar um planejamento acurado na APS, o conhecimento de quem são e como vivem essas pessoas no território, a identificação de quem as assiste em sua rotina e suas necessidades cotidianas são aspectos essenciais para a organização de espaços matriciais de discussão para planejamento e pactuação de ações dedicadas a melhorar a vida desses indivíduos e seus cuidadores (CECCIM, 2005).

Esse processo de construção compartilhada deve ser naturalizado em todas as ações da APS, seja durante uma reunião de discussão de casos, seja durante um atendimento domiciliar ou atendimento compartilhado, seja em atividades coletivas envolvendo profissionais e/ou usuários, ou mesmo num atendimento individual específico. A consolidação desse espaço, que reconhece as dificuldades desses indivíduos e estuda formas de potencializá-los como sujeitos autônomos, capazes de trabalhar em prol da sua própria saúde, deve fluir concomitante a incorporação dos processos educativos na equipe da APS e na comunidade.

A incorporação dessa estratégia como rotina em prol das pessoas com deficiência - seja através da educação em saúde, da educação continuada ou da educação permanente - constitui uma importante estratégia de conexão perene com esses sujeitos e de comprometimento com os atributos da APS - atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

- Acolhimento e oferta de serviços na APS

Para inclusão efetiva de pessoas com deficiência na APS é fundamental desenvolver de medidas que que facilitem o acesso dessas pessoas aos equipamentos de saúde que ela oferece. Trata-se de um primeiro passo para estabelecer um acolhimento de qualidade a esses sujeitos. Este primeiro contato permite a APS, através de seus profissionais, acolher suas necessidades além do escopo da reabilitação e desenvolver-se em seu potencial de cuidado. Desse modo, usuários com deficiência física, auditiva, visual e mental são assistidos em suas necessidades, o que inclui consultas individuais e coletivas, visitas e atendimento domiciliar, cuidados para a saúde bucal, vacinação, ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde, pré-natal e puerpério, acolhimento da mãe e do bebê após alta na maternidade, rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama, curativos, planejamento familiar, teste do pezinho, teste rápido de sífilis e HIV, teste rápido de gravidez; prevenção, tratamento e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis e de doenças infectocontagiosas, acompanhamento de doenças crônicas, ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade, controle do tabagismo, entre outras.

- Práticas Terapêuticas

As práticas em reabilitação na APS devem direcionar-se ao cuidado do indivíduo deficiente, sua família e comunidade, e atender o grau de complexidade dos cuidados exigidos, e as necessidades e possibilidades identificadas no território (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Essa estrutura que abrange usuário x família x comunidade constitui espaços complexos e de transformações contínuas, o que implica em ações bem planejadas e constantemente sujeitas a reformulação, em acordo com as demandas identificadas (BRASIL, 2011).

Essas práticas assistenciais são realizadas nos equipamentos da APS, podem ser individuais ou coletivas, e têm o propósito de prover o cuidado, quando necessário, sem a obrigatoriedade de encaminhar o usuário para um ponto da Atenção Especializada (AE). As práticas terapêuticas propostas pela APS diferenciam-se da AE por não se configurarem, necessariamente, com sessões frequentes, uso de recursos tecnológicos densos e tempo prolongado de tratamento. Desse modo, a importância dessas práticas não deve ser

subestimada para os indivíduos com deficiência, elas precisam ser planejadas e executadas para ampliar o leque de ações da APS e devem concebidas em continuidade com a terapêutica proposta pela AE, e não em substituição a mesma (BRASIL, 2017).

- Visitas domiciliares

Na APS, as visitas domiciliares normalmente estão direcionadas aos usuários com dificuldade de locomoção ou alterações funcionais que limitem ou impossibilitem suas atividades, pela condição de saúde ou barreiras geográficas, de se deslocar até a unidade de saúde.

Essa ocasião representa uma rica possibilidade de aproximação entre o serviço de saúde e o universo que circunda o usuário. Para o profissional de saúde é uma oportunidade ímpar de compreender sua história, seus afetos, suas singularidades e suas necessidades, e planejar ações compatíveis com esse contexto (BRASIL, 2012a).

As ações de saúde propostas no âmbito da reabilitação podem estar direcionadas à sugestões de adequação dentro do domicílio para facilitar a autonomia do usuário e reduzir os riscos de agravos que possam comprometer a sua funcionalidade. Deste modo, busca-se minimizar o risco de quedas, facilitar as transferências e a locomoção do usuário dentro do domicílio e de suas atividades de rotina, estimular hábitos e atividades que possam melhorar sua funcionalidade e autonomia. A presença do cuidador e familiares desse indivíduo nesse processo é importante, já que a interlocução entre esses e a equipe de saúde é essencial para o cuidado, além das orientações quanto ao manejo de situações que facilitem o cuidado domiciliar. Tudo isso contribui para a segurança do cuidado e estimulam o usuário a participar das atividades de vida diária (BRASIL, 2012a). As pessoas que assistem e convivem intimamente com o indivíduo com deficiência, assim como seus assistidos, também precisam ser ouvidas em suas necessidades e devidamente atendidas, de modo a configurar a integralidade no cuidado preconizadas pelo SUS.

- Articulação com outras políticas e outros pontos da RAVS

O complexo itinerário do indivíduo com deficiência na reabilitação em sua aproximação com a APS conta, essencialmente, com um diálogo continuado entre os profissionais da reabilitação, a equipe de APS e seus equipamentos em articulação, e outros pontos da RAVS.

Esse empenho da APS em conectar-se com o seu entorno vem consolidar a compreensão do conceito ampliado de saúde e a corresponsabilização social em garanti-la como direito do cidadão.

Além dos serviços especializados – hospitalares, ambulatoriais e Órteses, Próteses e meios de Locomoção (OPM) – esses atores que contracenam com a APS concretizam-se como políticas – como a Política de Práticas Integrativas e Complementares e de Promoção à Saúde – ou ainda pela pactuação com outros setores – como por exemplo, Educação, Esporte, Previdência Social, Segurança Pública, Transporte, Justiça - que venham contribuir com o empoderamento desses indivíduos, proporcionando-lhes uma maior qualidade de vida.

Trata-se de um desafio que expõe disputas de interesse e as lacunas dos serviços, mas uma vez articuladas as parcerias e inseridas aos processos de trabalho, as redes intersetoriais contribuem para fortalecer as políticas públicas.

- Monitoramento dos usuários com deficiência

O êxito no plano de cuidado dos pacientes com deficiência não depende apenas dos elementos de planejamento no cuidado em si, mas demanda um processo contínuo de avaliação e monitoramento (BRASIL, 2017).

A reavaliação do paciente e do plano de cuidado proposto ao mesmo é um elemento disparador para reorganização e otimização do processo de trabalho.

Esse processo deve ser participativo e democrático, e permite a autoavaliação dos profissionais, a renovação das prioridades de ação, e o reconhecimento das potencialidades e dos facilitadores do processo (BRASIL, 2017).

A partir dessa análise deve-se estabelecer uma agenda de monitoramento para que as prioridades estabelecidas e as ações priorizadas não se percam ao longo

do tempo. Esse exercício quando implementado induz processos de melhoria na qualidade das informações e dos serviços prestados na APS (BRASIL, 2017).

### **3.2. Atenção Especializada**

A Atenção Especializada (AE) é caracteristicamente demarcada pela incorporação de processos de trabalho que precisam de maior densidade tecnológica – as chamadas tecnologias especializadas – e deve ser preferencialmente oferecida de forma hierarquizada e regionalizada para a produção do cuidado em média e alta complexidade, nos ambientes ambulatorial e hospitalar.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) é um ponto de atenção ambulatorial especializada que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios auxiliares de locomoção (OPM) e tecnologia assistiva, constituindo-se referência para reabilitação das pessoas com deficiência dentro da rede de atenção à saúde no território. São organizados de acordo com as modalidades de reabilitação em CER II (composto por duas modalidades de reabilitação), CER III (composto por três modalidades de reabilitação) e CER IV (composto por quatro serviços de reabilitação). O estado do Espírito Santo conta, atualmente com 6(seis) CER habilitados pelo Ministério da Saúde, descritos no Quadro 1.

Além dos CER, a rede de atenção à saúde no ES, no âmbito da atenção ambulatorial especializada, conta com os seguinte pontos de atenção para atendimento à pessoa com deficiência física e à pessoa ostomizada:

- **Centro Regional de Especialidades (CRE):** atendimento ambulatorial através de consultas e exames especializados.
- **Unidade Cuidar:** atendimento ambulatorial nas unidades de cuidado integral à saúde através de consultas e exames especializados.
- **Centro Especializado em Reabilitação (CER):** atendimento em reabilitação em nível especializado e ambulatorial.

- **Oficina Ortopédica:** serviços de confecção, dispensação, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), podem ser fixa ou itinerante.

Os pontos da atenção especializada ambulatorial à pessoa com deficiência física e à pessoa ostomizada estão localizados nas três regiões de saúde para atendimento em consultas especializadas e reabilitação ambulatorial, conforme distribuição do Quadro 1.

**Quadro 1** – Serviços da rede especializada ambulatorial a serem referenciados para atendimento aos pacientes em reabilitação física e à pessoa ostomizada no estado do Espírito Santo, 2021

Região Metropolitana	Região Central/Norte	Região Sul
Centro Regional de Especialidade – Cariacica.  Serviço de Atendimento aos Ostomizados (SAO)	Centro Regional de Especialidade – Colatina.  Serviço de Atenção à Pessoa Ostomizada (SAPO) de Colatina no NREC  Programa de Atenção à Pessoa Ostomizada – PAPO no NRESM de São Mateus	Centro Regional de Especialidade – Cachoeiro de Itapemirim.  Serviço de Atenção às Pessoas Ostomizadas de Cachoeiro de Itapemirim (SAPO) no NRECI de Cachoeiro de Itapemirim
Unidade Cuidar – Santa Teresa.	Unidade Cuidar – Nova Venécia.  Unidade Cuidar – Linhares.	Unidade Cuidar – Guaçuí.

CER II (física e auditiva) – CREFES Vila Velha.	CER IV (física, intelectual, auditiva e visual) – APAE Colatina.	CER II (física e intelectual) – APAE Cachoeiro de Itapemirim.
CER III (física, intelectual e auditiva) – Pestalozzi Guarapari.	CER II (física e intelectual) – APAE Nova Venécia.	CER II (física e intelectual) – Pestalozzi Mimoso do Sul.

Fonte: NEAE/GEPORAS 2021

As consultas especializadas são disponibilizadas nos Centros Regionais de Especialidades e Unidade Cuidar de acordo com os municípios adscritos no Quadro 2.

**Quadro 2** – Centros Regionais de Especialidades e Rede Cuidar que ofertam consultas especializadas à pessoa com deficiência no ES

	<b>Serviços</b>	<b>Municípios Adscritos</b>	<b>Consultas Ofertadas para a PCD</b>
<b>Centro Regional de Especialidades-CRE</b>	CRE Região Metropolitana	Guarapari, Vila Velha, Serra, Vitória, Aracruz, Ibraçu, João Neiva, Santa Leopoldina, Santa Teresa, Fundão, Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Maria de Jetibá, Venda Nova do Imigrante, Cariacica, Viana.	Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Endocrinologia, Nefrologia, Oftalmologia,

	CRE Região Central	Montanha, Pedro Canário, Conceição da Barra, Pinheiros, Boa Esperança, Vila Pavão, Nova Venécia, São Mateus, Jaguaré, Vila Valério, Sooretama, Rio Bananal, Linhares.	Dermatologia, Gastroenterologia, Geriatria,
	CRE Região Norte	Mucurici, Ponto Belo, Ecoporanga, Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Mantenópolis, Águia Branca, São Gabriel da Palha, Alto Rio Novo, Pancas, São Domingos do Norte, Governador Lindemberg, Colatina, Marilândia, Baixo Guandu, São Roque do Canaã	Hematologia, Mastologia, Ortopedia, Reumatologia Serviço de Ostomias
	CRE Região Sul	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Lúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta.	
<b>Unidade Cuidar</b>	Unidade Cuidar Norte	Nova Venécia, Jaguaré, São Mateus, Conceição da Barra, Pedro Canário, Pinheiros, Boa Esperança, Montanha, Vila Pavão, Barra de São Francisco, Água Doce do Norte, Ecoporanga, Ponto Belo e Mucurici.	

	Unidade Cuidar Santa Teresa	Santa Teresa, Fundão, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, São Roque do Canaã, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra.	
	Unidade Cuidar Guaçuí	Guaçuí, Irupi, Iúna, Muniz Freire, Ibitirama, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Alegre, Jerônimo Monteiro, Bom Jesus do Norte, Apicacá, Mimoso do Sul, São José do Calçado e Muqui.	
	Unidade Cuidar Linhares	Linhares, João Neiva, Sooretama, Rio Bananal, Marilândia, Vila Valério, Governador Lindenberg  Águia Branca e Alto Rio Novo.	
	Unidade Cuidar Domingos Martins (previsão de abertura em 2021)	Domingos Martins, Marechal Floriano, Castelo, Conceição do Castelo, Venda Nova do Imigrante, Ibatiba, Afonso Cláudio, Brejetuba.	

Fonte: Superintendências Regionais, 2021

### 3.2.1 Reabilitação Ambulatorial Especializada

O principal ponto de atenção da atenção especializada ambulatorial no âmbito da reabilitação física são os CER, que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Os principais serviços ofertados pelos CER por região estão descritos abaixo:

#### 1 – Região Metropolitana

- CER III Pestalozzi de Guarapari

Habilitado como CER III pela Portaria MS Nº4343, de 24 de dezembro de 2018, nas modalidades física, intelectual e auditiva.

**Municípios de abrangência:** Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibraçu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Tereza, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória; e três municípios da região Sul, tais como Alfredo Chaves, Anchieta.

**Consultas e serviços oferecidos:** fisioterapia motora e neurológica, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, psicopedagogia, consulta especializada em neurologia, ortopedia, fisioterapia, otorrinolaringologia, psiquiatria, pediatria e enfermagem.

**Quantidade de atendimentos:** 200 usuários/mês em reabilitação física.

▪ **Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo – CREFES**

Habilitado como CER II nas modalidades física e auditiva, pela Portaria Nº 496, de 03/05/2013. O CREFES é o único serviço da rede própria da SESA e referência estadual em medicina física e reabilitação física e motora; concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; próteses auditivas; realização de exame de eletroneuromiografia; em distonias e espasticidades (toxina botulínica) e tem como objetivo atender necessidades dos pacientes com comorbidades físicas e motoras, oferecendo assistência médica, assistência de reabilitação, órteses e próteses.

**Abrangência:** todo estado do Espírito Santo, principalmente a região Metropolitana.

**Organização das atividades desenvolvidas:** estas estão distribuídas em oito (08) Unidades de Trabalho contemplando as respectivas especialidades assistenciais e administrativas.

➤ Núcleo de Trabalho de Internação: é a unidade responsável pela assistência médica aos pacientes com intervenção clínica com necessidades

de cuidados intensivos de média complexidade e/ou complicações pós-cirúrgicas. São 29 leitos com funcionamento 24 horas, todos os dias da semana. Oferece atendimento médico especializado (neurologia, clínica médica) e atendimento em fisioterapia, enfermagem, serviço social, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, educação física e enfermagem.

➤ Núcleo de Trabalho Neurologia Adulto e Infantil: dispõe de assistência médica, psicológica e social aos pacientes em tratamento neurológico no CREFES, pacientes com quadros clínicos de neuropatia; pacientes ortopédicos sequelados por acidentes e/ou outras patologias.

**Consultas e serviços oferecidos:** reabilitação neurofuncional e ortopédica com abrangência ambulatorial e internação. Dispõe de fisioterapia, ortopedia, reumatologia, neurologia, cardiologia, otorrinolaringologia, clínica geral, urologia, pediatria, radiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, musicoterapia, nutrição, enfermagem, educador físico, hidroterapia. Aplicação de toxina botulínica para distonias e espasticidades e eletroneuromiografia.

Além disso, o CREFES é o único serviço da RCPD que conta com uma **oficina ortopédica** que realiza concessão de OPM. 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). As OPM, dispositivos e tecnologia assistiva dispensadas pela oficina ortopédica devem ser criteriosamente escolhidas, bem adaptadas e adequadas ao ambiente físico e social, garantindo o seu uso seguro e eficiente. Sua indicação deve ser parte de do Plano Terapêutico Singular (PTS), baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência nos diferentes aspectos da vida. Os tipos de OPM concedidas pela oficina ortopédica no CREFES são:

- Prótese canadense endoesquelética em alumínio ou aço (desarticulação do quadril);
- Prótese canadense exoesquelética (desarticulação do quadril);

- Prótese endoesquelética para desarticulação de joelho em alumínio ou aço;
- Prótese endoesquelética transfemural em alumínio ou aço;
- Prótese endoesquelética transtibial tipo ptb-pts-kbm em alumínio ou aço;
- Prótese exoesquelética para desarticulação do joelho;
- Prótese exoesquelética passiva para desarticulação do punho ou amputação transradial;
- Prótese exoesquelética transfemural;
- Prótese exoesquelética transtibial com coxal ou manguito de coxa;
- Prótese exoesquelética transtibial tipo ptb-pts-kbm;
- Prótese funcional endoesquelética para amputação transumeral;
- Prótese funcional exoesquelética para desarticulação de cotovelo (punho de rosca);
- Prótese funcional exoesquelética para desarticulação de cotovelo (punho universo);
- Prótese funcional exoesquelética para amputação transradial;
- Prótese funcional exoesquelética transradial com gancho de dupla força;
- Prótese funcional exoesquelética transradial coto curto;
- Prótese funcional exoesquelética transradial para punho de troca rápida com gancho de dupla força;
- Prótese funcional exoesquelética transumeral;
- Prótese mamária;
- Prótese para amputação tipo chopart;
- Prótese passiva endoesquelética para desarticulação de ombro e escapulectomia parcial ou total;
- Prótese passiva endoesquelética transumeral;
- Prótese passiva para amputação parcial da mão;
- Prótese tipo palmilha para amputação em nível do antepé;
- Órtese suropodálica articulada em polipropileno infantil;
- Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (adulto);
- Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (infantil);
- Órtese suropodálica metálica (adulto);
- Órtese suropodálica unilateral articulada em polipropileno (adulto);

- Órtese suspensório de pavlik;
- Órtese tipo sarmiento para úmero;
- Órtese tlso / colete tipo Boston;
- Órtese tlso / tipo colete em metal tipo jewett;
- Órtese tlso corretiva toraco-lombar em polipropileno;
- Órtese estática imobilizadora axilo-palmar tipo aeroplano;
- Órtese genupodálico em polipropileno tipo sarmiento;
- Órtese hcto tipo minerva imobilizadora cervical com apoio torácico (colar);
- Órtese metálica cruropodálica adulto;
- Órtese metálica cruropodálica (infantil e adolescente);
- Órtese metálica suropodálica (infantil);
- Órtese pélvico-podálica de descarga isquiática;
- Órtese pélvico-podálica metálica com ou sem apoio isquiático (infantil e adolescente);
- Órtese pélvico-podálica metálica para adulto com ou sem apoio isquiático;
- Órtese rígida para luxação congênita do quadril;
- Órtese suropodálica articulada em polipropileno infantil;
- Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (adulto);
- Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (infantil);
- Órtese suropodálica metálica (adulto);
- Órtese suropodálica unilateral articulada em polipropileno (adulto);
- Órtese suspensório de pavlik;
- Órtese tipo Sarmiento para úmero;
- Órtese tlso / colete tipo Boston;
- Órtese tlso / tipo colete em metal tipo jewett;
- Órtese tlso corretiva toraco-lombar em polipropileno;
- Órtese tlso tipo colete / jaqueta de risser;
- Órtese torácica colete dinâmica de compressão torácica;
- Órtese hco tipo philadelphia para imobilização da região cervical;
- Calçados anatômicos com palmilhas para pés neuropáticos (par);
- Calçados ortopédicos pré-fabricados com palmilhas até número 45 (par);
- Palmilhas confeccionadas sob medida (par);

- Palmilhas para pés neuropáticas confeccionadas sob medida para adultos ou crianças (par);
- Palmilhas para sustentação dos arcos plantares até o número 33 (par);
- Palmilhas para sustentação dos arcos plantares números acima de 34 (par);
- Bengala canadense regulável em altura (par)
- Bengala de 4 pontas;
- Muleta axilar regulável de madeira (par);
- Muleta axilar tubular em alumínio regulável na altura (par);
- Andador fixo / articulado em alumínio com quatro ponteiras;
- Almofada de assento para prevenção de lesão por pressão em células de ar;
- Coletes: putti alto e baixo, boston, milwalker, knight, jowet;
- Cadeira de rodas adulto/infantil (tipo padrão);
- Cadeira de rodas p/banho c/assento sanitário;
- Cadeira de rodas p/tetraplégico – tipo padrão;
- Cadeira de rodas monobloco;
- Cadeira de rodas (acima 90 kg);
- Cadeira de rodas motorizada adulto ou infantil;
- Cadeira de rodas para banho em concha infantil;
- Cadeira de rodas para banho com encosto reclinável;
- Cadeira de rodas para banho com aro de propulsão.

## **2 – Região Central/Norte**

### **▪ CER IV APAE de Colatina**

Habilitado pela Portaria nº 3513 de 10/12/2021, como CER IV nas modalidades de reabilitação física, intelectual, auditiva e visual.

**Municípios de abrangência:** Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Itaguaçu, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e São Roque do Canaã.

**Consultas e serviços oferecidos:** assistência social, fisioterapia motora, equoterapia, hidroterapia, fisioterapia respiratória, fonoaudiologia, terapia

ocupacional, psicologia, psicopedagogia e consultas especializadas em ortopedia, neurologia e oftalmologia.

**Concessão de OPM:** realiza concessão de cadeiras de rodas não motorizadas, tais:

- Cadeiras de rodas monobloco (16 a 50 anos);
- Cadeiras de rodas motorizadas (12 a 130 anos);
- Cadeira de rodas acima 90kg (20 a 130 anos).

**Quantidade de atendimentos:** 200 usuários/mês em reabilitação física.

#### ▪ **CER APAE de Nova Venécia**

Habilitado como CER II nas modalidades física e intelectual, conforme Portaria MS Nº 2.602, de 21 de agosto de 2018.

**Municípios de abrangência:** Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus e Vila Pavão.

**Consultas e serviços oferecidos:** fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, serviço social, fonoaudiologia e consulta especializada em ortopedia, neurologia e neuropediatria.

**Quantidade de atendimentos:** 200 usuários/mês em reabilitação física.

### **3 – Região Sul**

#### ▪ **CER APAE de Cachoeiro de Itapemirim**

Habilitado como CER II através da Portaria MS Nº 2600, de 21 de agosto de 2018, nas modalidades física e intelectual.

**Municípios de abrangência:** Cachoeiro de Itapemirim, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Ibitirama, Irupí, Iúna, Castelo, Vargem Alta, Iconha, Rio Novo do Sul, Alfredo Chaves, Piúma e Anchieta. Observação: com a Regulação Formativa, os municípios de Alfredo Chaves, Piúma e Anchieta serão atendidos pelo CER de Guarapari.

**Consultas e serviços oferecidos:** fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, serviço social, equoterapia, hidroterapia e consulta especializada em neurologia, ortopedia e psiquiatria.

**Quantidade de atendimentos:** 200 usuários/mês em reabilitação física.

- **CER Pestalozzi de Mimoso do Sul**

Habilitado como CER II, pela Portaria MS Nº 3531, de 17 de dezembro de 2020, nas modalidades física e intelectual.

**Municípios de abrangência:** Mimoso do Sul, Apiacá, Bom Jesus do Norte, Muqui, Presidente Kennedy, Atílio Vivacqua, Alegre, Guaçuí, Jerônimo Monteiro, Muniz Freire, Itapemirim, Marataízes e São José do Calçado.

**Consultas e serviços oferecidos:** terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e consulta especializada em neurologia e ortopedia.

**Quantidade de atendimentos:** 200 usuários/mês em reabilitação física.

### **3.2.2 Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas – SAPO**

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. Conforme previsto no instrutivo de reabilitação, os CER que prestam cuidados em estomias deverão compor suas equipes multiprofissionais acrescidas do profissional nutricionista, médico clínico ou urologista ou proctologista ou gastroenterologista.

Os serviços que prestarem atendimento às pessoas ostomizadas deverão ter sanitários adaptados. Esta adaptação subentende ter no mínimo uma bancada que sirva de apoio para colocar objetos de higiene pessoal, ducha higiênica e

espelho que possibilite à pessoa estomizada realizar higiene pessoal com segurança.

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

Os CER credenciados na modalidade da reabilitação física devem ter os SAPO incorporados, com abrangência regional, observando-se as regras contidas na Portaria SAS/MS nº 400/2009 e na Portaria GM/MS nº 793/2012, em especial no Instrutivo Ostomia publicado em 2014 e no Manual de Orientação aos Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas do ES de 2017 (BRASI, 2009; BRASIL, 2012; ESPÍRITO SANTO, 2017).

A Atenção à Pessoa Ostomizada no Estado do Espírito Santo, com serviço de dispensação de bolsa de colostomia, é realizada nos serviços instituídos dentro da estrutura dos Centros Regionais de Especialidades (CRE). No Quadro 3 são descritos os serviços de referência à pessoa ostomizada no ES por região de saúde:

**Quadro 3** – Serviços de Referência às pessoa ostomizada no ES por região de saúde

<b>Região</b>	<b>Serviço de Ostomia</b>	<b>Equipe</b>	<b>Municípios adscritos</b>	<b>Quantidade de atendimentos/mês</b>
Central Norte	PAPO NRESM São Mateus	Referência técnica junto com a APS Enfermeiro Psicólogo Assistente social Equipe médica de apoio do NRESM	Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, São Mateus, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e Vila Pavão.	128 pacientes/mês

		Integrado ao CER de Nova Venécia		
	SAPO NREC Colatina	Enfermeiro Técnico de Enfermagem Assistente Social Equipe médica do NREC Acompanhamento multiprofissional de psicologia e nutrição no município  Integrado ao CER de Colatina	Águia Branca, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooterama e Vila Valério.	347 pacientes/mês
Região Metropolitana	SAO CRE Metropolitano em Cariacica	Enfermeiro Técnico de enfermagem Médico Psicólogo Nutricionista Assistente Social  Integrado ao CREFES e ao CER de Guarapari	Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibirapu, Itaguaçu, Itarana, João Neiva, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha e Vitória  Todo o Estado	80 pacientes/dia

	Santa Casa de Misericórdia - Reversão de Ostimias			4 cirurgias/mês
Região Sul	SAPO NRECI de Cachoeiro de Itapemirim	Enfermeiro Equipe médica de apoio do NRECI  Integrado ao CER de Cachoeiro de Itapemirim e Mimoso do Sul	Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Divino de São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibitirama, Iconha, Irupi, Itapemirim, Iúna, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Muniz Freire, Mimoso do Sul, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.	318 pacientes/mês

Fonte: Superintendências Regionais, 2021

### 3.3. Atenção Hospitalar e Rede de Urgência e Emergência

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência. Além disso, devem instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência e ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar e em hospitais de reabilitação.

Quanto a Atenção Hospitalar o ES conta com a retaguarda de leitos de cuidados prolongados e os leitos de reabilitação, além da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Prevê a inserção de equipes de reabilitação nesses ambientes, com o objetivo de intervir de maneira imediata nas ocorrências de saúde que possam gerar deficiências bem como para ofertar cuidados especializados a pacientes com deficiências preexistentes. São componentes neste nível:

- **Leitos de reabilitação (LR):** são responsáveis pelos cuidados intensivos de média complexidade em reabilitação aos pacientes com complicações de sua doença de base que possuam potencial para recuperação plena de suas funções.
- **Leitos de cuidados prolongados (LCP):** têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo ou subagudo. Destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, que por vezes provoca exacerbação da doença crônica de base. Constituem-se em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a APS, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.
- **Salas de Estabilização:** Ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção pela central de regulação das urgências.
- **SAMU e Central de Regulação de Urgência:** tem por objetivo chegar precocemente a vítima, após ter ocorrido um agravo a sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar ao sofrimento, sequelas ou mesmo a morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

- **Unidades de Pronto-Atendimento:** Estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção as urgências. As UPAS 24h e o conjunto de Serviços de Urgência 24h não hospitalar, devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Os pontos de atenção hospitalar da linha de cuidado em saúde de reabilitação física e à pessoa ostomizada estão localizados nas três regiões de saúde, conforme Quadro 4.

**Quadro 4** – Pontos de atenção da rede hospitalar a serem referenciados para a reabilitação física e ostomia no estado do Espírito Santo, 2021.

Região Metropolitana	Região Central / Norte	Região Sul
<p><b>Leitos de Cuidados Prolongados</b> Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC)</p> <p><b>Leitos de Reabilitação Física</b> CREFES (29 leitos de reabilitação)</p> <p><b>Hospitais da RUE</b> 1) Hospital Estadual Jaime dos Santos Neves (HEJSN) – referência em queimados</p>	<p><b>Leitos de Cuidados Prolongados</b> 1) Hospital João dos Santos Neves em Baixo Guandu 2) Hospital São Marcos em Nova Venécia</p> <p><b>Hospitais da RUE</b> 1) Hospital e Maternidade Silvio Avidos de Colatina (HMSA) – traumatologia geral 2) Hospital e Maternidade São José (HMSJ) de Colatina - cardiovascular</p>	<p><b>Leitos de Cuidados Prolongados</b> Hospital Estadual São José do Calçado (HESJC)</p> <p><b>Hospitais da RUE</b> 1) Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI) – cardiovascular e neurologia 2) Santa Casa de Cachoeiro - Traumatologia</p> <p><b>UPA de Cachoeiro</b></p>

<p>2) Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV)– Ortopedia</p> <p>3) Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) – neurológico, traumatologia pediátrica</p> <p>4) Hospital Estadual Central (HEC) – neurologia, AVE</p> <p>5) Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE) – Traumatologia e Ortopedia</p> <p>6) Hospital evangélico do ES – Cardiovascular</p> <p>7) Hospital Alzir Bernardino Alves (HIMABA) – cardiovascular pediátrica e politraumatismo</p> <p>8) Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) – cardiologia</p> <p>9) Santa Casa de Misericórdia – referência em reversão de ostomias</p> <p><b>UPA de Viana, Serra, Carapina e Guarapari</b> <b>Salas de Estabilização</b></p> <p><b>Reversão de Ostomias</b> Hospital Santa Casa de Misericórdia</p>	<p>3) Hospital Roberto Silvares (HRAS) de São Mateus – neurologia e traumatologia</p> <p>4) Hospital Rio Doce de Linhares – cardiovascular</p> <p>5) Hospital Geral de Linhares (HGL) - traumatologia</p> <p><b>UPA de São Mateus</b> <b>Salas de Estabilização</b></p>	<p><b>Salas de Estabilização</b></p>
---	---	--------------------------------------

### **3.4. Atenção Domiciliar**

Compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. O atendimento e a internação domiciliar só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada à RAVS, caracterizada pelo conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. É serviço complementar aos cuidados realizados na APS, substitutivo ou complementar à internação hospitalar. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para população definida e se relaciona com os demais serviços de saúde que compõem a RAVS, em especial com a atenção básica, atuando quando necessário, como matriciadores dessas equipes.

A Atenção Domiciliar está subdividida em três tipos (AD1, AD2 e AD3), sendo que a AD1 está vinculada às equipes da atenção básica e requer cuidados com menor frequência e menos necessidade de intervenções multiprofissionais, pressupondo estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. As AD2/AD3 estão vinculadas ao SAD.

No ES, cinco municípios possuem equipes habilitadas EMAD tipo 1, totalizando oito equipes, conforme quadro abaixo. Cada EMAD tipo 1 é responsável pelo atendimento médio de 60 pacientes/mês, 12 horas por dia, todos os dias da semana. No estado quatro equipes habilitadas atuando com capacidade máxima de atendimento de 240 pacientes/mês, a saber:

### Quadro 5 - Equipes de Atenção Domiciliar implantadas no ES

	Município	Proponente	EMAD I Habilitadas	EMAD II Habilitadas	EMAP Habilitadas	Portaria de Habilitação
ES	Caraciaca	Municipal	1	0	0	3616 18/12/2020
ES	São Mateus	Municipal	1	0	1	3495 17/12/2020
ES	Serra	Municipal	2	0	1	3615 18/12/2020
ES	Vitória	Municipal	2	0	1	em fase de habilitação
ES	Vila Velha	Municipal	2	0	1	em fase de habilitação

Fonte: RUE/NEAE, 2021

## 4. SISTEMA DE APOIO

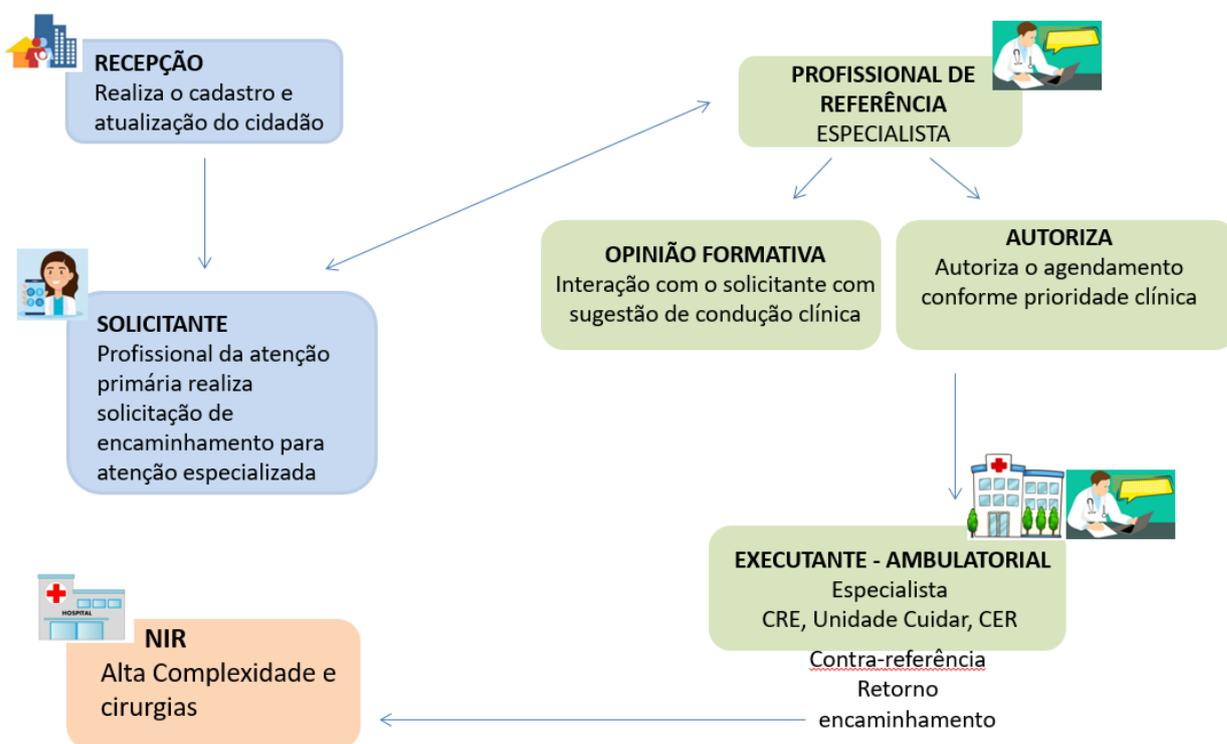
Todo acesso a rede da atenção especializada ambulatorial é feito pela Autorregulação Formativa Territorial (ARFT), novo modelo de gestão que tem como premissa a reorientação da regulação assistencial baseada na oferta/demanda para uma regulação baseada na gestão da clínica e na interação e vínculo entre profissionais e serviços da Atenção Primária, Atenção Especializada e atenção hospitalar, trazendo forte impacto na integração da atenção primária (APS) e atenção especializada, reorganizando o fluxo dos usuários, fazendo vinculação das equipes de APS a médicos especialistas específicos que farão a assistência, segunda opinião e formação individual e coletiva dos médicos da APS a eles vinculados. É uma forma de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre atenção básica e especializada, em uma rede de petição e compromisso matricial e territorial com técnicos de referência e serviços de referência designados, que organizam e definem uma cadeia do cuidado no âmbito da atenção primária, cuidados especializados e hospitalares.

### 4.1. Acesso aos Serviços da Atenção Especializada Ambulatorial

O acesso da pessoa com deficiência aos serviços da atenção especializada (CRE, Unidade Cuidar, CER, hospitais, Oficina Ortopédica) se dá pela ARFT, sendo a APS a primeira porta de entrada e ordenadora do cuidado para esses usuários. Para que o encaminhamento seja efetivo e integrado em rede, é fundamental que a APS realize uma avaliação criteriosa das funções e atividades perdidas e/ou não adquiridas com base na Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), uma classificação firmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), complementar à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-11), que tem por objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada como um sistema de descrição da saúde e de estados relacionados à saúde (diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, fatores ambientais e pessoais). Essa avaliação (APÊNDICE A) deve conter a identificação do paciente, identificação do profissional de saúde que realizou a avaliação, a história clínica do paciente (que deve contemplar as informações relativas ao curso da doença, contendo minimamente os diagnósticos, principais tratamentos que foram administrados ao paciente e exames complementares que houver) e, de acordo com a avaliação, as recomendações para continuidade do cuidado. As UBS que tiverem equipe de reabilitação (NASF ou equipe multiprofissional) poderão realizar uma avaliação mais detalhada sobre o quadro clínico do paciente. A Figura 2 mostra o fluxo de acesso da pessoa com deficiência à atenção especializada pela ARFT.

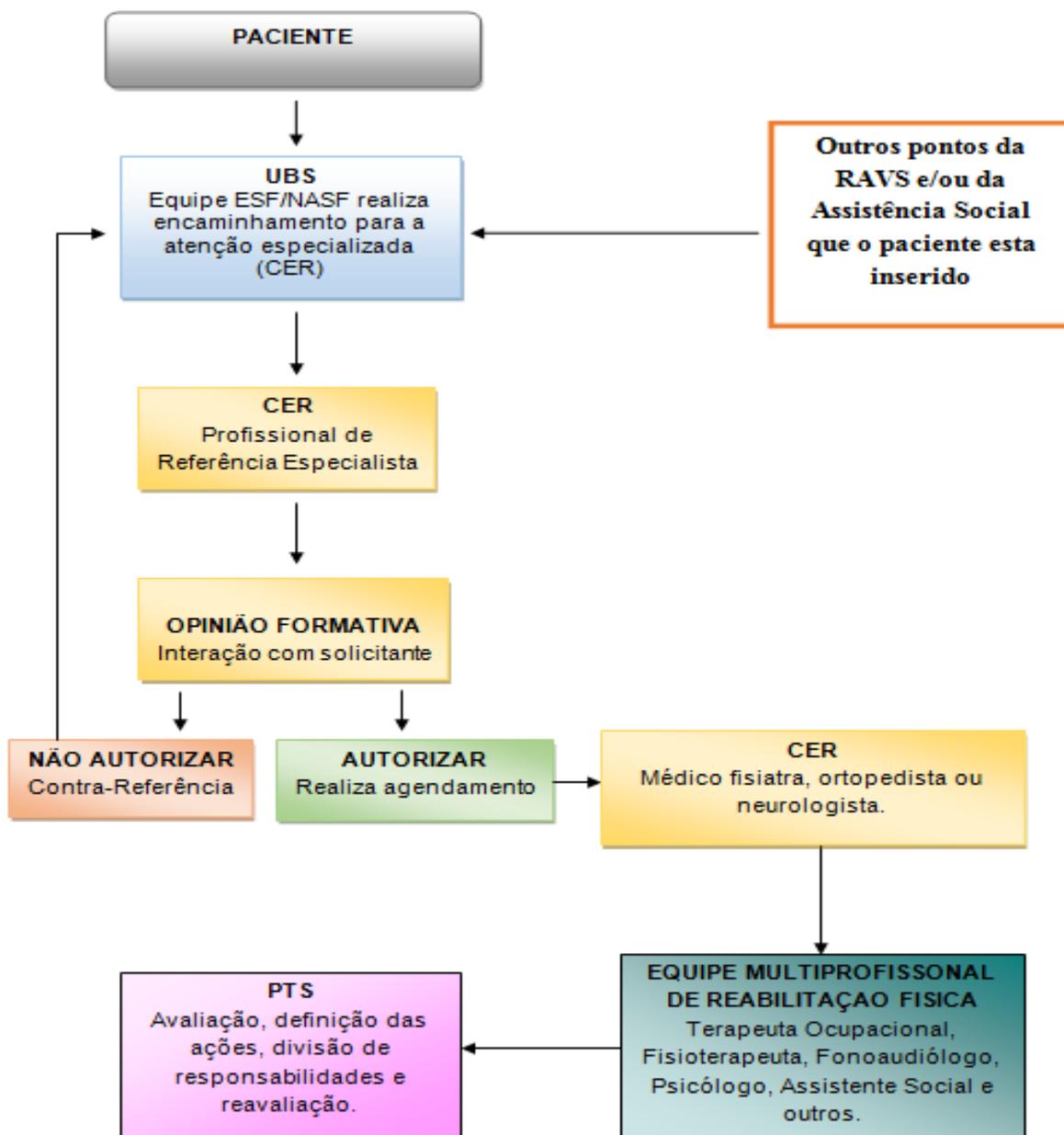
**Figura 2** – Fluxo de acesso da pessoa com deficiência pela Autorregulação Formativa Territorial aos serviços da atenção especializada.



Fonte: Regulação Formativa, 2021

Considerando o CER como referência em reabilitação e principal ponto da atenção especializada no atendimento à pessoa com deficiência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a Figura 3 detalha melhor o fluxo de acesso ao CER pela ARFT.

**Figura 3** - Fluxo de acesso ao CER pela Autorregulação Formativa Territorial



Fonte: Área Técnica da RCPD/SESA, 2021

#### 4.2. Critérios Clínicos para Acesso à Reabilitação nos CER

Deverão ser encaminhados aos CER, preferencialmente pacientes com até um ano de evolução da lesão inicial, pacientes acometidos por alguma deficiência física que gere alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano com comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, sob a forma de plegias, paresias, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, com exceção das deformidades estéticas e das que não produzam incapacidades.

Todos os pacientes destinados à reabilitação ambulatorial devem estar clinicamente estáveis, terem sido previamente avaliados e encaminhados pela sua eSF/eAP de referência. São exemplos de condições de saúde, contempladas por essa linha de cuidado, para reabilitação nos CER:

- Pacientes com alteração sensório-motora, limitação e/ou restrição de atividade e participação, decorrentes de **doenças neurológicas congênitas ou adquiridas**:
  - Pacientes com acidente vascular encefálico com até 01 ano de evolução;
  - Sequelas de traumatismo cranioencefálico com até 01 ano de evolução;
  - Sequelas de doenças neurológicas, como doença de parkinson, ataxias, neurotoxoplasmose, tumores cerebrais etc.;
  - Transtornos respiratórios em pacientes neurológicos, sindrômicos e com doenças genéticas raras;
  - Sequelas pós covid-19 de acordo com critérios da linha de cuidado;
  - Sequelas de pós-operatório neurológico;
  - Atraso no desenvolvimento motor;
  - Doenças neuromusculoesqueléticas;
  - Encefalopatia crônica não progressiva da infância, síndromes genéticas e/ou raras neurológicas com comprometimento motor (por exemplo, síndrome de Guillain-Barré);
  - Paralisia cerebral (PC);
  - Trauma raquimedular (TRM);
  - Esclerose lateral amiotrófica (ELA);
  - Esclerose múltipla (EM);

- Sequelas de esmagamento e amputação traumática.
- Pacientes com alteração neurosensório-motora, limitação e/ou restrição de atividade e participação, decorrentes de traumas, fraturas, entorse, queimaduras, luxações, contusões musculares e malformações, congênitas ou adquiridas com:
  - Lesões ligamentares ocasionadas por trauma e/ou fratura (com bloqueio, atrofia e incapacidade funcional) com comprometimento neurológico;
  - Pós-operatório de cirurgia ortopédica para colocação de prótese articular (por exemplo, colocação de prótese em quadril e/ou joelho);
  - Alterações posturais severas (por exemplo, escoliose, hipercifose, Hiperlordose, dismetria dos membros inferiores), associado ou não com alterações neurológicas;
  - Sequelas de politraumatismos e queimaduras.

#### **Critérios de inclusão nos CER:**

1. Pacientes com necessidade de reabilitação duas ou três vezes na semana, decorrente de complicações motoras ou neurocognitivas moderadas, **com até um ano de evolução;**
2. Pacientes com comprometimento motor e neurofuncional como fadiga muscular intensa, sarcopenia, acometimento sensorial, alterações de equilíbrio e coordenação motora, alterações na marcha, dispraxia, limitação de movimentos de membros inferiores ou superiores, disartria, disfagia;
3. Pacientes que necessitam de reabilitação respiratória que apresentem fadiga, dispneia, hipoxemia a grandes e moderados esforços, **sem uso de oxigenoterapia;**
4. Pacientes com déficit cognitivo e/ou sensorial que não impeça a participação ativa nas atividades de reabilitação;
5. Pacientes com limitação na realização das AVD (alimentação, banho, vestuário, uso de sanitário, higiene pessoal, transferências, compreensão, interação social) com escore da medida de independência funcional (MIF) **de 19-61 pontos;**

6. Pacientes com potencial de ganhos reabilitacionais a curto e médio prazo. A previsão de duração do tratamento é em torno de 4 a 12 semanas, a ser avaliado pela equipe de reabilitação, conforme estabelecido no PTS, que deverá ser reavaliado a cada mês e previamente pactuado com a família do paciente.

**Critérios de exclusão nos CER:**

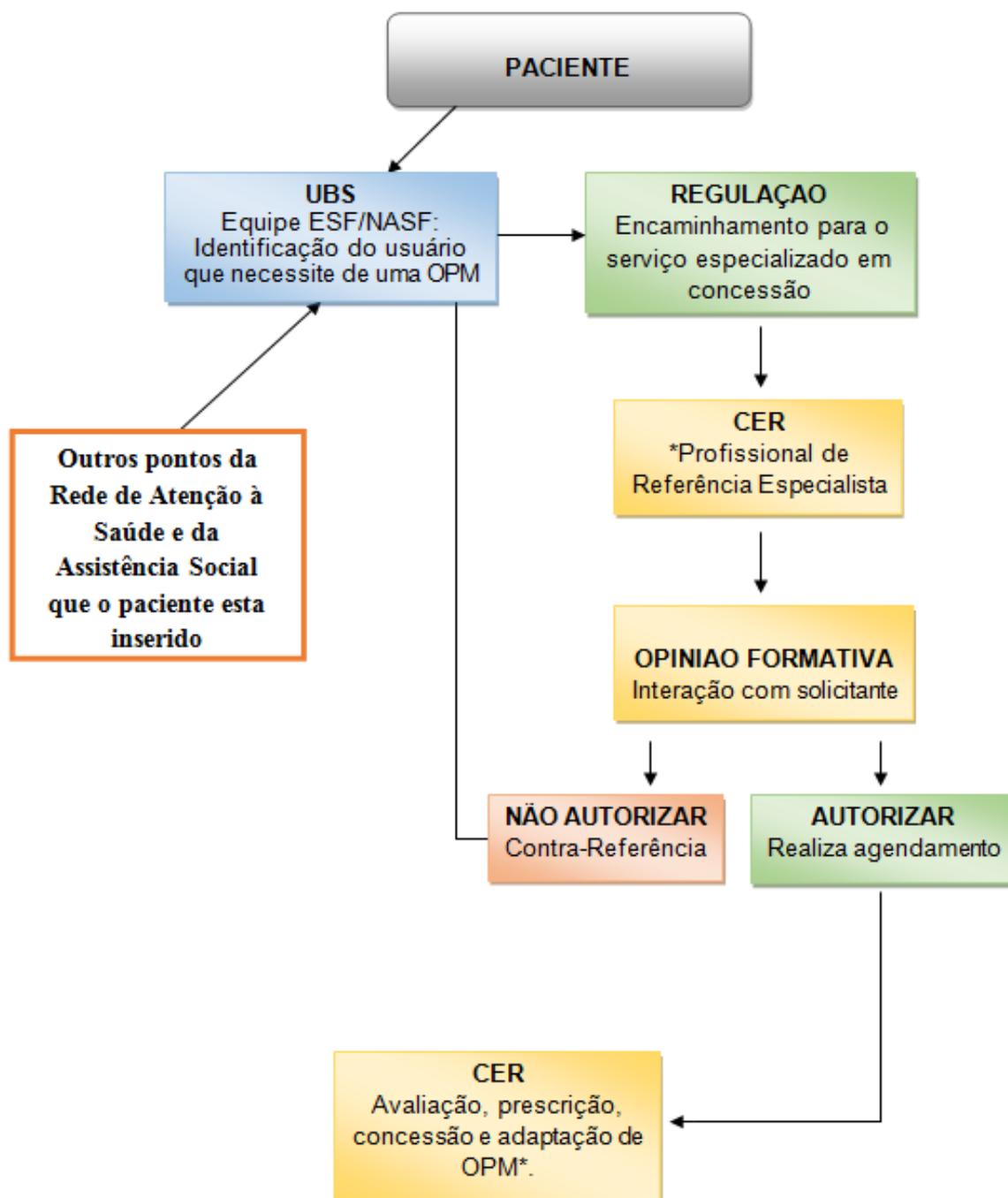
- Pacientes instáveis clinicamente, em uso de oxigenoterapia;

**4.3 Acesso a Órtese, prótese e meios 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, orientação quanto as adaptações e substituições sempre que necessário.

A prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção deve ser feita por profissionais de saúde, respeitando as atribuições específicas das competências de cada categoria. Também pode ser feita independente se o usuário estiver ou não em processo de reabilitação dentro de um serviço especializado, desde que seja respeitado o fluxo presente na Figura 4.

**Figura 4** – Fluxo de acesso para concessão de OPM física



Fonte: Área Técnica da RCPD/SESA, 2021

*\*Os profissionais de referência aptos a realizar avaliação, prescrição, concessão e adaptação de OPM são: **médico fisiatra, ortopedista ou neurologista, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta** devidamente registrados nos conselhos profissionais de suas regiões.*

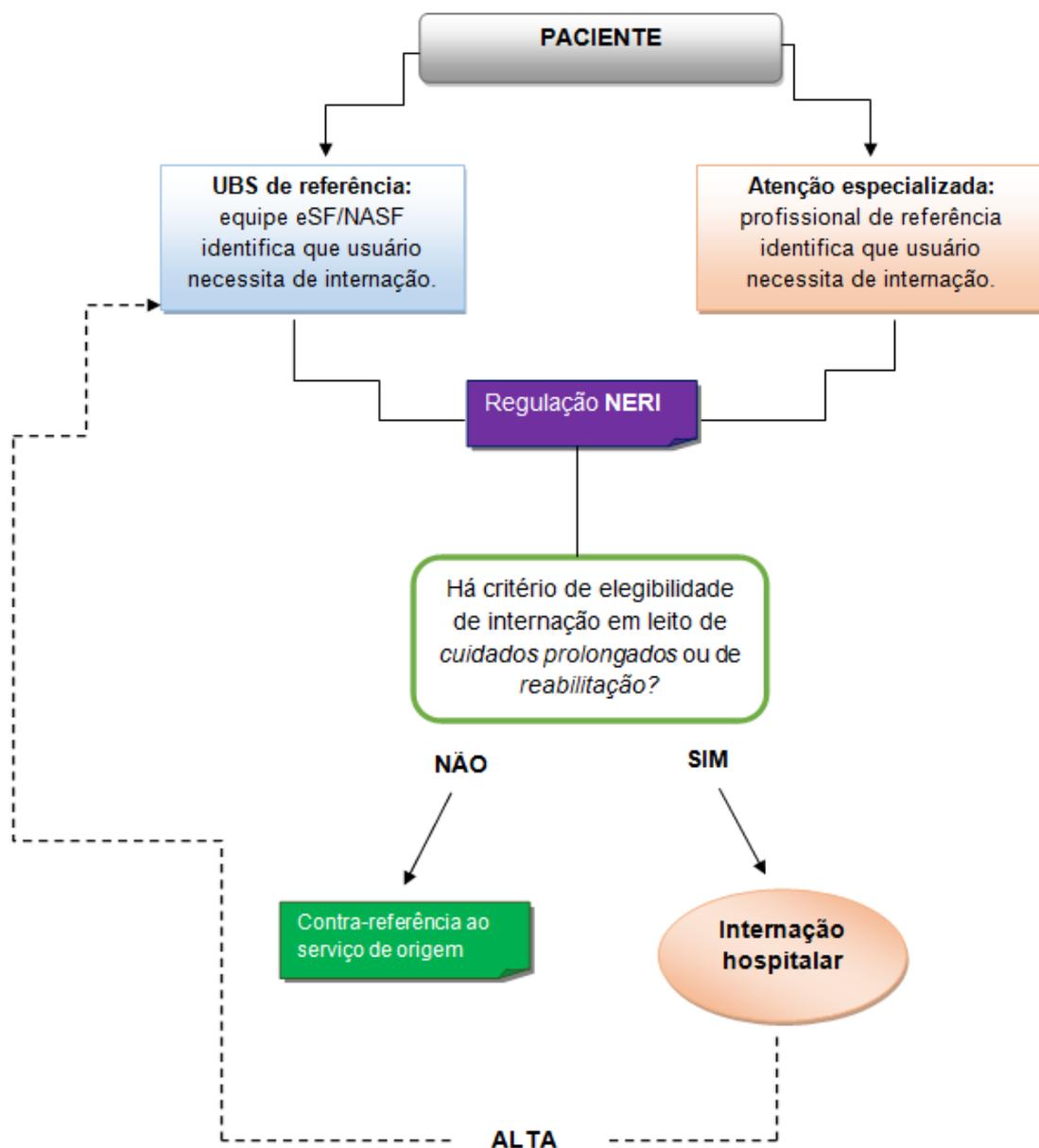
### **4.3 Critérios Clínicos para Acesso à Atenção Hospitalar**

Os pacientes com maior grau de dependência funcional e que preencham os critérios de inclusão, podem ser transferidos para os leitos de reabilitação ou para os leitos de cuidados prolongados. O acesso para a Atenção Especializada Hospitalar se dá através do Núcleo Estadual de Regulação de Internação (NERI) e os Núcleos Internos de Regulação (NIR) do hospital solicitante e o hospital executante.

Para internação hospitalar o usuário com necessidade de reabilitação em LCP ou LR poderá ser procedente de: unidades de saúde hospitalares e ambulatoriais diversas; unidades ambulatoriais de reabilitação; e da atenção primária à saúde, incluindo-se a atenção domiciliar, desde que preencha os critérios de elegibilidade, para essa tipologia de cuidado, estabelecidos por meio de protocolos de acesso regulado. A internação do usuário nesses leitos seguirá os critérios estabelecidos, observado o seguinte fluxo (Figura 5):

1. A internação será solicitada por uma das unidades de origem descritas à Central de Regulação Estadual (NERI), ficando a unidade de origem responsável pelo usuário até o desfecho da solicitação, mesmo em caso de regime de atenção domiciliar;
2. A Central de Regulação fará a busca da vaga, considerando-se as informações clínicas e de vulnerabilidades do usuário;
3. Obtida a vaga, a Central de Regulação comunicará à unidade de origem do leito de cuidado prolongado para o qual o usuário deverá ser encaminhado;
4. A Central de Regulação e a unidade de origem indicarão o meio de transporte mais adequado para a transferência do usuário.

**Figura 5 – Fluxo de acesso à atenção hospitalar**



Fonte: Área Técnica da RCPD/SESA, 2021

#### **4.4 Critérios Clínicos para Reabilitação em Leitos de Cuidados Prolongados (LCP)**

##### **Critérios para internação:**

- Pacientes com dependência funcional permanente parcial ou total, em recuperação de processo agudo ou por descompensação de doença crônica, como os que apresentam incapacidade transitória de

deambulação ou mobilidade; disfagia grave aguardando gastrostomia; que necessitem de curativos em lesão por pressão grau III e IV, estáveis clinicamente e com necessidade de cuidados para reabilitação e/ou adaptação a complicações ou perdas funcionais.

- Pacientes com complicações pulmonares relacionadas à doença de base: pacientes com suporte ventilatório não invasivo, oxigenoterapia ou higiene brônquica; submetido ou não à traqueostomia de forma permanente ou temporária em fase de decanulação, para capacitação dos cuidados nestas condições do próprio usuário e/ou familiar/cuidador.
- Pacientes com infecção secundária relacionada à doença de base, com a finalidade de conclusão de terapia endovenosa (antibioticoterapia/antifúngicos) com diagnóstico e tempo de administração estabelecidos.

A duração do tratamento será determinado pela equipe de reabilitação, conforme estabelecido no PTS e previamente pactuado com o paciente e/ou familiares. Quando houver retaguarda de atenção domiciliar no território, deverá ser realizada avaliação prévia e sistemática quanto à elegibilidade do usuário, garantindo-se a desospitalização em tempo oportuno.

#### **Critérios para NÃO internação:**

1. Paciente com episódio de doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável;
2. Paciente cujo objetivo da internação seja apenas a avaliação diagnóstica;
3. Paciente que necessite de cuidados que possam ser prestados em domicílio e acompanhados pelas eSF/eAP, inclusive atenção domiciliar.

#### **4.5 Critérios Clínicos para os Leitos de Reabilitação no CREFES**

##### **Critérios para internação:**

1. Pacientes com necessidade de reabilitação intensiva (todos os dias) decorrente de complicações motoras ou neurocognitivas moderadas, **com até seis meses de evolução;**

2. Pacientes clinicamente estáveis, com doença crônica de base controlada (por exemplo, DPOC, ICC, HAS, diabetes, convulsões), podendo apresentar lesão por pressão até estágio I e II e cistostomia ou sonda vesical de demora;
3. Pacientes em uso de via oral exclusiva para se alimentar;
4. Pacientes com ausência de doenças infecciosas em fase de transmissão;
5. Pacientes com déficit cognitivo ou sensorial que não impeça a comunicação e/ou participação ativa nas atividades propostas;
6. Pacientes com limitação na realização das AVDs (alimentação, banho, vestuário, uso de sanitário, higiene pessoal, transferências, compreensão, interação social) com **escore da MIF de 18-61 pontos**;
7. Pacientes com potencial de ganhos reabilitacionais a curto e médio prazo.

#### **Critérios para NÃO internação:**

1. Pacientes com doença em fase aguda ou crítica, em quadro clinicamente instável ou que necessitem de suporte avançado de vida, mesmo que estáveis;
2. Pacientes com traqueostomia e gastrostomia;
3. Pacientes com lesão por pressão estágio III e IV, que necessite de intervenção cirúrgica para desbridamento;
4. Pacientes em uso de suporte nutricional via dieta enteral;
5. Pacientes com déficit cognitivo ou sensorial que impeça a comunicação e/ou participação ativa nas atividades de reabilitação;
6. Paciente com dependência de oxigênio.

A previsão de duração do tratamento é em torno de 4 a 12 semanas, a ser avaliado pela equipe de reabilitação, conforme estabelecido no PTS, que deverá ser reavaliado a cada mês e previamente pactuado com a família do paciente.

#### **4.6 Alta Hospitalar**

A alta hospitalar responsável visa preparar o usuário para o retorno ao domicílio com qualidade e segurança para continuidade dos cuidados, promoção da sua autonomia e reintegração familiar e social. Também tem como objetivo promover

a continuidade do cuidado em regime de atenção domiciliar e/ou ambulatorial, buscando a melhor alternativa assistencial para o usuário após a alta, garantindo-se a troca de informações, orientações e avaliação sistemática com o ponto de atenção que irá receber o usuário.

#### **4.7 Critérios Clínicos para Acesso à Atenção Domiciliar**

É indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidado.

##### **Critérios de inclusão AD2 e AD3:**

- Pacientes egressos das Unidades de Cuidados Prolongados que ainda mantêm necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais de possíveis afecções agudas, crônicas agudizadas ou reabilitação das complicações.
- Nos casos que exigem cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar, necessitam da modalidade AD3.

##### **Critérios de exclusão:**

- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

#### **4.8 Critérios Clínicos para Acesso aos Serviços de Ostomias**

A prestação de assistência especializada para pessoas ostomizadas, conforme estabelecido na Portaria SAS/MS 400, de 16 de novembro de 2009, constitui-se referência de serviços para manutenção do cuidado e da capacidade funcional das pessoas ostomizadas.

Na alta hospitalar o paciente recebe um laudo padronizado do serviço de atendimento ao ostomizado; de posse desse laudo e dos documentos pessoais do paciente o mesmo ou responsável procura o serviço, onde será aberto um processo administrativo e serão liberadas as bolsas e coadjuvantes, dadas orientações de manuseio e agendado o retorno.

A cirurgia de reversão para os ostomizados é realizada na Santa Casa de Misericórdia de Vitória sendo hoje, o local de referência para todo estado, realizando quatro cirurgias/mês.

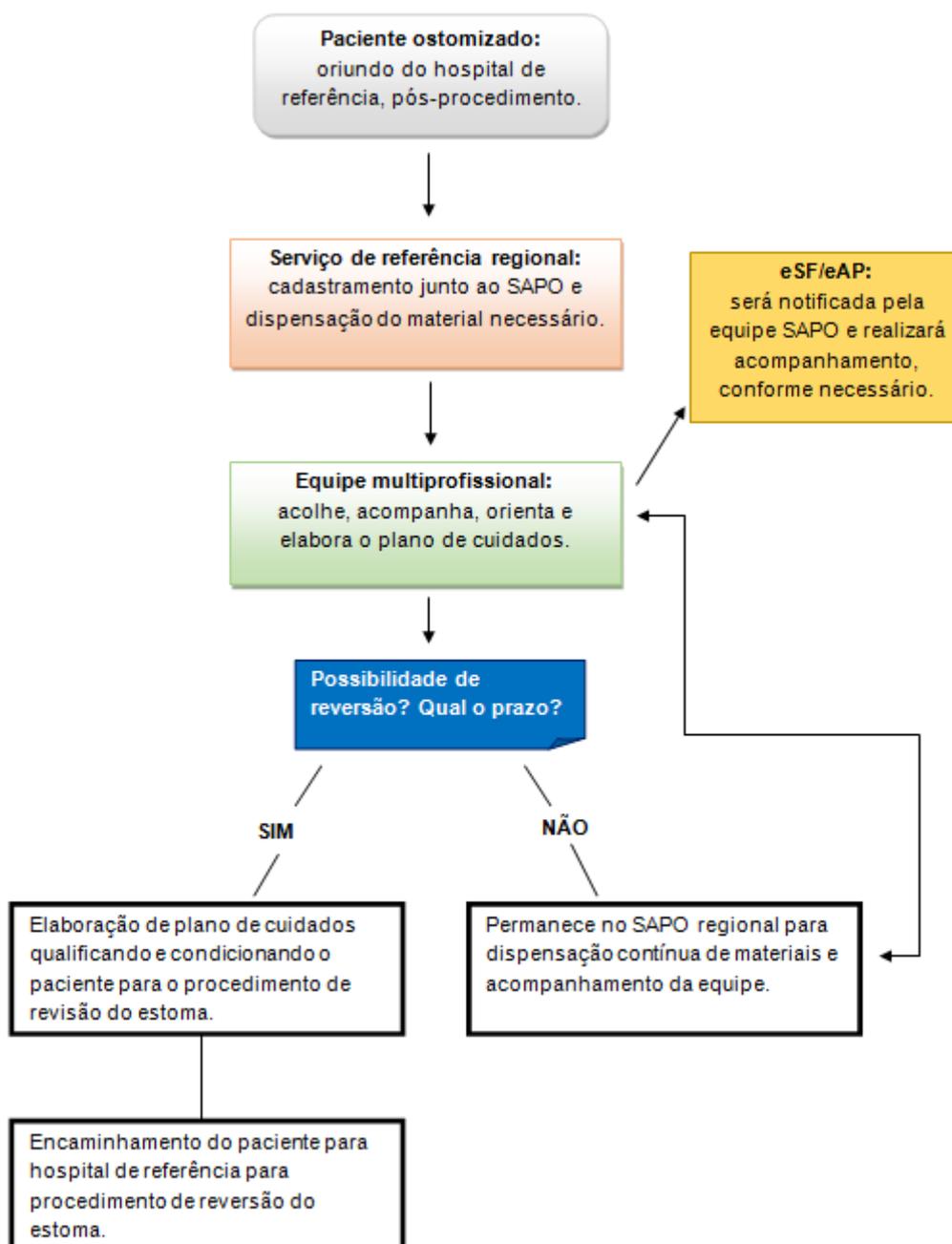
Visando as atribuições das equipes dos SAPO, recomenda-se que essas notifiquem as eSF/eAP de referência sobre os pacientes que estejam em acompanhamento nos serviços e que os serviços de referência estejam vinculados aos CER.

O fluxo de acesso e atendimento está ilustrado na **Figura 6** e acontecerá da seguinte forma:

- Na alta hospitalar o paciente receberá um laudo padronizado do serviço de atendimento ao ostomizado para cadastro no SAPO, de posse desse laudo e dos documentos pessoais (cópia de RG, CPF, CNS e comprovante de residência atualizado) o paciente/familiar deverá comparecer ao SAPO com todos os documentos necessários para o cadastro;

- Após análise dos documentos deverá ser agendado os atendimentos com a equipe multiprofissional, conforme necessário, para fornecimento dos materiais, orientações quanto ao uso adequado da bolsa e coadjuvantes e elaboração de um plano terapêutico para o paciente;
- Caso seja necessário um acompanhamento da troca de bolsa, limpeza e/ou administração de coadjuvantes da ostomia, a eSF/eAP da UBS de referência do paciente deverá ser acionada;
- A retirada do material ocorrerá através de agendamento conforme a necessidade do paciente;
- O familiar ou o município deverá informar ao serviço quanto a óbitos e reversões.

**Figura 6** – Fluxo de acesso ao Serviço ou Programa de Atenção às Pessoas Ostromizadas (SAPO ou PAPO ou SAO).



Fonte: Área Técnica da RCPD/SESA, 2021

#### 4.9 Transporte Adaptado

Com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, o CER conta com transporte sanitário, por meio de veículo adaptado acessível, destinado às pessoas com deficiência

que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencionais ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos.

A doação de veículos adaptados para o transporte sanitário de pessoas com deficiência no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, trata-se de uma iniciativa respaldada pelas normativas que instituíram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI (Origem: Prt. 793/2012) e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV (Origem: Prt 835/2012).

Atualmente, os CER que contam com transporte adaptado doado pelo Ministério da Saúde são: CER III - Associação Pestalozzi de Guarapari, CER II - CREFES, CER IV APAE de Colatina e CER IV APAE de Colatina.

## **5. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

A Assistência Farmacêutica (AF) apresenta-se como uma área estratégica, na medida em que o medicamento e os serviços farmacêuticos, estão entre as principais ferramentas de intervenção sobre doenças e agravos que acometem a população. No contexto da RAVS, é estratégico e oportuno promover a adequação dos serviços de AF, por intermédio de seus diferentes componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), e Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)AF. Como a atenção primária à saúde é o ponto inicial e principal de cuidados com a saúde no SUS, no âmbito do cuidado à pessoa com deficiência a AF exerce um importante papel na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, atendendo as necessidades epidemiológicas da região, com suficiência, regularidade e qualidade apropriadas, não valorizando apenas a disponibilidade do medicamento, mas atuando na integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, com eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

## **6. ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL**

Os serviços de reabilitação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em qualquer que seja a modalidade de reabilitação, devem garantir como oferta do cuidado integral e qualificada a articulação intersetorial com os serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A construção das linhas de cuidado permite organizar e estabelecer os fluxos de atenção à pessoa com deficiência em busca da integração entre os níveis de atenção e criação de estratégias resolutivas, suprimindo assim as necessidades de saúde da população acometida por deficiência física e à pessoa ostomizada, garantindo a integralidade dos cuidados em saúde prestados pelo SUS.

## REFERÊNCIAS

1. BORGES, J. B. C. **Avaliação da Medida de Independência Funcional – ESCALA MIF – e da percepção da qualidade de serviço – ESCALA SERVQUAL- em cirurgia cardíaca.** Botucatu: 2006. Disponível em: <[https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99907/borges\\_jbc\\_dr\\_botfm.pdf?sequence=1](https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/99907/borges_jbc_dr_botfm.pdf?sequence=1)> Acesso em: 22 set de 2021.
2. BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Comitê de Ajudas Técnicas Tecnologia Assistiva – Brasília: CORDE, 2009.**
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Portaria nº 400, de 16 de Novembro de 2009.** Estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400\\_16\\_11\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html)> Acesso em: 22 set de 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas\\_reabilitacao\\_atencao\\_basica\\_territorio.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf)> Acesso em 29 set 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional 66 de Humanização. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)> Acesso em: 22 Set de 2021.
6. BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. **A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais – DEFICIÊNCIA FÍSICA.** Brasília – DF: 2006. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/deffisica.pdf>>

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)>
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde Série F. Comunicação e Educação em Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 16p.
9. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005.
10. CESARETTI, I. U. R. et al. Cuidando de pessoas nos períodos pré, trans e pós-operatórios de cirurgias geradoras de estomias. **Assistência em Estomaterapia Cuidando a pessoa com ostomia.** 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.
11. ESPÍRITO SANTO. Secretaria da Saúde. **Manual de Orientação aos Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas.** Espírito Santo: SESA, 2017. Disponível em: <[https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Ostomizado/MANUAL\\_OSTOMIZADOS\\_Consulta%20publica%202017%20\(1\).pdf](https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Ostomizado/MANUAL_OSTOMIZADOS_Consulta%20publica%202017%20(1).pdf)> Acesso em: 25 set de 2021.
12. FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.
13. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde.** São Paulo: Edusp; 2003.
14. SANTOS, V. L.C.G. Aspectos epidemiológicos dos estomas. **Revista Estima - Associação Brasileira de Estomaterapia**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 31-38, 2007;
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on disability 2012.** World Health Organization, 2012.

- 16.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 24 set de 2021.
- 17.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012.** Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841\\_02\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html). Acesso em: 24 set de 2021.
- 18.\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília, 2012a. v.1. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf). Acesso em 04 de out de 2021.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – AVALIAÇÃO FUNCIONAL

A escala de Medida de Independência Funcional (MIF) foi validada para o português em 2001, com a publicação do artigo Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. A avaliação funcional é realizada para que se possam avaliar os cuidados pessoais e o desempenho do indivíduo nas atividades da vida diária. Esta avaliação direciona a equipe de saúde a programar os objetivos a serem alcançados para sua independência ou treino familiar, observando e ressaltando sua capacidade preservada e as possibilidades de intervenção. (RIBERTO, et al, 2001; BRASIL, 2019)

A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade versus sua necessidade por assistência de outra pessoa, ou recurso de adaptação. Se a ajuda é necessária, a escala quantifica essa necessidade. Compõem duas (2) dimensões (motora e cognitiva) subdivididas em seis (06) categorias, no total de 18 itens. As categorias são autocuidado, controle do esfíncter, transferência e locomoção (dimensão motora), comunicação e cognitivo social (dimensão cognitiva). Nesse instrumento, o escore inclui sete (7) pontos representando o nível de completa independência e o um ponto representando a completa dependência. O escore total mínimo é de 18 e máximo de 126 pontos (BORGES, 2006).

A MIF total é dividida em 4 escores:

- 18 pontos: dependência completa (assistência total);
- 19-60 pontos: dependência modificada (assistência de até 50%);
- 61-103: dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa);
- 104-126: independência completa/modificada.

Pacientes que apresentem pontuação menor ou igual a 60 deverão ser encaminhados aos serviços de atenção especializada.

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL – LINHA DE CUIDADO EM REABILITAÇÃO  
FÍSICA**

**Identificação do paciente**

Nome:

Nome da mãe:

Data de nascimento:

Sexo:  M  F

Telefone:

**História clínica do paciente**

Condição de saúde atual:

Fatores biopsicossociais:

Fatores ambientais:

**Informações complementares**

**MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL – MIF**

NÍVEIS (utilizar a pontuação do nível para classificar cada item da escala abaixo)	SEM AJUDA	7 – Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 – Independência modificada (ajuda técnica)
	DEPENDÊNCIA MODIFICADA	5 – Supervisão 4 – Ajuda mínima (indivíduo $\geq$ 75%) 3 – Ajuda moderada (indivíduo $\geq$ 50%)
	DEPENDÊNCIA COMPLETA	2 – Ajuda máxima (indivíduo $\geq$ 25%) 1 – Ajuda total (indivíduo $\geq$ 0%)

**AUTOCUIDADO**

a - alimentação

b - higiene pessoal

c - banho (lavar o corpo)	
d - vestir metade superior	
e - vestir metade inferior	
f - utilização do vaso sanitário	
<b>CONTROLE DE ESFÍNCTERES</b>	
g - controle da urina	
h - controle das fezes	
<b>MOBILIDADE/TRANSFERÊNCIAS</b>	
i - leito, cadeira, cadeira de rodas	
j - vaso sanitário	
k - banheira, chuveiro	
<b>LOCOMOÇÃO</b>	
l - marcha / cadeira de rodas	
m - escadas	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	
n - compreensão (auditiva/visual)	
o - expressão (verbal/não verbal)	
<b>COGNIÇÃO SOCIAL</b>	
p - interação social	
q - resolução de problemas	
r - memória	
<b>TOTAL</b> _____	
18 pontos - dependência completa (assistência total);	
19-60 pontos - dependência modificada (assistência de até 50%);	

61-103- dependência modificada (assistência de até 26% da tarefa);

104-126- independência completa/modificada.

**Profissional de saúde que o realizou a avaliação** (assinatura e carimbo)

### ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO/APLICAÇÃO

- **Condição de saúde atual:** informar sobre sinais e sintomas físicos e mentais; informar sobre diagnósticos médicos e/ou de outros profissionais que o paciente já tiver;
- **Fatores biopsicossociais:** informar sobre estilos de vida, hábitos, educação, profissão, lazer, autonomia e dependência, renda, redes de apoio, relações interpessoais, etc.
- **Fatores ambientais:** informar sobre o ambiente físico (casa/bairro) e social (trabalho/lazer) no qual o paciente vive e conduz sua vida.
- **Informações complementares:** informar laudos e/ou anexar as imagens dos exames diagnósticos já realizados pelo paciente (ex: radiografia, tomografia computadorizada, eletroneuromiografia, etc); tratamentos que o paciente já houver realizado (ex.: tratamentos medicamentosos, de reabilitação, etc) e outras informações que julgarem necessárias;
- **Manual de aplicação da MIF:** pacientes que apresentem pontuação menor ou igual a 60 deverão ser encaminhados aos serviços de atenção especializada

[https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/146659/mod\\_resource/content/1/Manual%20MIF2.pdf](https://aprender.ead.unb.br/pluginfile.php/146659/mod_resource/content/1/Manual%20MIF2.pdf).