



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **REABILITAÇÃO**

SÉRIE ESPECIALIDADES | REABILITAÇÃO



SAÚDE



PROTOCOLO DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL **REABILITAÇÃO**

SÉRIE ESPECIALIDADES | REABILITAÇÃO

ATUALIZADO EM OUTUBRO DE 2023

Rio de Janeiro/RJ



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro // Subsecretaria Geral

Rua Afonso Cavalcanti, 455, 7º andar, Cidade Nova, Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
<http://saude.prefeitura.rio/>

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

Subsecretária Geral

Fernanda Adães Britto

Coordenador Geral de Contratualização, Controle e Auditoria

Andre Luis Paes Ramos

Coordenador Geral do Complexo Regulador

David Tebaldi Marques

Coordenadora da Regulação Ambulatorial

Eliana Bittencourt da Silva

Coordenação Técnica

Fernanda Adães Britto

Lucas Galhardo de Araújo

Maria Aparecida Duarte Vidon Blanc

Colaboração

Beatriz Loureiro Werneck

Cláudia Pinto Porto — fonoaudióloga

Joyce Diaz Portuguese

Revisão Técnica e Final

Fernanda Adães Britto

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Supervisão Editorial

Aluisio Bispo

Capa

Aluisio Bispo

Projeto Gráfico e Diagramação

Sandra Araujo

Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria Geral

Protocolo de Regulação Ambulatorial — Reabilitação / Prefeitura do Município do Rio de Janeiro; coordenação Lucas Galhardo de Araújo, Maria Aparecida Duarte Vidon Blanc, Fernanda Adães Britto — Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023. -- (Série Especialidades)

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia

28 p.

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Ambulatórios 3. Saúde Pública — Rio de Janeiro (RJ)
5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Araújo, Lucas Galhardo de II. Blanca, Maria Aparecida Duarte Vidon III. Britto, Fernanda Adães de IV. Título V Série.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE REABILITAÇÃO	5
PROTOCOLO DE REGULAÇÃO	7
Reabilitação Intelectual.....	8
Reabilitação Auditiva.....	9
Reabilitação Visual	13
Reabilitação Ortopédica	14
Reabilitação Reumatológica.....	15
Reabilitação Neurológica	16
Reabilitação em Mastectomias	18
Reabilitação em Amputações	18
Consulta em Reabilitação — prescrição de órteses e próteses e materiais especiais	19
Consulta em Reabilitação — prescrição de cadeira de rodas.....	19
Fisioterapia Respiratória.....	19
Reabilitação Pós-Covid	19
Consulta em Pneumologia Doença Neuromuscular — orientações do uso de BIPAP	20
Avaliação do paciente ostomizado.....	20
SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO	21
COMO SOLICITAR REABILITAÇÃO NO SISREG.....	21
ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA	22
UNIDADES EXECUTANTES.....	22
SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL.....	26
REFERÊNCIAS	26
ANEXOS	27

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se organiza como serviço de primeiro contato do paciente com todo o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo cuidado integral e longitudinal das pessoas. A APS, quando organizada e estruturada, consegue atender cerca de 80% a 90% das demandas que lhe são trazidas pelas pessoas, demonstrando seu alto poder de resolutividade junto à população. Os demais 10% a 20% das demandas não inteiramente resolvidas na APS devem ser encaminhados para os diversos pontos da rede de Atenção Especializada (AE).

A Atenção Especializada figura como serviço para dar resolutividade aos demais problemas da população, geralmente casos mais complexos, ou que exijam alta densidade tecnológica ou técnica, ou, ainda, que demandem o uso de equipamentos especializados e intervenções que utilizem tecnologias duras, como cirurgias, quimioterapia, radioterapia e procedimentos endoscópicos e oftalmológicos, e os guiados por imagem.

Os centros de reabilitação configuram-se como unidades da Atenção Especializada que atendem pessoas com deficiência e doenças crônicas com agravos que estejam impactando nas atividades de vida diária e na funcionalidade ou que possam levar a alguma deficiência.

A APS realiza, também, a coordenação do cuidado, que inclui a organização do acesso às consultas especializadas e exames complementares, quando necessário, devendo, então, garantir que o usuário trace um itinerário terapêutico que corresponda às suas necessidades, no menor tempo possível e sem prejuízo ao mesmo e ao sistema, evitando o desperdício de vagas com um consumo desnecessário das mesmas.

Para atingir este objetivo, a regulação deve atuar na garantia de que os pacientes acessem as vagas quando suas situações clínicas estejam embasadas nas evidências mais atuais que justifiquem o seu uso, bem como os encaminhando no tempo adequado, respeitando sua prioridade clínica, e para um determinado prestador que atenda à demanda, de forma a corresponder ao que se pediu na solicitação.

Ao profissional solicitante cabe a tarefa de solicitar a consulta, exame ou cirurgia de forma correta, fazendo-as quando possui clareza técnica baseada em evidências para tal, realizando as solicitações em campo adequado e com justificativa detalhada. Assim, o presente protocolo visa subsidiar profissionais de saúde da

rede assistencial do município do Rio de Janeiro (MRJ) nas suas funções enquanto solicitantes, reguladores e executantes sobre o fluxo regulatório desta especialidade, buscando qualificar as solicitações, garantir transparência e segurança técnica para a regulação das vagas e facilitar a jornada do paciente. O presente protocolo deverá ser visto e atualizado permanentemente, buscando adequação e compatibilidade com a linha de cuidado da reabilitação na cidade.

CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE REABILITAÇÃO

O conceito de deficiência da Lei Brasileira de Inclusão do Ministério da Saúde publicada em 2015 define que:

“Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.”

Desta forma, afastar o olhar das características do corpo e da incapacidade que parece estar relacionada à deficiência deve ser a meta da sociedade, dos profissionais de saúde e da educação, voltando o olhar para a potencialidade, para facilitadores e processos efetivos de reabilitação que viabilizem autonomia, independência e participação em todos os espaços com igualdade de oportunidades, praticando um dos princípios básicos do SUS, a equidade.

A tecnologia assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social. Inclui a dispensação de aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI — aparelho auditivo), Sistema de Frequência Modulada (kit FM), Implante Coclear (IC), meios auxiliares de locomoção (MA — cadeiras de rodas e de banho, muletas canadenses, bengala de quatro apoios, bengala articulada, andador), bolsas de ostomia e adjuvantes, e próteses de membros.

Toda pessoa com algum tipo de deficiência (física, auditiva, visual, intelectual e múltiplas deficiências), que possa ter indicação de tecnologia assistiva, deve ser encaminhada para os programas de dispensação o mais cedo possível, de acordo com protocolo, podendo estar na reabilitação também, a fim de potencializar o processo de reabilitação e aumentar o ganho funcional com o equipamento.

Entende-se por “deficiência física” qualquer alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Decreto n.º 5.296/04, art. 5.º, §1.º, I, “a”, c/c Decreto n.º 3.298/99, art. 4.º, I).

- **Amputação:** perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
- **Paraplegia:** perda total das funções motoras dos membros inferiores.
- **Paraparesia:** perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
- **Monoplegia:** perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior).
- **Monoparesia:** perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior).
- **Tetraplegia:** perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
- **Tetraparesia:** perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
- **Triplegia:** perda total das funções motoras em três membros.
- **Tri paresia:** perda parcial das funções motoras em três membros.
- **Hemiplegia:** perda total das funções motoras do hemicorpo (direito ou esquerdo).
- **Hemiparesia:** perda parcial das funções motoras do hemicorpo (direito ou esquerdo).
- **Ostomia:** intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, óstio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).
- **Paralisia cerebral:** lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.
- **Nanismo:** deficiência acentuada no crescimento.

PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

As indicações clínicas foram separadas segundo o tipo de reabilitação principal ou predominante a ser realizada, seguindo a seguinte distribuição:

- 1.** Reabilitação intelectual;
- 2.** Reabilitação auditiva;
- 3.** Reabilitação visual;
- 4.** Reabilitação ortopédica;
- 5.** Reabilitação reumatológica;
- 6.** Reabilitação neurológica;
- 7.** Reabilitação em mastectomias;
- 8.** Reabilitação em amputações;
- 9.** Consulta em reabilitação — prescrição de órteses e próteses e materiais especiais;
- 10.** Consulta em reabilitação — prescrição de cadeira de rodas;
- 11.** Fisioterapia respiratória;
- 12.** Reabilitação pós-covid;
- 13.** Prescrição de Bpap;
- 14.** Avaliação do paciente ostomizado;
- 15.** Reabilitação fonoaudiológica — disfunção de ATM/queimados em face/prótese de traqueia.

É válido lembrar que um paciente pode possuir múltiplas deficiências e precise realizar mais de uma reabilitação. Neste caso, deve-se fazer separadamente o encaminhamento para cada uma das reabilitações necessárias. Os Centros de Reabilitação possuem distintos níveis, cada nível ofertando um número variado de reabilitações. Desta forma, orienta-se agendar o paciente em unidade que realize todas as reabilitações que ele necessitar. Para saber quais unidades realizam cada uma das reabilitações, consulte as unidades executantes ao final deste protocolo.

REABILITAÇÃO INTELECTUAL

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO INTELECTUAL E REABILITAÇÃO INTELECTUAL PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Confirmação de alteração nos marcos de desenvolvimento;
2. Atraso de linguagem vinculado aos outros sintomas de transtornos globais após diagnóstico concluído;
3. Transtornos globais de desenvolvimento após diagnóstico concluído;
4. Transtorno do Espectro Autista (TEA) após diagnóstico concluído.

ATENÇÃO!

Pacientes apresentam Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), dislexia, atraso na linguagem isolado e alterações de comportamento, sem suspeita de diagnóstico definitivo de deficiência intelectual ou TEA não são elegíveis para reabilitação intelectual.

Deficiência intelectual e Transtorno do Espectro Autista (TRA)

A deficiência intelectual resulta de uma variedade de fatores, que vão desde condições síndrômicas, resultado de lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito cognitivo, sensorial e/ou neurológico, dentre outros. Todo esse conjunto de situações tem como fator resultante comum disfunções cognitivas e de linguagem, resultando em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem. Deste modo, os serviços de reabilitação/habilitação para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro Autista (TSA) deverão garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem, sociabilidade e autonomia.

Pelo Decreto n.º 5.296/04, da Presidência da República, que regulamenta as leis n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000, e n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000, entende-se o autismo como uma atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer

e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, a comunicação, o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e a sociabilidade. Estas alterações devem estar presentes antes dos 18 anos, segundo o Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (MS) de setembro de 2020.

O conceito do Transtorno do Espectro Autista vem com definição ampliada no CID 11 — código 6A02, de janeiro de 2022, sendo “caracterizado por déficits persistentes na capacidade de iniciar e manter interação social recíproca e comunicação social, e por uma série de padrões de comportamento, interesses ou atividades restritos, repetitivos e inflexíveis que são claramente atípicos ou excessivos para o indivíduo, idade e contexto sociocultural. O início do transtorno ocorre durante o período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância, mas os sintomas podem não se manifestar totalmente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas. Os déficits são suficientemente graves para causar prejuízo no funcionamento pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento e, geralmente, são uma característica generalizada do funcionamento do indivíduo observável em todos os contextos, embora possam variar de acordo com os aspectos sociais, educacionais ou outros. Indivíduos ao longo do espectro exibem uma gama completa de funcionamento intelectual e habilidades de linguagem.”

A Síndrome de Rett recebe nova classificação, não estando mais dentro da definição do Transtorno do Espectro Autista, com novo CID 11 — LD90.4.

REABILITAÇÃO AUDITIVA

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO AUDITIVA.

Indicações clínicas:

1. Paciente com suspeita de déficit auditivo após otoscopia normal;
2. Paciente com diagnóstico confirmado de perda auditiva;
3. Recém-natos com teste e reteste da orelhinha alterados;
4. Recém-natos que após 30 dias de vida não tenham realizado o teste da orelhinha e tenham indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA).

INDICADORES DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA AUDITIVA (IRDA)

Congênitos e/ou perinatais:

- História familiar de surdez permanente na infância, de instalação precoce, progressiva ou tardia;

- UTI neonatal por mais de cinco dias;
- Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão, independentemente de tempo de permanência em UTI;
- Uso de aminoglicosídeos por mais de cinco dias;
- Asfixia ou encefalopatia hipóxico-isquêmica;
- Uso de oxigenação extracorpórea (ECMO);
- Infecções intraútero por toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalovírus, herpes (TORCH) ou Zika;
- Malformações craniofaciais;
- Microcefalia congênita;
- Hidrocefalia congênita ou adquirida;
- Anormalidades do osso temporal;
- Síndromes que cursam com surdez.

Perinatais ou tardias:

- Infecções que cursam com surdez, como meningites e encefalites bacterianas ou virais (especialmente vírus herpes e varicela);
- Trauma craniano (especialmente base de crânio e temporal);
- Quimioterapia;
- Suspeita familiar de surdez, alteração de fala ou linguagem e atraso ou regressão do desenvolvimento.

Deficiência Auditiva e Surdez

A surdez é a perda total da audição, e sua identificação precoce deve ser um dos principais objetivos após o nascimento, com a triagem auditiva neonatal realizada em tempo oportuno na maternidade, encaminhamento para reabilitação auditiva para identificação da perda, protetização com aparelhos de amplificação sonora individual (AASI), e avaliação de possibilidade de implante coclear. Na impossibilidade de uso de AASI ou implante, deve-se orientar sobre o aprendizado da Língua Brasileira de Sinais (Libras), tendo grande relevância a participação das famílias no aprendizado da língua de sinais, a fim de melhorar a comunicação intrafamiliar e propiciar a criação de vínculos afetivos que facilitam o processo de inclusão para a autonomia da pessoa surda.

Pacientes com suspeita ou confirmação de perda auditiva, recém-natos com teste e reteste da orelhinha alterados ou que tenham indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA), mas possuem Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) devem ser encaminhados para a reabilitação auditiva.

Os adultos ou crianças que apresentem dificuldades de comunicação decorrentes de deficiência auditiva são candidatos potenciais ao uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI). As indicações do uso de AASI seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica e fonoaudiológica, e definidas após avaliação da equipe especializada dos centros de reabilitação auditiva. A seguir listamos as classificações.

Classe I

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

Classe II

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

Classe III

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

Implante Coclear

A pessoa com deficiência auditiva deve ser agendada para reabilitação auditiva, que fará todos os exames para identificação da perda auditiva, teste com aparelho auditivo e elaboração de relatório confirmando a indicação de implante coclear.

A equipe da reabilitação auditiva deve disponibilizar os resultados dos exames para a família, que deve ser orientada a retornar à unidade de atenção primária de referência para que o regulador possa solicitar o implante coclear no Sistema Estadual de Regulação — SER (protocolo de solicitação disponível no Anexo 1), inserindo os resultados dos exames em anexo à solicitação. A unidade executante é o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCCF/UFRJ).

Processamento Auditivo Central (PAC)

Pacientes avaliados anteriormente na Reabilitação Auditiva com indicação de PAC deverão ser encaminhados novamente para Reabilitação Auditiva e devem ser agendados para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF).

Sistema de Frequência Modulada Pessoal

Este dispositivo é indicado para pessoas com deficiência auditiva em uso de aparelhos de amplificação sonora ou implante coclear, matriculados em qualquer nível acadêmico, para minimizar ou solucionar problemas de ruídos, reverberação (eco) e a distância entre a pessoa com deficiência e o interlocutor (p.ex.: aluno e professor).

A indicação deve ser feita pela equipe de reabilitação auditiva, mas a unidade de atenção primária deve sinalizar na justificativa da guia de referência que a pessoa com a deficiência é matriculada e poderia ser beneficiada por esta tecnologia.

A unidade executante de reabilitação auditiva que dispensa esta tecnologia é o Centro Educacional Nosso Mundo, com vagas no sistema de regulação.

REABILITAÇÃO VISUAL

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO VISUAL e REABILITAÇÃO VISUAL — PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Paciente com cegueira ou visão subnormal

Deficiência Visual

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

Para inserir em “Reabilitação Visual” ou “Reabilitação Visual — Pediatria” no SISREG, o paciente deve ter laudo médico da deficiência visual com resultados dos exames complementares e definição de cegueira ou baixa visão, com justificativa e encaminhamento para reabilitação visual. O tratamento é realizado por uma equipe de atendimento multiprofissional que avalia o impacto da deficiência visual sobre a vida social e no desenvolvimento dos indivíduos e elabora o projeto terapêutico singular, com o objetivo de fortalecer e desenvolver autonomia e habilidades para a realização das atividades de vida diária e de vida prática, promovendo inclusão biopsicossocial.

Crianças com alterações nos marcos do desenvolvimento relacionados à perda da visão devem ser encaminhadas para reabilitação e estimulação precoce o mais breve possível, para aproveitamento da visão residual e treinamento de habilidade para autonomia.

ATENÇÃO!

Não agendar pacientes instáveis clinicamente com incapacidades funcionais ou limitações que comprometam sua participação na reabilitação. Pacientes com condições neurológicas devem ser agendados na Reabilitação Neurológica.

Caso o paciente tenha deficiência múltipla, ele pode ser agendado na reabilitação indicada, e as unidades de reabilitação poderão fazer agendamentos internos nas

vagas de retorno nas outras modalidades de reabilitação necessárias, para complementar o processo de reabilitação integral.

REABILITAÇÃO ORTOPÉDICA

Adulto

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO ORTOPÉDICA.

Indicações clínicas:

1. Pré e pós-operatórios de cirurgias ortopédicas;
2. Após trauma há, no máximo, seis meses;
3. Após fratura, cujo paciente apresente sinais e sintomas associados, como dor, bloqueio articular, hipotrofia muscular e incapacidade funcional;
4. Após entorses, luxações e contusões musculares;
5. Após lesões ligamentares ocasionadas por trauma, apresentando-se com dor, bloqueio articular, hipotrofia muscular e incapacidade funcional;
6. Após lesões ligamentares ocasionadas por trauma.

Não agendar pacientes sem diagnóstico clínico recente, instáveis clinicamente, com quadro agudo sem exames diagnósticos ou que receberam alta de tratamento fisioterapêutico há menos de seis meses. O manejo do paciente com quadros leves a moderados pelas equipes da atenção primária e/ou com apoio do NASF-AB deve ser priorizado, antes de encaminhar para a reabilitação ortopédica.

Pediátrica

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO ORTOPÉDICA PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Crianças com malformações congênitas;
2. Crianças com luxação congênita;
3. Crianças com doença de Legg-Calvé-Perthes;
4. Após cirurgias de pé torto congênito;

5. Após cirurgias ortopédicas;
6. Em caso de deformidades osteomusculares;
7. Após fraturas;
8. Em casos de alterações posturais, cifose, lordose e escoliose;
9. Dismetria de membros inferiores.

Não agendar pacientes sem diagnóstico clínico recente, instáveis clinicamente ou com quadro agudo sem exames diagnósticos.

REABILITAÇÃO REUMATOLÓGICA

Adulto

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO REUMATOLÓGICA.

Indicações clínicas:

1. Artrite reumatoide ou artrite reumatoide juvenil diagnosticadas;
2. Espondilite anquilosante;
3. Lúpus eritematoso sistêmico;
4. Esclerodermia;
5. Síndrome de Sjögren;
6. Poliartrite nodosa;
7. Distrofia simpático reflexa;
8. Hérnia de disco comprovada por TC ou RNM;
9. Fibromialgia;
10. Tendinites e tenossinovites (LER/DORT);
11. Bursites.

Não agendar pacientes sem diagnóstico clínico recente ou instáveis clinicamente. O paciente deve apresentar laudo médico com o encaminhamento para reabilitação.

Pediátrica

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO REUMATOLÓGICA PEDIATRIA.

Indicações clínicas:

1. Febre reumática;
2. Artrite reumatoide juvenil;
3. Artrite viral ou séptica;
4. Sinovite transitória de quadril;
5. Hiper mobilidade articular;
6. Distrofia simpático-reflexa;

Não agendar pacientes sem diagnóstico clínico recente ou instáveis clinicamente. O paciente deve apresentar laudo médico com o encaminhamento para reabilitação.

REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA

Adulto

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA.

O paciente deve apresentar laudo médico com o encaminhamento para reabilitação.

Indicações clínicas:

1. Alterações sensório-motoras decorrentes de patologias neurológicas congênitas ou adquiridas;
2. AVC com até dois anos de evolução;
3. TCE com até dois anos de evolução;
4. Traumatismo raquimedular com até dois anos de evolução;
5. Doença de Parkinson;
6. Esclerose lateral amiotrófica;
7. Esclerose múltipla;
8. Demência ou Doença de Alzheimer;

9. Doenças neuromusculares (Duchenne e Becker);
10. Paralisia facial periférica;
11. Polineuropatias periféricas;
12. Lesão de nervo periférico;
13. Apresentação de disfunção motora com diagnóstico da lesão estabelecido há até um ano;
14. Agudização de quadro clínicos de doenças crônicas, com sinais flogísticos, que caracterizam a necessidade de assistência em média complexidade.

Não agendar pacientes com sequelas de eventos há mais de dois anos e que já tenham passado por tratamento em reabilitação com alta ou estejam em ótimo estado funcional, sem perspectiva de novo ganho funcional. Pacientes com sequelas há mais de dois anos e que nunca tenham passado por reabilitação podem ser agendados para avaliação e iniciarão o tratamento caso a equipe avalie que haverá ganho com o mesmo.

Pediátrica

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA PEDIATRIA.

O paciente deve apresentar laudo médico com o encaminhamento para reabilitação.

Indicações clínicas:

1. Crianças com alterações do desenvolvimento com disfunções neuromotoras (paralisia cerebral; paralisia obstétrica; e mielomeningocele);
2. Crianças com alterações do desenvolvimento com disfunções neuromotoras.

Para todos os pacientes é importante estarem em condições estáveis de saúde e possibilidade de manter adesão ao tratamento.

Não agendar pacientes com convulsões sem controle medicamentoso, instáveis clinicamente ou patologias sem diagnóstico com possibilidade de piora com a realização da reabilitação.

REABILITAÇÃO EM MASTECTOMIAS

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO EM MASTECTOMIAS.

Pacientes com mais de 45 dias da cirurgia, sem sinais inflamatórios cicatriciais ou deiscências devem ser agendados. É necessário apresentar o laudo médico com o encaminhamento para reabilitação.

Indicações clínicas:

1. Após mastectomia, quadrantectomia ou lumpectomia;
2. Pacientes que evoluíram com perda das funções em razão de patologia ou resultado do tratamento da mesma;
3. Pacientes que evoluíram com linfedema, aderência cicatricial, limitação dos movimentos, desordem escápulo-umeral, dor em ombro, intercostobraquialgia, mama fantasma ou alterações posturais.

Não devem ser agendados os pacientes em tratamento clínico oncológico, instáveis clinicamente ou não acompanhados pela atenção primária.

REABILITAÇÃO EM AMPUTAÇÕES

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO EM AMPUTAÇÕES.

Indicações clínicas:

1. A amputação ou agenesia de membro superior ou inferior é a condição para o encaminhamento para este tipo de reabilitação. O paciente necessita apresentar laudo médico com o encaminhamento para reabilitação. Neste atendimento são confeccionadas e fornecidas próteses de membros.

Não agendar pacientes com ferida aberta em coto de amputação ou membro contralateral, instáveis clinicamente ou não acompanhados pela atenção primária. O paciente deve apresentar laudo médico com o encaminhamento para reabilitação.

CONSULTA EM REABILITAÇÃO — PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REABILITAÇÃO — PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com necessidade de uso de calçados, órteses e meios auxiliares de locomoção, como muleta canadense, andador (adulto e infantil), excluindo-se cadeira de rodas manual, motorizada e higiênica. Não há dispensação de palmilha de EVA. Para dispensação de próteses, encaminhar para "Consulta em Reabilitação — Amputações".

CONSULTA EM REABILITAÇÃO — PRESCRIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM REABILITAÇÃO — PRESCRIÇÃO DE CADEIRA DE RODAS.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com necessidade de uso de cadeira de rodas, seja motorizada, higiênica ou de banho.

Observação: Se o paciente for amputado, inserir também em "Reabilitação em Amputações".

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

Adulto e pediátrica

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA.

Indicações clínicas:

1. Pacientes adultos/crianças com patologias pulmonares, como DPOC, asma, sarcoidose, mucoviscidose, broncodisplasia e sequelas de tuberculose, derrame pleural, pneumonia tratada ou atelectasia. Não se destina a pacientes dependentes de oxigênio, sem tratamento clínico ou não acompanhados pela atenção primária.

REABILITAÇÃO PÓS-COVID

► **Nomenclatura no SISREG:** REABILITAÇÃO PÓS-COVID.

Indicações clínicas:

1. Todos os pacientes com sintomas pós-covid relacionados à função cardiorrespiratória, cognição ou outros, fora do período do contato e que tenha condição clínica de realizar a reabilitação.

CONSULTA EM PNEUMOLOGIA DOENÇA NEUROMUSCULAR — ORIENTAÇÕES DO USO DE BIPAP

► **Nomenclatura no SISREG:** CONSULTA EM PNEUMOLOGIA DOENÇA NEUROMUSCULAR — ORIENTAÇÕES DO USO DE BIPAP.

Indicações clínicas:

1. Pacientes com doença neuromuscular com indicação do uso de BIPAP. Durante o atendimento, caso corretamente indicado, ocorrerá a dispensação dispositivo. Não há dispensação para os casos de apneia obstrutiva do sono.

Observação: Não há dispensação de CPAP.

AValiação DO PACIENTE OSTOMIZADO

► **Nomenclatura no SISREG:** AVALIAÇÃO DO PACIENTE OSTOMIZADO.

Indicações clínicas:

1. Todo paciente em uso de ostomia de eliminação. Neste caso, será acompanhado, avaliado e receberá as bolsas de ostomia e adjuvantes. A coordenação do cuidado continua sob a responsabilidade da equipe de atenção primária em saúde, que deve acompanhar pacientes com ostomias temporárias, para agendamento da cirurgia de reconstrução de trânsito. Inserir em "Avaliação do Paciente Ostomizado". Caso o paciente necessite de reconstrução de trânsito intestinal, inserir em "Consulta em Coloproctologia — Reconstrução de Trânsito", e a equipe da APS que acompanha o paciente deve ficar atenta ao tempo de demora para a realização da cirurgia, para garantia da qualidade de vida do paciente.

IMPORTANTE!

Não são dispensados insumos para nefrostomia e cânula de traqueostomia.

SITUAÇÕES CLÍNICAS QUE NÃO NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

Conferir as condições que não devem ser encaminhadas ao final do conteúdo de cada uma das reabilitações abordadas anteriormente neste protocolo.

COMO SOLICITAR REABILITAÇÃO NO SISREG

Ao solicitante, sugere-se descrever, para melhor compreensão da situação clínica do paciente e das razões pelas quais o mesmo necessita de consulta especializada, exame e/ou procedimento, as seguintes informações::

- Condições clínicas apresentadas e suas complicações;
- Eventual lista de problemas, sejam condições clínicas ou não;
- Dado do exame físico;
- Hipóteses diagnósticas ou diagnóstico concluído;
- Resultado de escores realizados e relevantes para o caso, como o mini exame do estado mental, Snellen, entre outros;
- Se o usuário possui rede de apoio, quando necessária, e quem são as pessoas que a integram;
- Medicamentos em uso e sua posologia;
- Tratamentos prévios e suas repercussões;
- Resultados dos exames realizados, com data;
- Exames solicitados e que aguardam realização;
- Expectativas ou respostas que o médico da APS espera da atenção especializada.

ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Não há.

UNIDADES EXECUTANTES

Como forma de facilitar o processo regulatório, nas páginas a seguir estão listados os procedimentos e as unidades executantes que os ofertam. Atentar para o preparo do paciente para cada tipo de reabilitação, que pode variar entre as unidades executantes. As informações do preparo por procedimento e unidade executante estão no portal **minhasaude.rio**.

AVALIAÇÃO PACIENTE OSTOMIZADO

- CMR Oscar Clark
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)

CONSULTA PARA PRESCRIÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)

REABILITAÇÃO PÓS-COVID

- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem

REABILITAÇÃO — PRESCRIÇÃO DE MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)

REABILITAÇÃO AUDITIVA

- Centro Educacional Nosso Mundo (CENOM)

- CMR Oscar Clark
- CMS Belizário Penna
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem
- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ)

REABILITAÇÃO EM AMPUTAÇÕES

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)
- CMR Oscar Clark
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)

REABILITAÇÃO EM MASTECTOMIAS

- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark

REABILITAÇÃO INTELECTUAL

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)
- Ação Cristã Vicente Moretti
- Centro Educacional Nosso Mundo (CENOM)
- Centro Fonoaudiológico Educacional Araujo Cid
- CMR Oscar Clark

REABILITAÇÃO INTELECTUAL — PEDIATRIA

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)
- Ação Cristã Vicente Moretti
- Centro Educacional Nosso Mundo (CENOM)
- Centro Fonoaudiológico Educacional Araujo Cid
- Fundação Amelia Dias de Assistência ao M A P N Especiais (FAMAD)
- CMR Oscar Clark
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem

REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)
- Ação Cristã Vicente Moretti
- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ)

REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA — PEDIATRIA

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)
- Ação Cristã Vicente Moretti
- Centro Internacional SARAH de Neuroreabilitação e Neurociências
- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- CMS Maria Cristina Roma Paugarten
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem

REABILITAÇÃO ORTOPÉDICA

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)
- Ação Cristã Vicente Moretti
- Centro Fonoaudiológico Educacional Araujo Cid
- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- Policlínica Lincoln de Freitas Filho
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem

REABILITAÇÃO ORTOPÉDICA — PEDIATRIA

- CMR Oscar Clark

- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem

REABILITAÇÃO REUMATOLÓGICA

- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)
- CMR Engenho de Dentro
- CMR Oscar Clark
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem

REABILITAÇÃO REUMATOLÓGICA — PEDIATRIA

- CMR Oscar Clark
- Policlínica Manoel Guilherme (PAM Bangu)
- Policlínica Newton Bethlem

REABILITAÇÃO VISUAL — ADULTO E PEDIATRIA

- CMR Oscar Clark

Em caso de dúvidas ou para casos muito particulares, o profissional solicitante deve acionar o RT médico da unidade, NIR da CAP, RT médico da CAP ou a Central de Regulação Ambulatorial, para definição da conduta mais adequada. Sugere-se, também, que acione o Telessaúde vinculado ao Ministério da Saúde, caso necessário, pelo telefone 0800-644-6543 (das 8h às 17h30) — linha de atendimento para acesso em todo o Brasil.

SAIBA MAIS SOBRE REGULAÇÃO AMBULATORIAL



No site **minhasaude.rio**, você pode consultar o “Manual de Regulação Ambulatorial — Diretrizes para Coordenação do Cuidado” e os critérios de acesso aos prestadores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto n.º 5.296/2004** — Regulamenta as Leis n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

BRASIL. MS. **Portaria n.º 400, de 16 de novembro de 2009**, que estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada**. 2013.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. 2013.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral**. 2013.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down**. 2103.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. 2013.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico**. 2013.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral**. 2013.

BRASIL. MS. **Diretrizes de Atenção na Triagem Auditiva Neonatal**. 2013.

BRASIL. MS. **Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Estomia**. 2021.

BRASIL. MS. **Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual**. 2020.

BRASIL. **Lei Brasileira de Inclusão n.º 13.156, de 6 de julho de 2015**, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica SMS/RJ n.º 01/2018** — Dispensação de Tecnologia Assistiva pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para pessoas com deficiência.

ANEXOS

ANEXO 1. PROTOCOLO SER PARA IMPLANTE COCLEAR.

Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/atencao-especializada-controle-e-avaliacao/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia>

1. Confirmação ou suspeita de perda auditiva (adulto e infantil).
2. Recém-nascidos com alteração no teste da orelhinha devem ter a garantia do reteste, de preferência na mesma unidade que realizou o teste; se reteste continuar alterado, agendar na reabilitação auditiva sem necessidade de especificar nenhum exame — classificação de prioridade vermelho.
3. Recém-nascido com Índice de Risco para Deficiência Auditiva.
 - 3.1. Preocupações dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem;

- 3.2.** Antecedentes familiares de surdez permanente, com início desde a infância, sendo, assim, considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos neste item;
 - 3.3.** Permanências na UTI por mais de cinco dias, ou ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independentemente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas, como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas;
 - 3.4.** Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV);
 - 3.5.** Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal;
 - 3.6.** Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras);
 - 3.7.** Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth);
 - 3.8.** Infecções bacterianas ou virais pós-natais, como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela, meningite e Zika;
 - 3.9.** Traumatismos craniano;
 - 3.10.** Quimioterapias.
- 4.** Crianças com atraso ou alteração de desenvolvimento (atraso de linguagem) — para diagnóstico diferencial, excluindo possibilidade do atraso estar vinculado à perda auditiva.

