



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

Habilitação das Unidades de Reabilitação da Deficiência Mental e Autismo .

Sumário:

1. Elaboração, Distribuição e Informações
2. O SUS e a Inclusão da Pessoa com Deficiências

3. Regulação do acesso aos Serviços de Reabilitação da Deficiência Mental e Autismo

4. Lista de Documentos para habilitação das unidades

5. Disposições gerais

6 Bibliografia

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL:

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - DAHA

Programa de Assistência Complementar - PAC

Av. Borges de Medeiros, 1.501 - 4º andar Ala SUL

CEP 90110-150 Porto Alegre - RS

Tels. : 51- 32885934/35

FAX: 51 - 32286810

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

Secretário Estadual da Saúde

Dr. Osmar Gasparinni Terra

Diretoria do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial -
DAHA

Aglaé Regina da Silva

Chefe do Programa de Assistência Complementar - PAC

Scheila Ernestina Lima

Responsável técnica pela área de Deficiência Mental e Autismo

Patrícia de Oliveira Goss

O SUS e a Inclusão da Pessoa com Deficiências

O SUS - Sistema Único de Saúde do Brasil é exemplo para o mundo por ser o maior sistema público de saúde em atividade, com cobertura universal no país.

Para o usuário com deficiências o acesso a ações e serviços de saúde é importante para alcançar a sua inclusão, frente a dimensão de suas diferenças.

A INCLUSÃO, entendida a capacidade da sociedade de acolher todo e qualquer tipo de cidadão prevê o indispensável tratamento diferenciado aos diferentes em todas as áreas de atuação humana, seja na estrutura de formação, de trabalho, de expressão, de convívio e de ATENÇÃO A SAÚDE. Assim, o Roteiro para Habilitação das Unidades de Reabilitação da Deficiência Mental, Autismo e fluxos para regulação do acesso à rede, significa facilitar a inclusão e a possibilidade de reabilitação para vida, através da disponibilização de serviços de atenção a saúde.

Este trabalho é uma produção intelectual prática dos agentes do SUS, que cumpre as exigências legais pelas portarias, as gerências pela necessidade de regulação, as filosóficas pelos princípios do sistema único e as ideológicas pelos efeitos da credibilidade em ações humanizadoras e coletivas.

Regulação do acesso aos Serviços de Reabilitação da Deficiência Mental e Autismo:

Objetivo Geral: Organizar e regulamentar os serviços ambulatoriais de reabilitação da deficiência mental e autismo, estabelecendo fluxos para viabilizar o acesso dos usuários do SUS/RS.

Fundamentação Legal: Portaria GM/MS nº1635/2002 e Portaria MS/SAS nº 303/1992.(Anexos)

Definição da Clientela: Pacientes com **Deficiência Mental** caracteriza-se quando o funcionamento intelectual é significativamente inferior à média com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

Autismo, integra o elenco dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, caracteriza-se por um transtorno definido por alterações presentes antes dos três anos de idade e que se caracteriza por alterações qualitativas na comunicação, na interação social e no uso da imaginação.

Conceitos:

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

Assistência ou Atendimento em Reabilitação: Terapia realizada para reabilitar os pacientes no desenvolvimento de sua capacidade funcional dentro de suas limitações. **Programa de Reabilitação:** O atendimento em caráter individual e intransferível, resultado das avaliações, e da capacidade adaptativa do paciente. É caracterizado pelo conjunto de ações, por especialidade, com objetivos qualitativos e quantitativos organizados por metas e atividades a serem alcançadas,. Sendo que, o reingresso ou continuidade do referido programa, fica condicionado a emissão de novo Laudo da APAC, com as devidas justificativas, bem como, novos pacientes plausíveis para ingresso para tratamento de reabilitação(lista de espera),segundo critérios pré- estabelecidos, e a possibilidade de alta para usuários em tratamento de reabilitação por um período superior à um (1) ano.

Avaliação Funcional: Avaliar a capacidade do indivíduo em manter as habilidades motoras, mentais e sensoriais para uma vida independente e autônoma.

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

Condições Funcionais: Situação encontrada após a avaliação funcional.

Capacidade Adaptativa: Capacidade de se adequar a uma nova situação.

Abordagem Multiprofissional e Interdisciplinar: Assistência prestada por equipe constituída por profissionais de especialidades diferentes, que desenvolve processo terapêutico centrado em objetivos hierarquizados, de acordo com as incapacidades apresentadas pelo paciente.

Ações Básicas de Reabilitação: Ações que visam minimizar as limitações e desenvolver habilidades, ou incrementá-las, compreendendo avaliações, orientações e demais intervenções terapêuticas necessárias, tais como: prevenção de agravos, estimulação quanto aos distúrbios da comunicação, etc.

Competências e Atribuições do Serviço:

- Serviço de Reabilitação de Deficiência Mental e Autismo: Unidade ambulatorial, cadastrada no Sistema SIA-SUS e contratualizada pelo Gestor, para o atendimento de pacientes com deficiência mental e autismo, encaminhados por outros serviços de saúde, articulado com as equipes do PSF, PIM, bem como Rede Ambulatorial referenciada. Os pacientes são encaminhados mediante laudo preenchido por profissionais de saúde da área de reabilitação (médico, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo ou assistente social).

Deverá funcionar em dois turnos de quatro horas/dia. Acolhe aos usuários referenciados pelos serviços da rede básica, equipes de PSF e/ou profissionais vinculados as Redes Ambulatoriais e Hospitalares que integram o SUS. Oferece programa de reabilitação individual através de: equipe multidisciplinar, instalações físicas, equipamentos, materiais e recursos terapêuticos.

Atribuições:

Atendimento individual (consulta médica por especialidade, consulta não médica por especialidade (terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social) e procedimentos terapêuticos de reabilitação.

Atendimento em grupo (atividades educativas em saúde, grupo de orientação, modalidades terapêuticas de reabilitação e atividades de vida diária);

Estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor;

Preparação para alta, convívio familiar e social;

Orientação técnica para as equipes do programa da saúde da família (PSF);

Participar de campanhas de prevenção de deficiências ou qualquer campanha Nacional ou Estadual direcionada a promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência;

Consolidar os dados dos usuários e subsidiar a elaboração de planos de saúde Estadual e/ou municipal, visando melhorar o perfil epidemiológico da área de abrangência.

Informar ao Gestor Estadual ou municipal sempre que houver dificuldades de fluxo ou atendimento.

Consolidar os dados dos usuários trimestralmente e envio ao Gestor Municipal e Estadual, para fins de controle e avaliação.

Articular com a rede básica ambulatorial ou com as equipes de PSF, sempre que necessário o acompanhamento do usuário em tratamento ou em alta, atendendo sempre que solicitado quanto às orientações técnicas aos demais serviços que compõem a rede SUS/RS.

Avaliação de equipe multidisciplinar em caráter interdisciplinar.

Elaborar e executar programa de reabilitação individual e diferenciado para cada área (Deficiência Mental e Autismo) contemplando os recursos terapêuticos.

Recursos Terapêuticos:

atendimento individual (45 minutos)

atendimento em grupo (45 minutos)

atendimento familiar com visita domiciliar, através das equipes de PSF.

atividades comunitárias (orientação à escola e outras estruturas sociais, etc)

Equipe Multidisciplinar: O Serviço de Reabilitação de Deficiência Mental e Autismo deve contar com um responsável técnico de nível superior, devidamente habilitado, que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado no Sistema Único de Saúde, devendo residir no mesmo município onde está instalado o serviço ou cidade circunvizinha. Poderá, entretanto, atuar como profissional em outro serviço

credenciado pelo SUS, desde que instalado no mesmo município ou cidade circunvizinha.

A equipe deverá ser composta de:

- a) Médico (Neurologista e/ ou pediatra e / ou Psiquiatra)
- b) Fisioterapeuta
- c) Terapeuta Ocupacional
- d) Fonoaudiólogo
- e) Psicólogo
- f) Assistente Social

Com essa equipe mínima o serviço contratado pelo SUS/RS é de 60% da capacidade da instituição, devendo garantir o atendimento integral aos pacientes (diagnóstico, tratamento clínico e reabilitação).

As equipes técnicas de atendimento devem oferecer quando do encaminhamento dos pacientes às equipes de Saúde da Família - PSF, como também às Equipes da Primeira Infância Melhor - PIM, orientações técnicas sobre a continuidade do processo de reabilitação, visando qualificar a assistência ao paciente com deficiência mental e autismo, tornando-se sua referência especializada.

Instalações Físicas: As instalações físicas do Serviço deverão estar em conformidade com as normas de acessibilidade para as pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos (NBR, 9050:1994).

a) Acessibilidade (Normas ABNT)

Sala para consulta médica;

Sala para avaliação e atendimento individual;

Sala para atendimento em grupo;

Sanitários independentes;

Piso e paredes de material claro, resistente, impermeável e lavável;

Áreas de apoio isoladas da área de assistência:

- . recepção e sala de espera de acompanhantes
- . área para arquivo médico e registro de pacientes
- . depósito de material de limpeza
- . área para guardar materiais/equipamentos

Materiais e Equipamentos: O Serviço de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo deverá dispor, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

Colchonetes de espuma (1,90x0, 89x0, 05) em quantidade suficiente;

Espelho com rodízio;

Andador infantil e Adulto com rodízios;

Espelho fixo 1,30 x 1,50;
Tábua de equilíbrio retangular;
Mesa com quatro cadeiras (infantil);
Mesa com quatro cadeiras (adulto);
Rolo Bobath de 20 cm;
Rolo tipo feijão 40cm;
Bola Bobath (tamanho médio e grande);
Materiais e Jogos pedagógicos;
Brinquedos pedagógicos;
Escada de canto com rampa e corrimão;
Escada com 2 degraus com corrimão;
Cadeira de rodas adulto e infantil;
Aparelho de pressão arterial infantil e adulto;
Barra paralela dupla;
Material para atividades de coordenação de Membros Superiores
Goniômetro
Testes psicológicos;
Brinquedos para ludoterapia e materiais para terapia fonoaudiológica;
Livros infantil e adulto;
Aparelho de som;
Mesa ortostática;
Otoscópio;
Estetoscópio
Espátulas
Luvas
Termômetros
Nebulizadores
Kit pequenos socorros
Balanças
Martelo para exame neurológico;
Fita métrica
Maca.

Critérios de Credenciamento/Habilitação: No caso da não existência de unidades públicas, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) poderá designar instituições da rede complementar (instituições universitárias filantrópicas e instituições filantrópicas), desde que as mesmas apresentem as condições definidas nesta norma.

Autismo, para os quais os usuários serão referenciados, a fim de realizarem o atendimento mais perto de sua residência. As unidades contratualizadas.

- * Critério de composição da rede: considerar unidades já credenciadas;
- ** Critério de composição da rede: considerar necessidade de cobertura, configuração geográfica.
- *** Critério de composição da rede: a distância entre as unidades operantes não deverá ser menor que 80 Km.
- **** Critério de composição de rede: municípios com maior abrangência. Priorizar os municípios sede.
- **** Os critérios podem ser alterados pelo Gestor Regional e Colegiado da Bipartite Estadual.

Lista de Documentos para Credenciamento/Habilitação:

ROTEIRO DE CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE REFERÊNCIA

(pessoa jurídica)

Documentos necessários á formalização do contrato

1. Solicitação de contratação:

1.1 - Junto à Coordenadoria Regional de Saúde

2. Descrição dos recursos físicos, materiais e humanos do serviço a ser contratado:

2.1 - planta baixa detalhada;

2.2 - equipamentos: enumerar e especificar

2.3 - relação nominal dos profissionais que compõem a equipe técnica com as respectivas cargas horárias, anexando:

2.3.1 - cópias dos diplomas e títulos de especialidade (todos os recursos humanos)

2.3.2 - cópia do CIC dos profissionais; cópia dos contratos dos profissionais;

2.3.3 - cópia dos registros profissionais nos respectivos Conselhos;

2.3.4 - declaração assinada de carga horária dos mesmos.

3. Capacidade máxima de entendimento (total e quantitativo à disposição do SUS, bem como horários)

4. Cópia do CGC;

5. Relação dos exames e serviços a serem realizados conforme (TABELA SUS) anexa;

6. Cópia do "alvará de localização" (fornecido pela Prefeitura Municipal);

7. Cópia do "alvará de funcionamento" (saúde), segundo legislação vigente (fornecido pela DVS);
8. Documento que comprove a situação jurídica do serviço (contrato social);
9. Certidões negativas de débito com as:
 - 9.1 - Fazenda Federal, Estadual;
 - 9.2 - Municipal;
 - 9.3 - Certificado de Regularidade do FGTS (expedido pela Caixa Econômica Federal);cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde(CNES)
 - 9.4 - INSS (no caso de estar isento qualquer um deles, ou sendo serviço novo, justificar o motivo com aval do órgão competente).
 - 9.5 -Registro do Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
10. Parecer do Conselho Municipal (CMS) com anexação da ata que trata o assunto ou, na existência de CMS, justificativa do (a) Prefeito (a) Municipal.
11. Vistoria do serviço a ser contratado, seguindo roteiro específico de vistoria:
 - 11.1 - Realizada pela SES em conjunto com Gestor do Município sede.
12. Declaração do (a) Prefeito (a) Municipal de que se trata do único serviço do município ou informação de que há outros (quantos?, SUS e particulares), para instruir inexigibilidade de licitação ou processo licitatório, conforme o caso.Registro no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Financiamento: A Portaria GM/MS nº1635/2002 estabelece os procedimentos do código 38.081.01-6 - Consiste no conjunto de atividades individuais de estimulação sensorial e psicomotora, realizada por equipe multiprofissional, visando a reeducação das funções cognitivas e sensoriais. Inclui avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa com deficiência mental e/ou autismo (máximo 20 procedimentos/paciente/mês). Ao valor de R\$ 14,00 (quatorze reais). Serão cobrados através de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo - APAC, financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégica e Compensação - FAEC. Faz parte da regulamentação dos formulários/instrumentos no Sistema APAC/SIA:

- Laudo para emissão de APAC de Estimulação Neurosensorial (ANEXO I). Este documento justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no

órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.

- APAC - Formulário (ANEXO II): Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/ custo. Deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento. O SUS/RS incluiu consultas neurológicas para fins de elucidação diagnóstica de deficiência mental e autismo.

- Controle de Frequência Individual (ANEXO III): Documento destinado a comprovar, por meio de assinatura do paciente ou seu responsável, a realização do procedimento. Será preenchido em uma via e encaminhado obrigatoriamente pela unidade, no final de cada mês, ao órgão da Secretaria de Saúde responsável pela revisão técnica.

Programação Físico-orçamentária: O Serviço de Reabilitação de Deficiência Mental e Autismo será contratado para atender até 60% da capacidade instalada, sendo que, para cada paciente em tratamento de reabilitação será disponibilizada até 20 procedimentos/ mês. Será utilizado o Controle de Frequência Individual da Deficiência Mental e Autismo.

Fluxograma:

Para acesso do usuário:

Os serviços da Rede de Atenção Básica, equipes do Programa da Saúde da Família (PSF), Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e Rede Hospitalar, a partir da identificação, de profissional de saúde de nível superior da rede SUS/RS, da necessidade da avaliação de deficiência mental e autismo, procederão o encaminhamento a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do paciente, a qual irá efetuar a inscrição e enviá-la à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) a que pertence. Após, o Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - programa de Assistência Complementar (DAHA-PAC) irá regular os atendimentos.

<p>Inscrição junto à S.M.S do município ;</p>	<p>Para inscrição será necessário : Laudo Médico de profissional do SUS que descreva a patologia; Cópia RG e/ou CPF do paciente ou responsável ; Cópia comprovante de residência ; Cartão do SUS .</p>
<p>Após a inscrição,a S.M.S deverá encaminhá-la para a CRS correspondente que enviará para o nível central (DAHA-PAC). O PAC providencia o agendamento na entidade concessora credenciada junto ao SUS/RS de referência do paciente.</p>	

I. Dispositivos Gerais:

A Secretaria de Estado da Saúde deverá encaminhar o processo de habilitação da unidade, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a partir da data de recebimento do mesmo, à Coordenação da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE/SAS/MS, para habilitação, a ser publicada em Portaria da SAS/MS; A aprovação do credenciamento do Serviço estará vinculada ao parecer técnico da Coordenação da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência e a vistoria in loco no prazo de 90(noventa) dias após a data do protocolo de entrada

do processo no Ministério da Saúde, que será realizada por representantes do Ministério da Saúde e representantes do gestor estadual e municipal;

As Sociedades Científicas são os órgãos civis de apoio técnico na execução dessas ações, quando solicitadas pela Coordenação da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência/DAPE/SAS/MS;

Caso a avaliação do credenciamento seja favorável, a Secretaria de Atenção à Saúde/MS tomará as providências para a publicação da habilitação;

A suspensão da habilitação dos Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Mental e Autismo, se dará pelo não cumprimento do contido nesta Portaria.

Caberá à SES/RS, promover a criação de instrumentos de Controle, Avaliação e Regulação para fins de informação sobre os procedimentos realizados.

Os profissionais cadastrados nas unidades deverão ter contrato de trabalho na instituição, e os atendimentos deverão ocorrer nos estabelecimentos.

Os serviços localizados nos municípios em Gestão Plena da Saúde, deverão reportar-se à Secretaria Municipal de Saúde quanto ao envio do laudo e das APACs Magnéticas.

Os serviços localizados nos municípios que não estejam em Gestão Plena da Saúde, deverão reportar-se às Coordenadorias Regionais de Saúde - CRSs a que pertencem, para a autorização do Laudo , das APACs Magnéticas e regulação do atendimento que se fará em contato com a SES.

Cada usuário deverá ter um Programa de Atendimento Individual, anexado ao prontuário, com reavaliação trimestral.(período de tratamento).

O programa de atendimento individual deverá ser encaminhado em anexo ao laudo para a emissão de APAC.

Os usuários terão seu acesso às unidades, condicionado ao encaminhamento por serviço de saúde, não admitida a própria unidade como porta de entrada.

O estabelecimento deverá obedecer aos protocolos estabelecidos pelo SUS.

Anexos:

ANEXO I

ROTEIRO PARA INSPEÇÃO E ANÁLISE TÉCNICA PARA CREDENCIAMENTOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL E TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO

(deve ser preenchido e assinado pelo Gestor)

(esse formulário não deve ser modificado e/ou substituído)

NOME _____ DA _____ UNIDADE: _____

RAZÃO _____ SOCIAL: _____

CNPJ: _____ Nº _____

CNES _____

TIPO DE PRESTADOR / NATUREZA:

Federal Estadual Municipal Filantrópico Privado

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

ESTADO: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____

FAX: _____

E-mail: _____

RESPONSÁVEL _____ TÉCNICO: _____

TIPO DE ASSISTÊNCIA:

Ambulatorial Hospitalar _____

Projeto Terapêutico

Tem projeto terapêutico institucional específico para atendimento integral em saúde das pessoas com Deficiência Mental por faixa etária?

Sim Não

Tem projeto terapêutico institucional específico para atendimento integral em saúde das pessoas com Transtorno Global do Desenvolvimento por faixa etária?

Sim Não

Tem prontuário único com o registro das informações e dos atendimentos realizados pelos diferentes profissionais?

Sim Não

Tem Projeto Terapêutico Individual expresso em prontuário?

Sim Não

2. Recursos Humanos

O Serviço consta com um responsável técnico, com nível superior, devidamente habilitado. Sim Não

Nome:

Nº	Registro	Profissional:
----	----------	---------------

CIC/RG:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

CARGA HORÁRIA:

NEUROLOGISTA:

NOME:

CRM:

CI/RG:

CPF:

CARGA HORÁRIA:

PEDIATRA:

NOME:

CRM:

CI/RG:

CPF:

CARGA HORÁRIA:

PSIQUIATRA:

NOME:

CRM:

CI/RG:

CPF:

CARGA HORÁRIA:
FISIOTERAPEUTA:
NOME:
CREFITO:
CI/RG:
CPF:
CARGA HORÁRIA:
TERAPEUTA OCUPACIONAL:
NOME:
CREFITO:
CI/RG:
CPF:
CARGA HORÁRIA:
FONOAUDIOLOGO:
NOME:
CRFa:
CI/RG:
CPF:
CARGA HORÁRIA:
ASSISTENTE SOCIAL:
NOME:
CRESS:
CI/RG:
CPF:
CARGA HORÁRIA:
PSICOLOGO:
NOME:
CRP:
CI/RG:
CPF:
CARGA HORÁRIA:
PEDAGOGO:
NOME:
REGISTRO NO CONSELHO:
CI/RG:
CPF:
CARGA HORÁRIA:
OUTROS:
NOME:
REGISTRO NO CONSELHO:
CI/RG:

CPF:

CARGA HORÁRIA

2) ÁREA FÍSICA:

acesso geral por rampa e/ou elevador c/ medidas compatíveis para giro de cadeira de rodas, piso antiderrapante, corrimão em corredores, escadas e rampas, largura de corredores e portas, banheiro adaptado e demais normas definidas na ABNT 1990

sim não

salas para avaliação e atendimento individual

sim não

sala p/ desenvolvimento de atividades de cinesioterapia c/ recursos p/ treinamento de AVD e treino de marcha

sim não

sala p/ atendimento de grupos terapêuticos e orientação familiar

sim não

sala para oficinas terapêuticas e/ou outras oficinas

sim não

sanitários independentes e adaptados ao uso do PPD

sim não

piso e paredes de material claro, resistente, impermeável e lavável

sim não

áreas de apoio isoladas da área assistencial

sim não

recepção e sala de espera de acompanhantes

sim não

depósito de material de limpeza

sim não

área para guarda de materiais / equipamentos

sim não

área para arquivo e prontuários de pacientes

sim não

área externa para atividades recreativas

sim não

Cozinha

sim não

Refeitório

sim não

3) EQUIPAMENTOS:

Deverão dispor dos seguintes equipamentos:	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Escada de ferro com 2 graus	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Colchonetes de espuma medindo 1,90 x 0,89 x 0,05 em quantidade suficiente	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Barra Paralela dupla de 3 metros	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Escada de canto com rampa e corrimão	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Fita métrica comum	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Espelho com rodízio	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Muleta canadense adulto regulável	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Muleta axilar adulto regulável	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Andador adulto com rodízios	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Andador infantil com rodízios	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Andador adulto fixo	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Andador infantil fixo	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Bengala de madeira	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Bengala de inox/alumínio	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Bengala de 4 pontos	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Balanço proprioceptivo de inox	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Fita métrica comum	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Examinador de reflexo e sensibilidade	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Travesseiros forrados com material impermeável e lavável	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Goniômetro comum	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Tábua de equilíbrio retangular 90x60x15 cm	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Cronômetro	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Stand in table infantil	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Stand in table adulto	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Rolo Bobath - 20 cm	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Rolo tipo feijão 40 cm	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Pulseira de peso	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Cadeiras de rodas adulto	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Cadeiras de roda infantil	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Cadeira higiênica	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Órtese de relaxamento	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Espelho fixo 1,30x1,50	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Esfigmomanômetro e Estetoscópio duplo adulto	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Esfigmomanômetro e Estetoscópio duplo infantil	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Carro de curativo	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Lixeira de inox com pedal	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não
Maca para remoção de paciente	<input type="checkbox"/>	sim	<input type="checkbox"/>	não

Biombos	() sim	() não
Brinquedos e Jogos pedagógicos em quantidade suficiente		()
sim () não		
Material para atividades de coordenação de MMSS	() sim	() não
Termômetro	() sim	() não
Colchões adequados para prevenir escaras	() sim	() não
Cadeiras e macas para higienização	() sim	() não
Material para curativos	() sim	() não
Materiais ilustrativos e educativos e áudio-visuais	() sim	() não
Mesas e cadeiras adaptadas	() sim	() não

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Anexar cópia do diploma de graduação, títulos, e curso de especialização dos profissionais.

INTERESSE DO GESTOR (ESTADUAL OU MUNICIPAL EM GESTÃO PLENA) NO CREDENCIAMENTO:

CONCLUSÃO:

De acordo com vistoria realizada in loco, no dia ___/___/___ a instituição cumpre com os requisitos da Portaria SAS/MS Nº _____, de _____ de _____ 200__

OBSERVAÇÕES:

LOCAL / DATA: _____

CARIMBO E ASSINATURA DO GESTOR (ou responsável pela vistoria)

Anexo 2:

Controle de Frequência Individual SUS/RS

Nº do Prontuário:.....

Deficiência Mental e Autismo

Sistema Único de Saúde

Identificação da Unidade/Serviço:.....

Nome:.....

CNPJ:.....

Dados do Paciente:

Nome do Paciente:.....

Data de nascimento:.....

Sexo: **M:**..... **F:**

CPF e /ou RG:.....

Nome da Mãe ou responsável:.....

Endereço(Logradouro, nº, complemento, bairro)

.....

Nº do telefone:.....

Município:.... UF: CEP:

Declaração:

Declaro que no mês de... .., o paciente identificado acima, foi submetido aos procedimentos abaixo relacionados, conforme assinatura(s) do paciente/responsável abaixo.

Local e data:

.....,.... de de 200...

Assinatura/Carimbo do Diretor da Unidade:

.....

Código do Procedimento:.....

Nome do Procedimento:.....

Quantidade:.....

Atenção: Assinalar apenas uma vez para cada procedimento.

Data:.....

Assinatura:.....

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

11-

- 12-.....
- 13-.....
- 14-.....
- 15-.....,
- 16-.....
- 17-.....
- 18-.....
- 19-.....
- 20-.....

Bibliografia:

1-Secretaria da Saúde,Estado do Rio Grande do Sul, Plano Diretor de Regionalização (PDR), 2002.

2-Presidência da República

Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

Secretaria Especial dos Direitos Humanos-Legislação Federal Básica na Área da Pessoa Portadora de Deficiência, Brasília- 2007-

3-Manual Operativo para Dispensação de Órtese, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do estado do Rio Grande do Sul.

4-Plano Estadual de Prevenção, Tratamento e Reabilitação Auditiva - 2005.

5 - Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora com Deficiência- Ministério da Saúde, Brasília - DF- 2003

6 - Internet: www.abcdsaude.com.br e www.autismoinfantil.com.br