



CARTEIRA DE SERVIÇOS

Centro Especializado em Reabilitação – CER

Endereço: Rua Jamari, nº 1880 – Pedrinhas, CEP 76801-492, Porto Velho/RO.

Telefones: (69) 98473-8329 e (69) 3901-2833.

1. Funcionamento

1.1. Equipe Multidisciplinar do CER

Quadro 1: Horário de atendimento de segunda a sexta-feira das 07h00min às 19h00min.

Especialidades Médicas	CH Disponível	Especialidades não médicas	CH Disponível	Público-alvo	Forma da realização do serviço
Ortopedia	20	Fisioterapia	180	Usuários do SUS que demandam, utilizam o serviço do CER.	Presencial
		Assistente Social	40		
Psiquiatra	20	Psicologia	120		
		Fonoaudiologia	120		
Pediatria	20	Terapia Ocupacional	80		

2. Finalidade: Divulgar os serviços de Assistência à Saúde prestadas e Organizar a Rede de Atenção a Saúde através da garantia do direito do cidadão.

3. Acesso: O acesso ao atendimento é feito única e exclusivamente por meio do encaminhamento dos pacientes atendidos pelos profissionais das Unidades de Saúde (oriundos das Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho e das unidades especializadas da rede municipal de saúde) com preenchimento do formulário e a solicitação de atendimento via SISREG.

4. Perfil CER II:

- **GRUPO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL:** Critérios de elegibilidade: Deficiência Intelectual (Síndrome de Down, Síndrome do X Frágil, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Angelman, Síndrome de Williams, erros inatos de metabolismo, etc.) e Transtorno do Espectro do Autismo; que causam atraso no desenvolvimento cognitivo, dificuldades para aprender e realizar tarefas do dia a dia e interagir com o meio em que vive.
- **GRUPO DE REABILITAÇÃO FÍSICA:** Critérios de elegibilidade: Pessoas com alterações completas ou parciais, permanentes ou temporárias, de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarretam o comprometimento da mobilidade e da coordenação geral.

5. Critérios de Não Enquadramento

- O usuário não pode estar vinculado a dois serviços de reabilitação pelo SUS ou estar com duas solicitações no SISREG (estadual e municipal).
- O usuário que estiver sendo atendido por outro serviço especializado da rede de cuidados a pessoa com deficiência deve optar por um dos serviços do SUS. Caso opte por permanecer no Centro Especializado em Reabilitação – CER deve se desligar do outro serviço e assinar o acordo para prestação de serviços de reabilitação. O CER não se responsabiliza pela manutenção ou reinserção na vaga de outro serviço, após finalizar a modalidade de enquadramento oferecida pelo serviço.



- A mesma regra supracitada vale para os pacientes que são atendidos por outros profissionais que não estejam vinculados ao CER. O usuário deverá optar pela conduta terapêutica de um dos profissionais, evitando choque de conduta.
 - O usuário que faltar a primeira consulta terá seu enquadramento negado.
 - Quanto à deficiência intelectual será enquadrado no serviço dentro dos objetivos a serem atingidos no prazo limite do atendimento, conforme o Plano Terapêutico Singular.
 - Quanto ao Transtorno do Espectro Autista (TEA), o paciente será enquadrado no serviço dentro dos objetivos a serem atingidos no prazo limite do atendimento, conforme o Plano Terapêutico Singular.
 - Usuário menor de idade sem a possibilidade de um responsável adulto que o acompanhe e participe em todas as consultas, terá seu enquadramento negado.
 - Usuário que não tiver possibilidade de frequentar as terapias no período oferecido terá a opção de outro turno, desde que haja vaga para os profissionais nos dois turnos.
 - Os casos de vulnerabilidade social, problemas comportamentais, dificuldades e problemas escolares, agressividade, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, transtornos psicóticos, transtornos somatóformes, transtornos de personalidade, transtornos mentais persistentes e severos (esquizofrenia, demência, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, dependência química, depressão, distímia, transtorno afetivo bipolar, transtorno explosivo intermitente, transtorno de personalidade borderline, transtorno opositivo desafiador, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, entre outros), não possuem critérios de enquadramento para o serviço e será devolvida/negada para unidade de origem.
 - Solicitações para atendimento com psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional quando trata-se de hipótese ou diagnóstico de deficiência sensorial (auditiva e/ou visual) terá seu enquadramento negado.
 - Paciente ostomizado será encaminhado a Rede Estadual de Saúde.
 - Pacientes de 0 (zero) anos até 04 (quatro) anos que necessitem de atendimento em reabilitação, terá seu enquadramento exclusivamente na Sala de Estimulação Precoce.
 - Pacientes com instabilidade hemodinâmica e/ou neurológica. Considerando os seguintes padrões:

Quadro 2: Parâmetros de sinais vitais

Adulto	Parâmetro
Pressão Arterial (PA)	120 x 80 mmhg
Frequência Cardíaca (FC)	80 – 110 bpm
Frequência Respiratória (FR)	16 – 20 mrpm
Temperatura	36,6 – 37,5C°
Crianças*	Parâmetro
Frequência Cardíaca (FC)	90 – 120 bcpm
Frequência Respiratória (FR)	20 – 32 mrpm
Temperatura	35,9 – 36,7C°



* **Observação:** Considerando parâmetros normais para crianças de 03 anos e 11 meses a 12 anos. Com base nos parâmetros dos sinais vitais e nível de consciência normal a equipe avaliará sobre o início do atendimento ou não, casos específicos serão analisados individualmente.

6. Modelo de Atendimento Oferecido:

- **Triagem/Acolhimento:** realizada pela enfermagem. Serão avaliados critérios específicos por área, para direcionar as possíveis avaliações e atendimentos subsequentes ao Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- **Atendimento individualizado:** consulta médica, em fisioterapia, em psicologia, em fonoaudiologia, em terapia ocupacional, em serviço social, com retornos e/ou acompanhamento nos casos indicados a ser realizada uma vez por semana ou conforme definição do profissional executante.
- **Atendimento em grupo:** os mesmos serão realizados com no máximo até 20 pacientes, uma vez por semana com a duração de no máximo 120 minutos.
- **Atendimento familiar:** este poderá ser em grupo ou individual, conforme a demanda, visa orientar e auxiliar os familiares no processo de reabilitação como ação psicoeducativa para que o tratamento continue em casa sob responsabilidade dos pais.
- **Contato telefônico:** o serviço social poderá entrar em contato com o paciente ou responsável para verificar o motivo da falta, para orientar e auxiliar os familiares na garantia de direito, bem como nos benefícios socioassistenciais.

7. Enquadramento no Grupo de Reabilitação Intelectual

- **Enquadramento investigativo:** O enquadramento funciona como um período de observação e tem duração de 01 (um) mês (uma sessão por semana totalizando quatro sessões). Estes casos deverão ser monitorados e ao final do mês será rediscutido em reuniões de equipe, para definição de conduta terapêutica. Este enquadramento serve para investigar as condições do paciente e definir os objetivos a serem alcançados no Plano Terapêutico Singular, ao final do período, será indicado novo enquadramento (curto período ou longo período).
- **Enquadramento curto período:** indicado quando existe uma demanda a ser trabalhada com o paciente que pode ser alcançada em curto período. O enquadramento tem duração máxima de 03 (três) meses [totalizando 13 sessões].
- **Enquadramento longo período:** indicado quando existe demanda de objetivos a longo prazo. O enquadramento tem duração máxima de 06 (seis) meses [totalizando 26 sessões]. Nesse período serão realizadas reavaliações em reunião de equipe e modificações no PTS, se necessário.
- **Orientação coletiva:** procedimento possivelmente comum a todas as especialidades, realizado com a finalidade de repassar informações necessárias para grupos de pacientes e/ou família, com duração máxima de 10 (dez) encontros. Serão estruturados conforme demanda.
- **Grupo terapêutico:** indicado quando existe demanda de atendimento multidisciplinar que podem ser alcançados em conjunto. O enquadramento tem duração máxima de 06 (seis) meses [totalizando 26 sessões].
- **Não enquadramento:** o não enquadramento acontecerá quando o paciente não preencher os critérios de inclusão no serviço.



8. Descrição dos Atendimentos/Serviços:

- **CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS:**
 - *CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ:* as consultas de primeira vez são agendadas através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), tanto urbana como rural.
 - *CONSULTAS DE RETORNOS:* As consultas de retorno podem ser agendadas via recepção da unidade ou na UBS mais próxima de sua residência.
- **CONSULTAS POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR NÃO MEDICO**
 - *CONSULTA EM FISIOTERAPIA:* São agendadas para avaliação inicial, onde o profissional responsável define o tratamento e número de sessões.
 - *CONSULTA EM FONOAUDIOLOGIA:* São agendadas para avaliação inicial, onde o profissional responsável define o tratamento e enquadramento.
 - *CONSULTA EM PSICOLOGIA:* São agendadas para avaliação inicial, onde o profissional responsável define o tratamento e enquadramento.
 - *CONSULTA EM TERAPIA OCUPACIONAL:* São agendadas para avaliação inicial, onde o profissional responsável define o tratamento e enquadramento.
 - *CONSULTA EM SERVIÇO SOCIAL:* São agendadas para garantia de direito e avaliação socioeconômica.
- **GRUPOS:** Promoção de Saúde, psicoeducação, tratamento e reabilitação.
- **TRIAGEM/ACOLHIMENTO:** Atendimento com enfermagem.

Quadro 3: Resumo de Oferta

Profissional	Oferta
Psicólogo	Consulta em Psicologia
Fonoaudiologia	Consulta em Fonoaudiologia
Terapeuta Ocupacional	Consulta em Terapia Ocupacional
Fisioterapeuta	Consulta em Fisioterapia
Médico Ortopedista	Consulta em Ortopedia
Médico Psiquiatra	Consulta em Psiquiatria
Médico Pediatra	Consulta em Pediatria

9. Detalhamento dos Procedimentos:

- **CONSULTAS MÉDICAS:** 01 (uma) consulta de primeira vez ao ano (via SISREG), e 10 (dez) retornos a ser programado na recepção da unidade do CER ou na UBS mais próxima de sua residência.
- **CONSULTA COM FISIOTERAPEUTA:** 01 (uma) consulta para avaliação inicial três vezes ao ano, os retornos o próprio profissional fisioterapeuta define o tratamento com até 20 (vinte) de sessões para cada avaliação e reavaliação, limite máximo de 30 (trinta) sessões.



- Realiza consulta em fisioterapia em gerontologia, fisioterapia motora, fisioterapia traumatológica, fisioterapia ortopédica, fisioterapia neurológica, fisioterapia respiratória (apenas para sintomas pós-COVID-19) com os seguintes procedimentos: cinesioterapia, eletroestimulação, crioterapia, sessão de acupuntura com aplicação de ventosas/moxa, sessão de acupuntura com inserção de agulhas, etc.
- CONSULTA COM PSICÓLOGO: 01 (uma) consulta para avaliação inicial ao ano com enquadramento investigativo com 01 (uma) sessão semanal pelo período de um mês [totalizando 04 (quatro) sessões], com reavaliação após o período para novo enquadramento (curto período [totalizando 13 {treze} sessões] ou longo período [totalizando 26 {vinte e seis} sessões]), alta por objetivo alcançado ou encaminhamento a outro serviço.
- Realiza consulta em psicologia com terapia em grupo, psicoeducação e terapia individual em psicoterapia.
- CONSULTA COM FONOAUDIÓLOGO: 01 (uma) consulta para avaliação inicial ao ano com enquadramento investigativo com 01 (uma) sessão semanal pelo período de um mês [totalizando 04 (quatro) sessões], com reavaliação após o período para novo enquadramento (curto período [totalizando 13 {treze} sessões] ou longo período [totalizando 26 {vinte e seis} sessões]), alta por objetivo alcançado ou encaminhamento a outro serviço.
- Realiza consulta em fonoaudiologia com terapia em grupo, terapia individual, avaliação de linguagem oral, avaliação de linguagem escrita/ leitura, avaliação vocal, atividade educativa/ orientação em grupo.
- CONSULTA COM TERAPEUTA OCUPACIONAL: 01 (uma) consulta para avaliação inicial ao ano com enquadramento investigativo com 01 (uma) sessão semanal pelo período de um mês [totalizando 04 (quatro) sessões], com reavaliação após o período para novo enquadramento (curto período [totalizando 13 {treze} sessões] ou longo período [totalizando 26 {vinte e seis} sessões]), alta por objetivo alcançado ou encaminhamento a outro serviço.
- Realiza consulta em terapia ocupacional com sessão arteterapia, acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa, acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação, acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação.
- CONSULTA COM SERVIÇO SOCIAL: 01 (uma) consulta para orientação quanto ao funcionamento do CER, orientação quanto aos benefícios socioassistenciais, orientação quanto as ausências e garantia de direitos.
- Realiza consulta em serviço social com orientação quanto ao funcionamento do CER, orientação quanto aos benefícios socioassistenciais, garantia de direitos, orientação quanto as ausências, visita domiciliar para avaliação socioeconômica, contato telefônico para verificar o motivo da falta, para orientar e auxiliar os familiares na garantia de direito.

10. Quantitativo de Atendimento por profissional

Profissional	Quantidade de Atendimento por 06 horas de trabalho
Psicologo	06
Fonoaudiologia	08
Terapeuta Ocupacional	06



Fisioterapeuta	12
Serviço Social	12
Médico Ortopedista	16
Médico Psiquiatra	16
Médico Pediatra	16

11. Número de Pacientes a Serem Atendidos: O Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas) em sua versão 3.0, atualizado em agosto de 2020 estabelece o número de usuários atendidos no serviço deve ser no mínimo:

- Reabilitação Física: 200 usuários/mês;
- Reabilitação Intelectual: 200 usuários/mês.

12. Exames Complementares: Exames complementares serão referenciados na Rede de Saúde, como:

- Centro de Especialidades Médicas Dr. Alfredo Silva – CEM;
- Policlínica Rafael Vaz e Silva;
- Policlínica Oswaldo Cruz – POC;
- Hospital Santa Marcelina;
- Outros.

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

O CER II não contempla a confecção e concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), por não dispor de oficina ortopédica no serviço. Entretanto, caso o usuário necessite de tecnologias assistidas o usuário deverá ser encaminhado ao Hospital Santa Marcelina ou a outra unidade de referência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.



APÊNDICE I
FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DEFICIÊNCIA FÍSICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: Nome Social:	Data de Nascimento:	Nº Cartão Nacional do SUS:
Gênero: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Cuidador: Familiar Amigo Contratado Nome Cuidador:	
Endereço:	Telefone Celular:	
Bairro:	Telefone Residencial:	
Cidade:	Contato:	
Médico Solicitante:	CID:	
Diagnóstico Clínico:	CIF:	
UBS:	Telefone da UBS:	

DADOS CLÍNICOS

Histórico da Doença:	
Tratamentos Realizados:	
Complicações relacionadas ao quadro:	
Exames complementares realizados: (anexar cópias)	
Medicamentos utilizados:	
Tipo de Lesão:	
Lesado Medular:	Paraplegia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/>
Traumatismo Cranioencefálico (TCE)	Hemiplegia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Outro: _____
Acidente Vascular Cerebral (AVE) Isquêmico <input type="checkbox"/> Hemorrágico <input type="checkbox"/>	Hemiplegia D <input type="checkbox"/> Hemiplegia E <input type="checkbox"/>
Amputação <input type="checkbox"/>	Membro: _____ Nível: _____
Outro tipos de lesões (descrição):	
Estomias:	Colostomia <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/>



ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA)

Presença de escaras: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local/ região corporal:
Controla urina e fezes	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estabelece comunicação coerente	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Paciente independente para transferências e mobilidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Paciente parcialmente dependente para transferências e mobilidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Paciente dependente para transferências e mobilidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Necessidades Domiciliares: Uso de Recursos/ Órteses

Sistema Respiratório	Sistema Circulatorio	Sistema Gastrointestinal	Sistemas Vesical/ Intestinal
Traqueostomia <input type="checkbox"/>	Acesso Venoso Periférico <input type="checkbox"/>	Gastro/Jejuno <input type="checkbox"/>	SVD com irrigação <input type="checkbox"/> sem irrigação <input type="checkbox"/>
Aspiração <input type="checkbox"/>	Acesso Venoso Central <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>	SVA Colostomia <input type="checkbox"/>
O2 contínuo <input type="checkbox"/>	Cateter totalmente implantável <input type="checkbox"/>	Dieta	Necessidade Domiciliares
O2 S/N <input type="checkbox"/>		VO exclusiva <input type="checkbox"/>	Cama Hospitalar <input type="checkbox"/>
		VO/enteral <input type="checkbox"/>	Torpedo de Oxigênio <input type="checkbox"/>
		Enteral exclusiva <input type="checkbox"/>	Aspirador <input type="checkbox"/>

Local, data, assinatura e carimbo do profissional



APÊNDICE II
FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:	Data de Nascimento:	Nº Cartão Nacional do SUS:
Gênero: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	Cuidador: Familiar Amigo Contratado Nome Cuidador:	
Endereço:	Telefone Celular:	
Bairro:	Telefone Residencial:	
Cidade:	Contato:	
Médico Solicitante:	CID:	
Diagnóstico Clínico:	CIF:	
UBS:	Telefone da UBS:	

DADOS CLÍNICOS

Histórico da Doença:
Tratamentos Realizados:
Complicações relacionadas ao quadro:
Exames complementares realizados: (anexar cópias do Teste do pezinho, Teste da orelhinha, entre outros; mais carteira de saúde).
Medicamentos utilizados:
Deficit sensoriais:
Atraso nos marcos motores:
Atraso na socialização:
Problemas de aprendizado escolar (anexar relatório escolar).

ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

Controle urina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Faz higiene sozinho após utilizar o banheiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Controla fezes? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Veste-se sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Alimenta-se sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Resiste em ser alimentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Apresenta fixação a rotinas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Dificuldades para dormir? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Hipersonia
Problemas comportamentais? Especifique:	



INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Interação Social	Linguagem	Brincadeiras	Comportamentos Atípicos
Busca isolamento <input type="checkbox"/>	Atraso na aquisição da linguagem <input type="checkbox"/>	Procura outras crianças para brincar <input type="checkbox"/>	Apresenta tiques <input type="checkbox"/>
Expressa sentimentos de modo adequado <input type="checkbox"/>	Utilização verbal para comunicar-se <input type="checkbox"/>	Tem iniciativa para propor brincadeiras <input type="checkbox"/>	Movimentos peculiares com as mãos e/ou balanceio do corpo <input type="checkbox"/>
Resiste em receber afeto <input type="checkbox"/>	Utiliza gestos e expressões faciais para comunicar-se <input type="checkbox"/>	Brinca de forma estereotipada <input type="checkbox"/>	Contato visual pobre <input type="checkbox"/>
É cooperativa <input type="checkbox"/>	Nomeia objetos e brinquedos <input type="checkbox"/>	Compartilha brinquedos e brincadeiras <input type="checkbox"/>	Obsessão por algum objetivo/brinquedo/atividade
Apresenta ansiedade em separar-se <input type="checkbox"/>	Utiliza sons peculiares (grunhidos, ecolalia, etc.) <input type="checkbox"/>	Excessivamente agressivo <input type="checkbox"/>	Apresenta autoagressão <input type="checkbox"/>
Procura atenção constantemente <input type="checkbox"/>	Inicia conversa com outras pessoas <input type="checkbox"/>	Hiperatividade <input type="checkbox"/>	Apresenta rituais alimentares <input type="checkbox"/>

Local, data, assinatura e carimbo do profissional



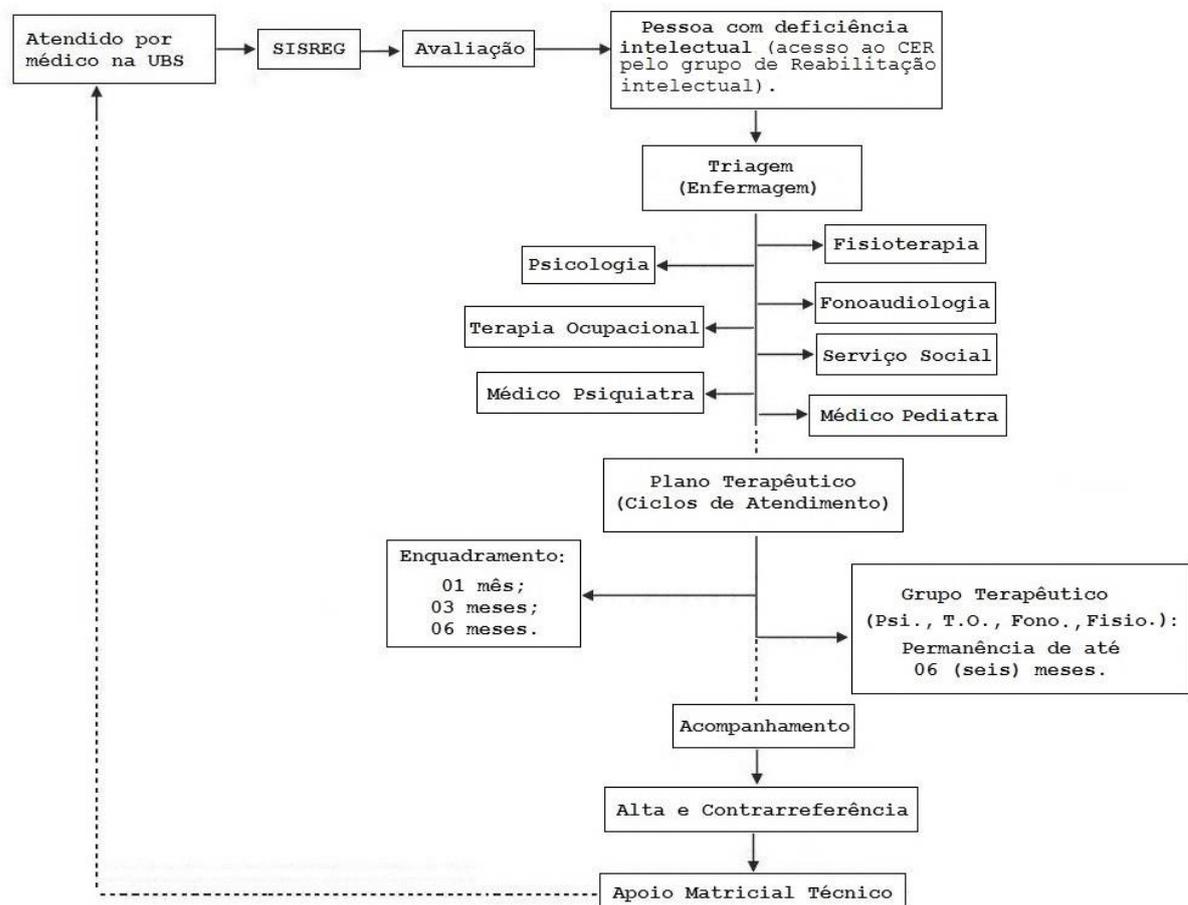
ANEXO I PERFIL DE REGULAÇÃO DE ATENDIMENTO NO CER GRUPO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL

Tipo de Atendimento: Grupo de Reabilitação Intelectual (equipe multiprofissional: Fonoaudiólogo; Psicólogo Clínico; Terapeuta Ocupacional; Médico Psiquiatra; Médico Pediatra; Assistente Social; Fisioterapeuta; Enfermeiro).

Idade: A partir de 05 (cinco) anos.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL

Solicitações para Reabilitação Intelectual:



Passo 1 – O médico solicitante deverá descrever:

- Dados clínicos e diagnóstico do paciente;
- Tipo de atendimento que o paciente precisa;
- Data de início da doença/trauma/cirurgia que gerou necessidade de atendimento;
- Quantas sessões necessária para posterior reavaliação limite máximo de 26 sessões por solicitação.

OBS.: Caso a solicitação não tenha as devidas justificativas e informações a mesma será devolvida/negada para unidade de origem para correção das informações.



Passo 2 – Serão autorizadas consultas de enquadramento investigativo de 01 (um) mês por paciente via SISREG (01 [uma] sessão por semana, totalizando 04 [quatro] sessões) até avaliação da equipe multiprofissional e novo enquadramento de acompanhamento (pelo período máximo de 06 [seis] meses, totalizando 26 [vinte e seis] sessões conforme os objetivos a serem atingidos no prazo limite do atendimento).

OBS.: O não comparecimento a 1ª consulta acarretará no não enquadramento no serviço com abertura de vaga para outro usuário. Nas consultas de retorno, o não comparecimento do paciente acarretará no desligamento após computadas 02 (duas) faltas sem justificativas ou 05 (cinco) faltas totais ainda que justificadas e devidamente comprovadas.

Perfil de Atendimento:

Deficiência Intelectual

CID 10: F70.0/ F70.1/ F70.8/ F70.9/ F71.0/ F71.9/ F78.0/ F78.9/ F79.0/ G80/ Q87.1/ Q90/ Q93.5/ Q93.8/ Q99.2

Classificação de Risco: Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente.

Transtornos globais do desenvolvimento

CID 10: F84.0/ F84.1/ F84.2/ F84.3/ F84.4/ F84.5/ F84.8/ F84.9

Classificação de Risco: Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente.

Epilepsia

CID 10: G40

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

CID 10: F80/ F80.0/ F80.1/ F80.2/ F80.3/ F80.8/ F80.9

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

CID 10: F81/ F81.0/ F81.8/ F81.9

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

CID 10: F98.2/ F98.3/ F98.4/ F98.5/ F98.6

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Distúrbios da fala não classificados em outra parte

CID 10: R47/ R47.0/ R47.1/ R47.8

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Dislexia e outras disfunções simbólicas não classificadas em outra parte

CID 10: R48/ R48.8

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.



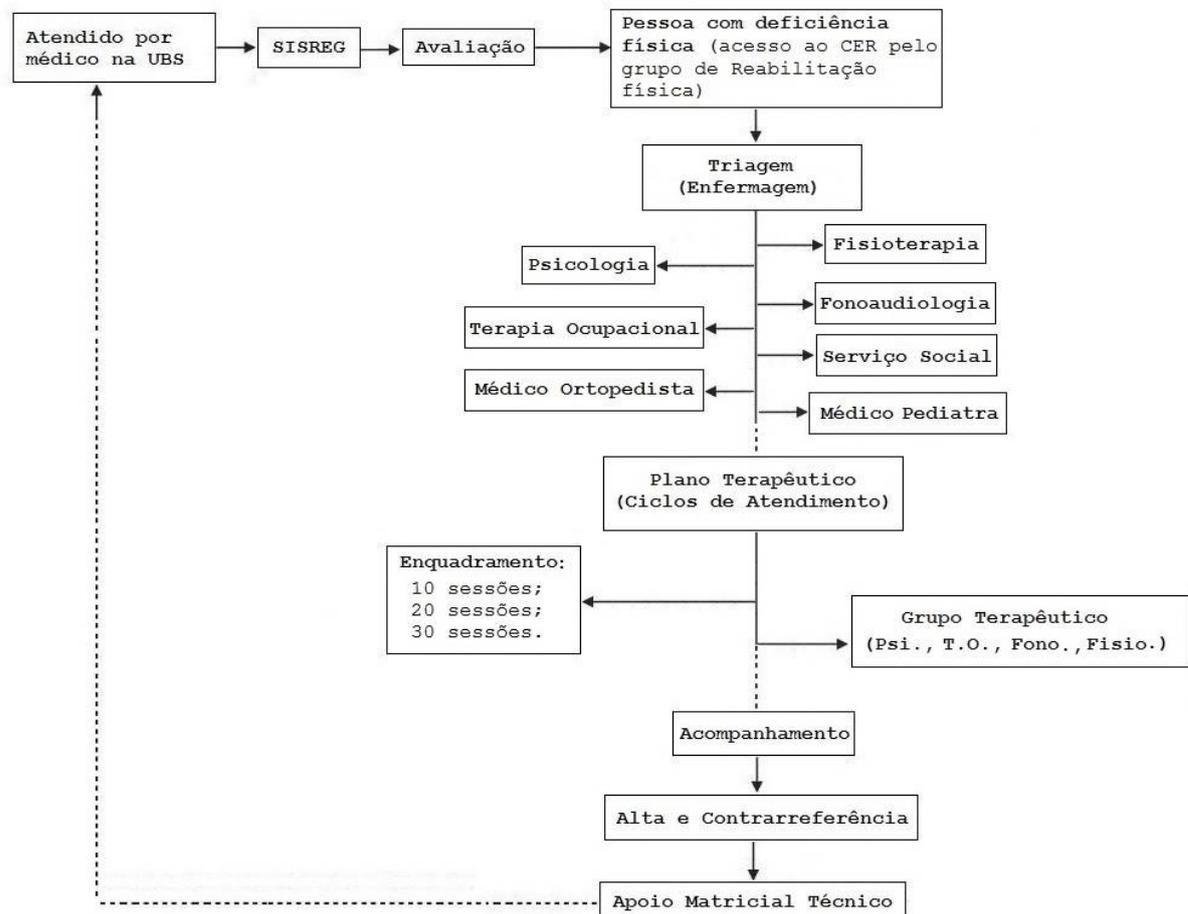
ANEXO II PERFIL DE REGULAÇÃO DE ATENDIMENTO NO CER GRUPO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

Tipo de Atendimento: Grupo de Reabilitação Física (equipe multiprofissional: Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Psicólogo Clínico; Terapeuta Ocupacional; Médico Ortopedista; Médico Pediatra; Assistente Social; Enfermeiro).

Idade: A partir dos 05 (cinco) anos.

Fluxograma de Atendimento de Reabilitação Física

Solicitações para Reabilitação Física:



Passo 1 – Serão autorizadas até 20 sessões/mês por paciente via SISREG;

Passo 2 – O médico solicitante deverá descrever:

- Dados clínicos da parte do corpo acometida;
- Tipo de fisioterapia ou atendimento que precisa;
- Data de início da doença /trauma/cirurgia que gerou necessidade de atendimento;
- Quantas sessões necessária para posterior reavaliação limite máximo de 30 sessões por solicitação.



OBS.: Caso a solicitação não tenha as devidas justificativas e informações a mesma será devolvida/negada para unidade de origem para correção das informações.

Reavaliação dos pacientes em fisioterapia: As reavaliações dos pacientes crônicos deverão ser realizadas a cada 10 sessões de tratamento ou a critério do médico ou do fisioterapeuta do CER. Caso necessidade de continuidade do tratamento, o solicitante deverá reinserir o paciente no Sistema de Regulação (SISREG).

Nota: Os pacientes do Grupo de Reabilitação Física serão acompanhados por equipe multiprofissional conforme os objetivos a serem atingidos no prazo limite do atendimento enquanto permanecerem em acompanhamento de reabilitação física.

OBS. 2: O não comparecimento a 1ª consulta acarretará no não enquadramento no serviço com abertura de vaga para outro usuário. Nas consultas de retorno, o não comparecimento do paciente acarretará no desligamento após computadas 02 (duas) faltas sem justificativas ou 05 (cinco) faltas totais ainda que justificadas e devidamente comprovadas.

Perfil de Atendimento:

Condição pós-COVID-19

CID 10: U09.9/ B94.8

Classificação de Risco: Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente.

Nota: o código U09.9 refere-se a “Condição pós-COVID-19, não especificada” que foi adicionado para relatar os efeitos tardios do COVID-19 sendo utilizada para substituir o código B94.8.

Transtornos do Nervo Facial

CID 10: G51

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Prioridade 0 – Vermelho – Emergência, necessidade de atendimento imediato [para Paralisia Facial Aguda].

Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos

CID 10: S43/ S53/ S63/ S83/ S93

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Traumatismo de Tendão e Músculo

CID 10: S16/ S46/ S56/ S66/ S76/ S86/ S96

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente [pós-cirurgia após seis meses].

Prioridade 0 – Vermelho – Emergência, necessidade de atendimento imediato [para pós-cirurgia de tenorrafia e transferência tendínea que necessite de reabilitação em pós-cirúrgico imediato].

Mononeuropatias dos membros superiores e inferiores

CID 10: G56/ G57

Classificação de Risco: Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente.



Acidente Vascular Cerebral

CID 10: I64/ I63/ I69

Classificação de Risco: Prioridade 1 – Amarelo – Urgência, atendimento o mais rápido possível [após AVC – até seis meses].

Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente [após AVC – depois de seis meses a um ano].

Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo [após AVC – mais de um ano].

Lesão por Esforço Repetitivo/Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho e Lesão por Trauma Cumulativo/Afecções Musculares Relacionadas ao Trabalho

CID 10: Z57.8/ Z57.9

Classificação de Risco: Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente.

Nota: Devem ser informadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por meio da Ficha de Investigação LER/DORT.

Fibromialgia

CID 10: M79. 7

Classificação de Risco: Prioridade 2 – Verde – Prioridade Não Urgente.

Doença de Parkinson

CID 10: G20

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Fibrose Cística

CID 10: F84

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo

CID 10: M00 – M99

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Transtornos das raízes e dos plexos nervosos

CID 10: G54

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.

Senilidade

CID 10: R54

Classificação de Risco: Prioridade 3 – Azul – Atendimento eletivo.



ANEXO III

PROTOCOLO DE INTERVENÇÕES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE COM ORIENTAÇÕES AOS PAIS

Tipo de Atendimento: Grupo de Estimulação Precoce para o Desenvolvimento Neuropsicomotor (equipe multiprofissional: Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Fonoaudiólogo, Psicólogo).

Idade: A partir dos “0” (zero) anos à 05 (cinco) anos.

Introdução:

Entende-se a estimulação precoce (EP) como uma abordagem de caráter sistemática e sequencial, que utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos.

Os primeiros anos de vida têm sido considerados críticos para o desenvolvimento das habilidades motoras, cognitivas e sensoriais. É neste período que ocorre o processo de maturação do sistema nervoso central sendo a fase ótima da plasticidade neuronal. Tanto a plasticidade quanto a maturação dependem da estimulação.

Na sequência, serão apresentadas orientações e técnicas de intervenção, como subsídios aos profissionais de saúde na efetuação da estimulação precoce das crianças de zero a 05 (cinco) anos, bem como para contribuir na orientação às famílias, na perspectiva de potencializar os efeitos positivos desta abordagem no desenvolvimento da criança.

Crianças de 0 – 4 semanas (1 mês)	
Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Observar o rosto da mãe/adaptar a criança ao meio em que se vive.	Brincar e falar carinhosamente com a criança com uma proximidade de 20 cm – linha média. No momento do banho, da troca de roupas, de fraldas e da amamentação manter contato visual próximo e contínuo. Anunciar a hora de mamar e de todas as atividades que serão executadas junto a criança. Atender sempre ao choro da criança.
Estimular movimentos voluntários.	Tocar a criança, movimentar os pés em todas as direções, realizar suavemente movimentos de extensão dos braços e pernas, abrir e fechar as suas mãozinhas. Ajudar a criança a realizar movimentos durante a troca de roupas e fralda (girar o tronco, lateralizar o corpo).

Crianças de 5 – 16 semanas (4 meses)	
Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Emitir sons.	Com a criança deitada em decúbito dorsal (de costas) fique à frente da criança, converse com ela, sorria, toque suas bochechas. Observe se ela emite



	<p>sons (gugu, eeee, lala, etc). Repita os sons que a criança emite. Se a criança ainda não emitir sons, falar-lhe em sons guturais (sons que saem da garganta) com mais frequência. Se a criança emitir sons ou gargalhadas, considere alcançado este objetivo e continue realizando esta atividade de interação com a criança.</p>
<p>Acompanhar objeto em seu campo visual e reagir ao som.</p>	<p>Mostrar objetos coloridos para a criança explorando sua amplitude visual (diferentes angulações). Deixar objeto cair ao chão observando reação da criança ao som (barulho) Mostrar à criança objetos, pessoas e atividades do ambiente de forma contínua.</p>
<p>Emitir resposta ao contato social.</p>	<p>Com a criança deitada em decúbito dorsal (de costas) ou no colo, fique na frente da criança de maneira que ela possa ver o seu rosto. Converse com ela: “Oi, (diga o nome da criança), que lindo bebê!”, ou algo semelhante. Observe a reação da criança (mudança na expressão facial, sorriso, vocalização, choro). Realize frequentemente esta atividade de interação com a criança.</p>
<p>Reconhecer a própria mão.</p>	<p>Abrir e fechar as mãozinhas da criança, para que ela evolua do reflexo de preensão para o abrir e fechar das mãos espontaneamente (estimulação da função manual). Realizar essa atividade até os dois meses de idade.</p>
<p>Segurar objetos.</p>	<p>Após os 2 meses de idade, com a criança deitada em decúbito dorsal, segure um chocalho ou algo parecido e toque o dorso ou a ponta dos dedos da criança. Observe se a criança segura o objeto e continue realizando esta atividade até a criança realizar a preensão de objetos. Continue oferecendo objetos à criança de forma que a mesma aprimore a habilidade de preensão.</p>
<p>Inicialmente, elevar e lateralizar a cabeça, até que consiga de bruços, levantar a cabeça, apoiando-se nos antebraços.</p>	<p>Mostre à criança os objetos, as pessoas e as atividades do ambiente. Até os 2 meses, colocar a criança de bruços e mover suavemente sua cabeça de um lado para o outro. Colocar também a criança de bruços em cima do tórax e abdome da mãe de forma que a cabeça da criança fique próxima do pescoço da mãe. Após os 2 meses, com a criança de bruços, agitar/manipular um objeto colorido ou brilhante (estimulação visual) e objeto sonoro (estimulação auditiva) em frente e na lateral do rosto da criança.</p>



	<p>Com a criança de bruços, colocar um rolo de pano em baixo das axilas para permitir que a criança fique com os braços a frente. Este procedimento auxiliará no movimento de extensão cervical (do pescoço).</p> <p>Levantar a criança de bruços, elevando-a da superfície de apoio (brincar de aviãozinho).</p> <p>Quando a criança levantar a cabeça e o peito da superfície, usando como apoio seus braços esticados, de maneira que possa olhar para frente e para cima, considere atingido este objetivo e continue realizando a atividade de colocar a criança de bruços deixando objetos de interesse em seu campo visual.</p>
--	--

Crianças de 4 meses a 6 meses	
Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Sustentar a cabeça quando posto sentado.	No colo, deixar a criança maior tempo na posição sentada como cadeirinha. Utilizar almofadas, cantinho do sofá para estimular o controle de tronco com a criança na posição sentada. Realizar movimentos delicados com o tronco (circulares, para trás e para frente). Com a criança assentada, mostrar objetos para a criança para que a mesma exerça movimentos rotacionais do tronco e de busca do objeto.
Alcançar e segurar objetos levando-os à boca (reconhecimento corporal e dos objetos).	Inicialmente, com o bebê na posição supina (de costas), enquanto o bebê percebe o objeto, ajude-o a alcançá-lo, além de aproximar os membros inferiores dos superiores para ocorrer o fortalecimento da musculatura abdominal e o alongamento da musculatura cervical. Permitir a criança brincar com as mãos e levar os objetos, a mão e o pé à boca. Oferecer argola de borracha para morder e objetos variados com textura, formas e cores deferentes estimulando a preensão bi-manual com a criança inicialmente na posição supina, posteriormente realizar a mesma atividade com a criança na posição assentada. Sempre colocar objetos a curta distância e deixar a criança fazer esforços para alcançá-los na posição supina, de bruços e sentada.
Socialização e afeto.	Mostrar à criança as pessoas e as atividades do ambiente. Fazer caretas engraçadas, jogar beijos, estalar os lábios para o bebê. Dançar abraçado com o bebê ao som de uma



	<p>música. Repetir gestos para que a criança tenha oportunidade de imitá-los. Brincar de pegar o bebê. Quando pegar a criança, abrace-a com carinho dizendo: Te peguei! A mãe ou cuidador deverá deitar próximo ao bebê, deixando que ele explore seu rosto espontaneamente. Quando possível, deixar a criança sozinha para que possa explorar por si própria os estímulos ao seu redor.</p>
Localizar, voltar-se para o som.	<p>Usar brinquedos que produzem sons. Repetir os sons que a criança emite. Falar-lhe frequentemente. Iniciar as brincadeiras de esconde/achou.</p>
Virar sozinho (rolar).	<p>Deitada de barriga para cima, colocar uma perninha sobre a outra para ajudá-la a virar de bruços. Auxiliar o bebê na liberação do braço, tanto no rolar de supino para prono, quanto vice-versa. Posteriormente, estimular o bebê a rolar apenas com o seguimento visual de algum objeto colocando um chocalho ou outro objeto ao lado da criança deitada de costas. Se a criança virar-se sozinha para pegar o chocalho (posição de decúbito dorsal para decúbito ventral), o objetivo foi alcançado.</p>

Crianças de 6 a 9 meses

Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Transferir objetos de uma mão para outra.	<p>Ensinar primeiro a criança a colocar e retirar objetos em uma caixa. Concluída esta tarefa, quando a criança estiver brincando com um objeto, mostre-lhe outro para que ela passe o objeto que tem numa das mãos para a outra. Se a criança não conseguir, demonstre-a como fazer. Após concluído esta tarefa, quando a criança estiver com um brinquedo em cada mão, oferecer um terceiro objeto e observar sua reação. Estimular a balançar, bater, puxar os objetos. Criar objetos de estimulação sonora: garrafas pet com grãos e elementos distintos.</p>
Assentar sem apoio.	<p>Deitada, pegar suas mãos e levantá-la levemente até ficar assentada. Depois, voltar para a posição inicial ou recostar a criança sobre um apoio</p>



	<p>(almofada) para que permaneça um tempo na posição sentada. Assentá-la e levar suas mãos adiante para que se apoie nelas. Deixe-a assentada, com brinquedos à frente, para estimulá-la a ficar sem apoio. Quando a criança conseguir ficar assentada segurando um objeto com as mãos, sem qualquer outro tipo de apoio, terá alcançado este marco.</p>
Reagir diferentemente a pessoas e situações diferentes.	<p>Evitar separações longas da mãe ou cuidador principal com a criança. Promover passeios para que observe as pessoas, os ambientes amplos (paisagens, campos), sons e situações distintas. Brincar com a criança na frente do espelho.</p>
Aprimorar o reconhecimento da fonte sonora, a capacidade de se direcionar a fonte sonora e de duplicar sílabas.	<p>Combinar sons, formando palavras de 2 sílabas (dada, gugu, bibi, papa, mama) Entregar objetos sonoros e demonstrar como obter o som (onde apertar). Esconder parcialmente o objeto sonoro e perguntar onde está (estimulo cognitivo). Ligar e desligar rádio ou outro mecanismo sonoro. Chamar a criança pelo nome, a distância. Ensinar a criança a reconhecer som dos pássaros, cachorro, gato, grilo, avião, som da máquina de lavar, do liquidificador, por exemplo.</p>
Arrastar.	<p>Oferecer-lhe oportunidade e atrativos (objetos) que a façam arrastar. Ajude-a a arrastar flexionando um de seus membros inferiores, o que confere o apoio necessário para que impulse o corpo a frente através da extensão da perna.</p>
Brincar de esconde/achou	<p>Coloque-se na frente da criança e brinque de desaparecer e aparecer, atrás de um pano. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás do pano.</p>

Crianças de 9 a 12 meses

Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Engatinhar, andar com apoio.	<p>Realizar brincadeira de carrinho de mão (fortalece cintura escapular e extensores do cotovelo) para favorecer o engatinhar. Incentivar a engatinhar nos diversos espaços da casa (debaixo das mesas, cadeiras) movimentando os membros dentro das amplitudes permitidas para o desenvolvimento da noção espacial.</p>



	<p>Proporcionar situações que a criança possa apoiar-se e manter-se de pé (apoiando-se no cuidador, em uma cadeira ou sofá).</p> <p>Com a criança em pé, apoiada em algum móvel, estimulá-la a realizar a marcha lateral segurando-a pelas mãos.</p> <p>A partir dos 10 meses: utilizar uma cadeira ou banquinho (apoio móvel) para estimular a marcha para frente.</p>
Pegar objetos com o polegar e o indicador.	<p>Oferecer pequenos objetos para aprimorar a preensão. Oferecer grãos de feijão, arroz ou sementes. Atenção: monitorar a criança, impedindo-a de levar o objeto pequeno até a boca ou outro orifício (nariz, ouvido).</p> <p>Ajudar a empilhar e encaixar objetos.</p>
Desenvolver gestos do “não” com a cabeça, sim, adeus, bater palmas, jogar beijo, apontar os objetos, chamamento.	<p>Brincar e conversar com as crianças de modo que estes gestos sejam realizados. Introduzir esses gestos nas situações do cotidiano para estímulo adicional da cognição.</p> <p>Se a criança não executar, ajudá-la segurando suas mãos.</p>
Falar pelo menos uma palavra com significação simbólica, produzir jargão e executar ações simples.	<p>Nomear pausadamente e corretamente os objetos e coisas junto a criança. Pronunciar palavras simples e de duas sílabas e estimular a repetição das mesmas (dadá, papá, mamá,).</p> <p>Ensinar a criança responder as ordens verbais: assentar, entregar um objeto, deitar Brincadeiras de dar e receber, esconder e achar, jogar bola.</p> <p>Obs.: A criança produz jargão quando realiza conversação incompreensível consigo mesma ou com o cuidador, usando pausas e inflexão (os padrões de voz variam e poucas palavras, ou nenhuma, são distinguíveis).</p>
Desenvolver a função manual, motora, espacial e a percepção sensorial.	<p>Colocar em uma vasilha de plástico, grãos (arroz, feijão seco, macarrão, bola de gude) e permitir que a criança mantenha contato com as diferentes texturas sob vigilância contínua, de modo a evitar acidentes.</p> <p>No ambiente doméstico a criança deverá explorar as diferentes texturas (piso, tapete, escada, madeira, plástico, alumínio) e as diferentes temperaturas.</p> <p>Durante a alimentação sentir as diferentes texturas das frutas permitindo que a própria criança direcione o alimento até a sua boca.</p> <p>Após 10 meses, iniciar a estimulação do encaixe amplo, bi-manual (através de copos plásticos,</p>



	<p>pote plástico, caixas de tamanhos variados) encorajando a criança a colocar um dentro do outro, logo passar para o encaixe de objetos menores.</p> <p>Jogo com bola: implementar atividades de arremessar e rolar a bola. Pode ser com a criança assentada com apoio ou sem apoio, logo em pé e com apoio de forma que os membros superiores estejam livres.</p>
Desenvolver a habilidade socioafetiva.	<p>Fazer com que um ursinho de pelúcia ou boneco também brinque, coma, durma, tome banho, possibilitando que o bebê participe das atividades. Colocar a criança em frente ao espelho, cobrindo com um cobertor. Perguntar: Onde está o Bebê? (pronuncia-se o nome da criança). Diante de qualquer resposta, retire o cobertor, dizendo: Está aqui!</p> <p>Colocar a criança em companhia de outros bebês menores de 1 ano. Permita que se observem.</p> <p>Esconder o rosto ou um objeto, incentivando a criança a chamar (balbuciar) o que está ausente. Com entusiasmo, voltar a mostrar o rosto ou objeto em respostas ao chamado.</p>

Crianças de 1 a 2 anos

Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Anda sozinha, raramente cai.	Estimulá-la a dar passos, motivá-la a andar sozinha, amarrar um carrinho ou uma caixa com barbante e ajudar a criança a puxá-lo. Ensinar a empurrar cadeira, carrinho de boneca, de feira, etc. Ensiná-la a chutar bola.
Obedecer a ordens simples.	Dar-lhe ordens curtas para que as realize (abrir uma caixa, guardar um brinquedo, apertar, tampar ou fechar algo, escovar os dentes, pegar algo – uma bola, um sapato).
Combinar pelo menos duas palavras.	Nomear os objetos que estão ao seu redor, os quais a criança reconhece e manipula (comida, brinquedo, bola, mesa, cadeira), estabelecendo relações entre duas palavras que demonstrem posse ou ação: dá mamãe, carro nenê, quer papai, blusa bebê, fazer xixi, fazer papá, trocar fralda, etc. <p>Incentivá-la a apontar partes do seu corpo: pé, mão, olho, cabeça, nariz.</p> <p>Estimular a diferenciar “xixi”, “coco” e verbalizar, como início do preparo para o controle</p>



	esfincteriano.
Empilhar cubos e desenvolver a capacidade cognitiva.	Estimular a empilhar objetos e a colocá-los em caixa. Até os 18 meses a criança deve ser capaz de empilhar dois cubos e quando completar dois anos, 3 cubos. Colocar três caixas de boca para baixo na frente da criança. Colocar um objeto debaixo de uma das caixas. Mude as caixas de lugar lentamente e incentive a criança a dizer onde está o objeto.
Rabiscar espontaneamente.	Permitir que a criança manipule revistas livremente (rasgar, passar folhas). Oferecer lápis, cera, giz ou pauzinho para rabiscar no chão, no papel ou na areia.
Identificar e nomear figuras, desenvolver a capacidade cognitiva.	Estimular a identificar figuras e retratos. Oferecer revistas e livros com figuras grandes e coloridas, de pano ou cartão grosso, bonecas e animais de pano ou plástico, brinquedos de formas geométricas e argolas coloridas. Estimular a identificar os objetos, animais, utensílios e outros itens presentes no ambiente. Usar figuras de animais e seus filhotes para incentivar a criança a montar os seus pares. Além de nomear os animais, faça seus sons e conte pequenas histórias usando entonações e expressões faciais. Até os 18 meses, a criança deve ser capaz de nomear 3 palavras e apontar duas figuras.
Identificar peças simples do vestuário (short, calcinha).	Ensinar-lhe a identificar os tipos de roupas (calça, short, blusa) e retirar meias, sapatos e roupas simples (short, calcinha, boné) dos locais de guarda.
Diminui a ansiedade de separação. Maior independência.	Orientar a mãe para que ela estimule a independência do filho, escolhendo roupas, participando do banho, brincando sozinho, etc., tão logo demonstre controle. Estimular o uso da colher e do copo sozinho durante as refeições.
Desenvolvimento socioafetivo.	Perguntar em voz alta “Onde está o Bebê (nome da criança)?”. Fingir procurar em diferentes locais até encontrar a criança. Quando encontrar diga com entusiasmo: “Achei!” Na hora de dormir, promover o contato afetivo por meio de beijos, carinhos, frases amáveis e cantigas de ninar.



Crianças de 2 a 3 anos	
Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Correr de forma segura, pular com ambos os pés e arremessar bola.	Proporcionar as seguintes atividades motoras para a criança: correr, saltar, caminhar seguindo um determinado percurso em linha reta ou circular, desviar de obstáculos, brincar de amarelinha, ajoelhar e dançar. Por volta dos 2 anos e meio a criança deverá ser capaz de pular com ambos os pés e arremessar bola.
Subir escadas com apoio (coloca um pé no degrau, depois o outro no mesmo degrau e assim por diante).	Ajudar a criança a subir e descer escadas.
Construir torres, desenhar (imitar uma linha vertical).	Ensiná-la a empilhar vários objetos, blocos ou cubos. Com o passar da idade, estimular a empilhar maior quantidade de cubos. Dar-lhe lápis e papel para desenhar ou rabiscar. Estimule brincadeiras com argila, barro e massa de modelar, bem como pintura com pincéis largos. Oferecer bate-estacas e jogos de encaixe. Até os 3 anos de idade a criança deve ser capaz de desenhar uma linha vertical e construir torre de 8 cubos.
Adquirir independência para alimentar-se sozinha e vestir-se com supervisão.	Estimular independência no uso do copo, xícara e colher para alimentar-se e servir-se (mesmos tipos de utensílios utilizados para os adultos). Na hora de vestir a criança, peça que levante a mão, braço ou pé para poder ajudar a vestir a blusa, a calça. Incentivar a criança a tirar o sapato sozinha, as meias. Posteriormente, deixar que a criança realize por si própria o ato vestir determinadas roupas e calçados, ajudando-a do ponto em diante no qual a limitação for detectada.
Dizer seu próprio nome e sobrenome, reconhecer-se como menino ou menina sendo proprietário de um corpo físico, reconhecer expressões faciais de sentimentos diversos.	Mostrar gravuras e pedir que a criança nomeie as figuras. Colocar figuras de menino e menina sobre o chão e perguntar: “É um menino ou uma menina”? Reforçar respostas corretas ou corrigir os enganos. Ir colocando meninas de um lado e meninos de outro. Perguntar-lhe como se chama. Chamá-la por seu nome. Pronunciar o nome da criança em diferentes tons e intensidade. Bater palmas em cada sílaba do nome. Sentar a criança em frente ao espelho. Fazer caretas de diferentes estados de ânimo (alegria, tristeza, raiva). Incentive a criança a imitar.



	<p>Converse durante a brincadeira nomeando os sentimentos.</p> <p>Identifique também as diferentes expressões faciais e sentimentos nos acontecimentos do dia a dia.</p> <p>Tocar uma parte do corpo da criança e perguntar: “Esse nariz é seu? Repita a pergunta várias vezes, utilizando diferentes partes do corpo da criança. Incentivar a criança a responder sim ou não.</p> <p>Dar telefone de brinquedo, estabelecendo diálogo com a criança.</p> <p>Incentivar a exploração de diferentes relações de causa e efeito. Por exemplo: abrir e fechar uma gaveta, amarrar carrinho em um barbante e puxar.</p>
Estabelecer controle esfinteriano.	<p>Perguntar – lhe se deseja ir ao banheiro, fazer coco, fazer xixi.</p> <p>Observar a hora em que a criança evacua e urina. Próximo a este momento, deixar a criança apenas com roupa íntima e tentar sentá-la no pinico.</p> <p>Convidar a criança a observar outro colega maior (irmão/mamãe) no momento em que está sentado fazendo suas necessidades. Brincar com a criança ensinando um boneco a como sentar no vaso.</p>
Iniciar a capacidade de brincar com outras crianças e a interação social.	<p>Estimular atividades extra-familiar (passeios, excursões etc.) e o contato com crianças da mesma idade estimulando a interação entre as crianças.</p> <p>Colocar crianças e/ou membros da família em um círculo no chão. Dizer o nome de um dos integrantes do círculo e rolar a bola em sua direção. Repetir a atividade dizendo o nome de todos.</p>

Crianças de 3 a 4 anos

Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Subir escadas sem apoio, colocando um pé no degrau, depois o outro no mesmo degrau, sem alternância.	Permitir-lhe que se mova independentemente pela casa (subir e descer escadas, pular obstáculos, etc.).
Pegar com a mão em pronação, podendo usar o lápis.	Estimulá-la a desenhar na areia, no papel, no quadro-negro ou branco, a copiar formatos de círculo, cruz, quadrado, a desenhar o seu corpo. Inicialmente, utilizar tracejados para o aprendizado. <p>Incentivar a montagem de quebra cabeças destinado a sua faixa etária. Até os 4 anos a criança deverá ser capaz de desenhar um círculo.</p>



Usar frase gramatical (pronuncia correta) e superar a dislalia de troca.	Estimular e corrigir (repetir de maneira correta) a enunciação de frases gramaticais. Ler, contar histórias e poesias infantis para a criança. Encorajá-la a repetir canções, dançar, contar histórias, falar poesias, repetir números.
Reconhecer as cores, identificar diversas situações, momentos e objetos, realizar contagem.	Levá-la a identificar os objetos pelas cores. Quais apresentam cores semelhantes e diferentes. Na hora de vestir a criança, incentivar que ela diga o nome de cada peça, sua cor, quem comprou. Pergunte: quais desenhos ela vê, quantos botões têm a peça, etc. Ler com a criança histórias, permitindo que observa as ilustrações (tamanho, cor, outras características). Aponte as figuras e permita que a criança faça perguntas, associações, que reconheça preposições (em cima, em baixo, ao lado) e adjetivos (triste, feliz, zangado, frio, quente, fome, sono). Explorar com a criança a fotografia. Além de explorar detalhes da fotografia, contar a história da foto e recordar como a criança era cuidada com afeto e carinho. Colocar diferentes objetos sobre uma mesa e pedir que a criança lhe entregue um objeto, por exemplo: “Me dá um lápis, por favor!”. Depois deixe que a criança observe todos os objetos e os cubra com uma toalha perguntando: De quais objetos você se lembra? Esconda também um dos objetos, sem que a criança veja, pedindo depois que ela aponte qual objeto está faltando.
Desaparecer a ansiedade de separação materna, estabelecer processo de socialização.	Estimular a usar o banheiro corretamente. Incentivar o uso do por favor, obrigado, com licença e desculpas nas situações oportunas do dia a dia, bem como o esperar a vez para falar e realizar as atividades. Estimular a tomar banho, vestir-se sozinha. Estimular a ida à escola infantil. Quando a criança encontrar uma outra criança desconhecida, incentivar a interação social (um sorriso, cumprimento, troca de palavras). Pergunte o nome da criança e apresente uma a outra.

Crianças de 4 a 5 anos

Objetivos:	Atividades de Estimulação:
Estabelecer equilíbrio do corpo e coordenação motora.	Estimular a pular corda, saltar obstáculos, subir e descer escadas, andar nas pontas dos pés e



	calcanhares, equilibrar e pular em um pé só.
Independência e boa coordenação.	Estimulá-la a atar e desatar cordões, dar laços, abotoar e desabotoar roupas, imitar movimentos de corpo, caminhar seguindo ritmo de dança ou música. Até os 5 anos, a criança deverá ser capaz de vestir-se sozinha e escovar os dentes sem ajuda.
Desenhar.	Estimulá-la a trabalhar com tintas, papel, colagem, desenhos e pinturas de ponta de dedo. Estimular a colorir e desenhar diversas formas (corpo de menino, menina, casa, cruz). Até os 4 anos e meio a criança deverá ser capaz de copiar uma cruz.
Estabelecer jogos com outras crianças.	Promover situações de passeios e brincadeiras com as outras crianças. Comentar e estimular suas perguntas, estimular a frequência à pré-escola.
Reconhecer as cores básicas.	Reforçar a identificação de cores básicas (vermelho, azul, amarelo) em objetos, animais, plantas, revistas. Oferecer jogos de combinação de cores.
Estabelecer orientação espacial e temporal.	Ajudá-la a identificar objetos colocados em várias situações no espaço: perto e longe, em cima e embaixo etc. Habitua-la a organizar roupas e armários e a ajudar nas tarefas domésticas simples. Orientar a criança em relação aos acontecimentos/ações do ontem, do hoje e do amanhã.
Superar a dislalia,	Estimular frases gramaticais (pronuncia correta). Estimular verbalização através de canções, poesias, etc.

Estimulação Auditiva:

A audição será estimulada por meio da localização sonora a fim de exercitar a memória, atenção e a repetição de sons ludicamente. Imitando os sons, possibilita-se a repetição por parte da criança e início de um jogo que será importante para a futura articulação da fala. Iniciando assim a possibilidade de discriminação dos sons. Os sons que a criança é capaz de emitir são muito ricos e variados e, por essa razão, deve se dar oportunidade de exercitar os movimentos de boca e lábios constantemente.

A estimulação auditiva pode ocorrer de forma isolada a fim de trabalhar gradativamente as habilidades auditivas de: atenção, localização, lateralização, discriminação, compreensão auditiva. Logo este aspecto pode ser eliciado conjuntamente com a estimulação de linguagem durante o momento lúdico e contextual.

Algumas respostas ao comportamento auditivo são expressas por meio de respostas motoras,



como a localização do som, que é expressa por meio do controle e rotação cervical, e posteriormente pela dissociação de cinturas escapular e pélvica. Dessa maneira, faz-se necessário integrar a observação das aquisições de habilidades motoras à avaliação do comportamento auditivo, a fim de excluir alterações puramente motoras que alterariam resultados audiológicos, além de ser de fundamental importância avaliar o desenvolvimento global do indivíduo nos diversos domínios, tais como motor, de linguagem e da cognição.

No caso das crianças com perda auditiva, o SUS disponibiliza a concessão e adaptação das próteses auditivas/implante coclear. A escolha do grau da potência das próteses auditivas depende do grau da perda. O objetivo dessas próteses é o de estimular a audição residual da criança.

O papel da família é fundamental no processo de estimulação precoce, adaptação de próteses auditivas e reabilitação, uma vez que é o ambiente familiar que melhor pode oferecer situações para estimulação das funções auditivas e o desenvolvimento da linguagem, seja esta oral ou através dos sinais.

- Estimulação das habilidades auditivas: A criança deve reconhecer os sons produzidos por objetos e pelas pessoas através da fala, monitorar a própria voz em termos de padrões de timbre, duração, intensidade e entonação e desenvolver a percepção auditiva, que compreende consciência, a localização e a compreensão dos sons.

- Exposição à Língua Oral: A criança deve ter a oportunidade de interagir com crianças que usam a fala como meio de comunicação. A exposição à língua oral deve ocorrer de forma frequente. Deve ser trabalhada a produção de fonemas, palavras e frases e a compreensão da fala através da leitura oro-facial. A leitura oro-facial deve ocorrer de forma natural, com a pessoa falando com voz clara, um pouco mais devagar do que o normal, usando articulação normal e sem exageros. A voz deve ter intensidade normal. Falar de frente, com o rosto iluminado, no mesmo nível visual que a criança. Usar expressões faciais e entonações ricas. Deixar os lábios descobertos. Comunicar-se através de um contexto significativo. Manter sempre um diálogo. Respeitar as trocas de turnos.

- Exposição à Língua de Sinais: A Língua de Sinais é uma língua visual-gestual. Ela é composta de movimentos e formatos específicos de mãos, braços, olhos, face, cabeça e postura corporal. Deve ser considerada a possibilidade de inserção da criança em um ambiente em que a interação se faça por meio dos estímulos sonoros associados à língua de sinais.

- Orientação à família: No caso de crianças pequenas, de zero a 3 anos de idade, a família deve ser o centro das orientações. A essência de um programa centrado na família é a divisão de tarefas entre pais e profissionais, pois muitas vezes, após o diagnóstico, os pais param de falar com a criança. São eles que passam a maior parte do tempo com a criança e, portanto, devem ser orientados quanto à estimulação de linguagem de forma geral. Deve haver um trabalho com grupos de pais, a fim de que possam externalizar, explorar e dividir sentimentos e emoções sobre a problemática da surdez. Sentimentos dos pais: negação, culpa, raiva, confusão, inadequação.

Estágios pelos quais eles passam: negação, resistência, afirmação, aceitação. Profissional deve respeitar esses sentimentos. Desenvolver a autoconfiança dos pais e da criança. A criança deve ser vista em sua totalidade. A criança deve ser tratada de forma igual ao das outras crianças. Seu desenvolvimento ocorre de forma igual ao das outras crianças. Não esperar resultados imediatos, o progresso é lento e gradual. Envolver toda a família no processo. A família é a chave do sucesso.

Estimulação Visual:

A estimulação visual, não tem que ser nada muito complexo, sendo necessário ocorrer desde os primeiros dias de vida, nas atividades de vida diária e nos contatos afetivos com o cuidador. Para realizar a estimulação é necessário criar experiências agradáveis através do brincar, para chamar a atenção da criança. Desta forma, utilizam-se os possíveis recursos/intervenções:

- Estimular o uso da visão residual durante o brincar com outras crianças e com os



cuidadores.

- Estimular o comportamento exploratório do ambiente demonstrando de forma verbal onde a criança está, com quem está, onde irá, quais objetos estão no ambiente.
- Utilizar brinquedos e objetos adaptados de acordo com as necessidades da criança por meio das funções sensoriais (auditiva, tátil, proprioceptiva e vestibular) com brinquedos grandes, na linha média e no campo visual de 20 cm, estimulando verbalmente que a mesma busque com o olhar e a cabeça (se houver controle de tronco).
- Objetos de tamanhos e tipos variados, com cores de alto-contraste e coloridos (com amarelo e preto e/ou vermelho e branco) e/ou com brilho e iluminados, estimulando a visão residual e percepção tátil no campo visual de 20 cm.
- Brinquedos sonoros (como, por exemplo, chocalhos), dispostos na frente da linha média da criança, em seu campo visual e/ou horizontalmente realizando movimentos com o brinquedo de trás para frente e assim sucessivamente, de forma lenta para a criança perceber o objeto à sua volta.
- Estimular aspectos táteis com diferentes texturas, como por exemplo: grãos, esponjas, algodão etc. É necessário colocar as mãos da criança na textura e com ajuda terapêutica auxiliar a criança a se auto estimular, sempre dando estímulos verbais do que está sendo passado em seu corpo e qual o tipo de textura, se é: áspero, liso, gelado, entre outros.
- Evitar a luz direta nos olhos em crianças que apresentem crises convulsivas, mas se não houver é importante utilizar lanternas em ambiente escuros apontando para determinados pontos do ambiente e para objetos que o terapeuta quer que a criança olhe.
- Orientar familiares de como utilizar esses recursos em suas residências, para que o faça e aumente o estímulo dado à criança.
- Estimulação Precoce de Crianças com Baixa Visão: Cabe ao profissional de estimulação precoce evidenciar junto a família as reais potencialidades da criança. Muitas destas estão encobertas pela expectativa da família por uma resposta igual à de crianças sem comprometimentos. As respostas tão esperadas podem necessitar de adaptações para melhor posicionamento, para apresentação de objetos em localização adequada (de acordo com o campo visual), para adequação da iluminação ambiente ou direcionada, para adequação da distância de apresentação dos estímulos, para adequação das características dos objetos (cor, contraste, tamanho, textura). Essas modificações/ adaptações devem ser orientadas à família e adotadas em todas as atividades da criança. Essa interação modifica a relação – a criança desenvolve-se com o estímulo, e a família, ao perceber o quanto a criança pode realizar, oferecerá maiores oportunidades. Para avaliação mais efetiva, é necessário realizar após o exame oftalmológico, a avaliação funcional da criança para estimulação visual de acordo com a etapa do desenvolvimento.
- Estimulação Precoce de Crianças Cegas: Nos atendimentos programados para realização de estimulação precoce, é importante orientar a família sobre a importância de experimentar os diversos movimentos e posições na aquisição de habilidades motoras futuras, assim como elucidar e demonstrar as formas adequadas de promovê-las. Vale lembrar que toda a estimulação deve ser realizada de forma lúdica e agradável para a criança. Frequentemente observamos que a criança apresenta a cabeça baixa e necessita de um estímulo visual adequado ou diferente do visual (ou associado) para elevá-la. O contato com o rosto da mãe, o sopro suave no seu rosto, a fala mansa e direcionada funcionam como estímulo agradável. Ainda, quando a criança apresenta um resíduo visual, podemos apresentar um brinquedo contrastante a uma distância e no campo visual, sensíveis à sua condição visual. Todas as crianças com baixa visão ou cegueira, devem realizar avaliação oftalmológica e serem acompanhadas pelos CER habilitados em reabilitação visual para realização de treino de mobilidade, indicação de uso tecnologia assistiva – lentes especiais, bengalas, entre outras, como estratégias de apoio, ampliação da autonomia e da inclusão social.



Estimulação da Função Motora:

A estimulação das funções motoras ocorrerá por meio da abordagem proprioceptiva visando proporcionar a sensação de onde se localizam partes do seu próprio corpo, no espaço, com maior diversidade de experiências sensitivas/sensoriais e promoção de praxias do sistema sensorio motor oral e do próprio toque. Quanto à motricidade deve ser trabalhado e reforçado movimentos diversos, que favoreçam adequação de tônus e força muscular. Este é um trabalho que resulta na consciência do próprio corpo e inibição de movimentos estereotipados.

As principais metas de um programa de intervenção precoce:

1. Maximizar o potencial de cada criança inserida no programa por meio da estimulação em nível ambulatorial e também em seu ambiente natural, estabelecendo o tipo, o ritmo e a velocidade dos estímulos, e designando, na medida do possível, um perfil de reação.
2. Potencializar a contribuição dos pais ou responsáveis, de modo que eles interajam com a criança de forma a estabelecer mutualidade precoce na comunicação e afeto, prevenindo o advento de patologias emocionais e cinestésicas.
3. Promover um ambiente favorável para o desempenho de atividades que são necessárias para o desenvolvimento da criança.
4. Oferecer orientações aos pais e a comunidade quanto às possibilidades de acompanhamento desde o período neonatal até a fase escolar.
5. Promover um modelo de atuação multiprofissional e interdisciplinar.
6. Disseminar informações incentivando e auxiliando a criação de novos programas de estimulação precoce.

A intenção com toda e qualquer técnica que possa ser usada para estimulação precoce é atingir o desenvolvimento neuro-sensorio-motor na sua integralidade. O desenvolvimento global depende do ambiente em que ela vive, dos estímulos fornecidos e do grau de comprometimento neurológico, tudo dentro da medida certa. O excesso de estímulos também não é benéfico.

O ambiente familiar precisa ser estimulador, cada troca de posição, troca de roupa, oferta de brinquedos, banho, deve ser acompanhados de estímulos verbais e táteis. Sempre que possível à criança deve estar perto dos pais, cuidadores, irmãos, enquanto estiverem trabalhando, conversando, se alimentando ou brincando. Ela precisa participar da dinâmica da casa.

- Estimulação da linha média: O alcance bi-manual e a manipulação de objetos somente são possíveis quando o bebê domina a movimentação, principalmente dos membros superiores na linha média. A postura em supino é ideal para este estímulo. Podemos usar brinquedos coloridos luminosos para atrair a atenção do bebê e manter a cabeça na linha média. Se ela não consegue ativamente, pode ser auxiliada pelo terapeuta. Nessa mesma posição, já com a cabeça posicionada, estimule a preensão bi-manual na linha média. Para que a informação seja melhor recebida e assimilada pelo SNC podemos acentuar a descarga de peso na região cervical e tronco superior elevando a pelve e aproximando os membros inferiores dos superiores. Este movimento também fortalece a musculatura abdominal, alonga a musculatura cervical e permite o alcance dos pés pelas mãos.
- Estimulação do controle cervical: Para que o controle cervical aconteça é necessário que exista um sinergismo entre a musculatura flexora e extensora do pescoço e do tronco superior. Podemos promover esta estimulação em supino e até mesmo em decúbito lateral. Porém, na postura em prono temos um melhor controle da simetria corporal e podemos utilizar a gravidade como fator de estimulação. Pode-se colocar um rolo de tecido ou espuma em baixo das axilas, com os braços a frente desse e utilizar objetos coloridos, ruidosos ou luminosos para atrair a atenção do bebê e através do seguimento visual proporcionar a extensão cervical.



- O rolo deve ser de uma altura que permita o apoio dos cotovelos.
- Na postura supina, podemos incentivar o rolar através da fixação visual em um objeto ou mesmo no rosto do terapeuta ou estimulador. No início pode ser necessário auxílio para atingir a postura e para isso é importante utilizar dos pontos de controle, facilitando o movimento e não realizando este pelo bebê. Provavelmente, será necessário ajudá-lo na liberação do braço tanto no rolar de supino para prono, quanto vice-versa. Essa atividade também promove estímulos vestibulares e labirínticos, auxiliando na aquisição das reações labirínticas e retificação, ou em crianças que já tenham desenvolvido essa reação, podemos utilizá-la como auxiliar da estimulação do rolar. Realizar esta atividade no colo do terapeuta ou estimulador também é bastante eficaz e, muitas vezes, mais confortável e acolhedor para o bebê.
 - Estimulação da postura ajoelhada e agachada: A estimulação destas posturas mais altas é importante para preparar o bebê para a postura bípede. Podemos para isso utilizar atividades de alcance acima da cabeça (presas na parede ou em um espelho, por exemplo) e facilitar a passagem do sentado de lado (side) para a postura de joelho e com isso conseguir alcançar o objeto.
 - Estimulação do semi-ajoelhado e transferência para o ortostatismo: O semi-ajoelhado é uma postura de transição e muito utilizada para atingir a postura ortostática. Aproveite a atividade da postura ajoelhada e incentive a passagem do pé para frente, ora de um lado, ora de outro. Pode-se mantê-la a postura de frente para o espelho ou posicionar a criança de frente para o terapeuta. Esse tipo de postura fortalece o vínculo do estimulador com a criança, tornando a atividade mais eficaz e prazerosa.
 - Estimulação do ortostatismo estático e do andar Com a criança apoiada em um móvel ou em outra pessoa promover o desequilíbrio para frente, trás e lados estimulando as estratégias de equilíbrio do tornozelo e quadril. Incentivar a marcha lateral com apoio, progredir para marcha para frente com apoio seja empurrando uma cadeira, banco ou mesmo um andador infantil. Ao estimular a marcha com o apoio de uma ou ambas as mãos do estimulador é necessário estar atento a não incentivar a extensão dos ombros da criança (manter os braços para cima), pois essa posição altera a descarga de peso e com isso dificulta a aquisição do equilíbrio de pé seja estático ou dinâmico. O melhor ponto de apoio para estimulação da marcha é pelo quadril.
 - Estimulando a exploração do ambiente: É necessário que sejam oferecidas diversas oportunidades para o bebê explorar e movimentar-se ativamente durante a intervenção. Ela coloca também a importância de objetos diversificados como escorregadores, bancos de madeira, piscinas de bolinhas, cama elástica, degraus e materiais de diferentes texturas, porém destaca que é no ambiente doméstico que a criança entrará em contato com os objetos e pessoas do seu convívio, explorar os móveis da sala, mexer nas panelas da cozinha, bater nos móveis com escovas, pentes e chaveiros. Os pais devem ser orientados da importância destas atividades. O bebê também precisa ser incentivado a engatinhar embaixo das cadeiras da sala ou da cozinha na intenção de buscar um objeto e, com isso, desenvolver uma variedade de sensações e movimentos, como abaixar a cabeça para passar por baixo, movimentar os membros dentro das amplitudes permitidas, desenvolvendo com isso a lateralidade e as noções espaciais como “em cima”, “embaixo”, “dentro” e “fora”.
 - Estimulação da Função Manual: A estimulação da função manual acontece associada à quase totalidade de experiências sensorio-motoras vivenciadas pelo bebê no cotidiano. No entanto, algumas atividades podem ser implementadas, no momento das terapias e/ou em domicílio, com o objetivo de potencializar a aquisição de habilidades por este segmento e que certamente repercutirão na vida funcional futura desta criança. Como anteriormente descrito, os momentos de brincadeira são extremamente ricos e devem ser utilizados para criar experiências estimulantes para a criança, em busca de respostas adaptativas. Exemplo de



atividade que deve ser realizada de forma a favorecer a função manual: Colocar em uma vasilha de plástico com grãos (arroz seco, feijão seco, macarrão ou bolas de gude) e estimular que a criança explore/brinque mantendo contato das mãos com as diferentes texturas, discrimine os estímulos.

Estimulação das Habilidades Cognitivas e Sociais:

Embora existam parâmetros de normalidade, pode-se considerar que o desenvolvimento pleno e satisfatório de uma criança se dá dentro de suas possibilidades. Sendo assim, mesmo crianças com deficiências trazem condições para que lhes sejam ofertadas oportunidades de crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, a estimulação precoce, também no âmbito das habilidades cognitivas e sociais, funciona como um instrumento adicional que previne ou atenua possíveis atrasos ou defasagens especialmente nos três primeiros anos da evolução infantil. A estimulação destas competências envolve variados facilitadores desde a equipe multiprofissional até a família da criança, cujo papel é central em seu desenvolvimento. Da mesma forma existem variados programas de estimulação conforme as características da população ou do indivíduo que se assistirá, sendo preciso considerar os níveis de organização já alcançados pela criança e suas possibilidades de assimilação e acomodação aos estímulos oferecidos, sem perder de vista, no entanto, o fato de que desafios são fundamentais para o avanço da criança nas intervenções.

Estimulação da Linguagem:

A interação é o ponto de origem, o lugar de construção da subjetividade e, portanto, no qual se constrói a linguagem. As trocas comunicativas propiciam a compreensão da linguagem pela criança, a atribuição de significado às suas emissões, a aprendizagem e o desenvolvimento cognitivo.

No processo de interação, adulto e criança são parceiros e as relações familiares têm papel fundamental para a aquisição da linguagem pela criança, pois, ao dedicar seu olhar e escuta à criança, o cuidador convoca-a para um lugar enunciativo, faz dela um destinatário de seus enunciados, um sujeito capaz de escutar ao outro e por ele ser escutado. O cuidador, ao interpretar as manifestações da criança, sejam elas verbais ou não verbais, reconhece a autoria da produção infantil, legitimando a criança como interlocutor, como parceiro de interações simbólicas.

Além de interferir na construção da linguagem (não verbal e verbal) pela criança, o fonoaudiólogo responsável pela estimulação precoce acompanha o processo de aquisição da linguagem, bem como suas interações com o meio, buscando favorecer a aquisição de funcionalidades orofaciais, para que a oralidade se organize como um sistema complexo, ao mesmo tempo funcional e erógeno, que implicará a sensorialidade e o prazer oral, a alimentação e nutrição, a fala, participando também do processo respiratório. Nesse sentido, a oralidade faz convergir dimensões ligadas às funções vitais (deglutição, nutrição, gustação, respiração) e à humanização propriamente dita (linguagem e desejo, que fazem da região oral uma zona erógena).

Fonte: Adaptado do Manual AIDPI – Criança do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância (2017), das Diretrizes e Recomendações de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde (2016) e das Diretrizes de Estimulação Precoce para Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor decorrente de Microcefalia (2016).



ADENDO
ACORDO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

De _____ um lado o (a) paciente _____, inscrito(a) no Cartão SUS nº _____, Do outro lado o Centro Especializado em Reabilitação – CER/SEMUSA, instituição pública, mantida pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Velho, situada Rua Jamary, nº 1880 – Pedrinhas, Porto Velho/RO.

As partes acima identificadas tem entre si justo e acertado o presente ACORDO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO, que se regerá pelas cláusulas e regras descritas neste documento.

DO OBJETO DO ACORDO:

CLÁUSULA 1ª. A prestação do serviço de reabilitação física por até 30 sessões, sendo que o número de sessões será definido pelo profissional executante; e a prestação do serviço de reabilitação intelectual terá enquadramento investigativo de 01 (um) mês (totalizando 04 sessões), sendo que o enquadramento poderá ser curto período (totalizando 13 sessões) ou de longo período (totalizando 26 sessões), definido pelo profissional executante.

§ 1º. O Serviço será prestado inicialmente nos dias _____, às _____, na sede deste CER/SEMUSA, a princípio pelo(a) profissional executante _____.

§ 2º. O paciente deve apresentar-se na recepção da unidade com no mínimo 20 (vinte) minutos de antecedência ao início da sessão agendada e posteriormente no consultório do profissional no horário previsto para início da sessão.

§ 3º. Na hipótese de o(a) paciente não comparecer em sua 1ª consulta, será considerada a falta e o paciente não será enquadrado no serviço.

§ 4º. Nos retornos, na hipótese de o(a) paciente se apresentar na recepção, triagem ou no consultório de atendimento após no máximo 20 (vinte) minutos do horário previsto para início da sessão agendada, fará jus ao atendimento pelo tempo que restar da sessão.

§ 5º. Nos retornos, na hipótese de o(a) paciente se apresentar na recepção, triagem ou no consultório de atendimento com mais de 20 (vinte) minutos do horário previsto para início da sessão agendada, será considerada a falta para a sessão.

§ 6º. Na hipótese do(a) profissional executante não puder realizar o atendimento no dia e horário agendado, o CER/SEMUSA informará a não possibilidade e remarcará a sessão. Neste caso, a sessão não será contabilizada como executada, sendo gerado um abono de sessão para o paciente.

§ 7º. O profissional poderá dar alta para o paciente em razão de: violação das regras estabelecidas neste documento, objetivos atingidos, objetivos não atingidos (sem evolução clínica), critérios clínicos, ético e profissionais.

§ 8º. No serviço de reabilitação física a critério do(a) profissional executante poderá ser concedido até 20 (vinte) sessões extras ao paciente.

CLÁUSULA 2ª. O serviço que será prestado pelo(a) profissional executante abrangerá a consulta, elaboração do plano de tratamento, sequencia e modo de sua execução, o qual o paciente se compromete a cumprir.

§ 1º. O(a) profissional executante poderá solicitar ao paciente a realização de exames que se façam necessários para elucidação do diagnóstico apresentado, cuja recusa por parte do(a) paciente prejudicará a prestação dos serviços, ficando este ciente.

§ 2º. A regulação ou custeio dos exames ficará a cargo exclusivo do(a) paciente.

§ 3º. O(a) paciente autoriza a entrevista, a fotocópia dos resultados dos exames laboratoriais e de imagem, dentre outros procedimentos, e a utilização destas, visto que o tratamento será realizado pela equipe multiprofissional do CER/SEMUSA, a fim de desenvolver avaliação, elaboração do plano



de tratamento, sequência e modo de sua execução.

§ 4º. O(a) paciente declara estar ciente que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma o(a) identificar, será mantido em sigilo. Preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

DAS OBRIGAÇÕES DO PACIENTE:

CLÁUSULA 3ª. O(a) paciente deverá realizar todas as atividades que lhe forem prescritas conforme as determinações do(a) profissional executante, inclusive, fazendo os exames solicitados, ficando ciente que a não realização destes poderá interferir na evolução do tratamento.

Parágrafo Único. Compromete-se o(a) paciente a seguir as recomendações e orientações domiciliares prescritas pelo(a) profissional executante visando o melhor resultado do tratamento. Caso o(a) paciente ou responsável legal reiteradamente não siga as orientações domiciliares e prescrições, o profissional executante poderá dar alta ao paciente.

CLÁUSULA 4ª. O(a) paciente deverá comparecer ao tratamento, nos dias e nos horários marcados, com trajes adequados para a execução das atividades e atendimentos. O não comparecimento a 1ª consulta acarretará no não enquadramento no serviço.

CLÁUSULA 5ª. Nas consultas de retorno, o não comparecimento do paciente acarretará no desligamento após computadas 02 (duas) sem justificativas ou 05 (cinco) faltas totais ainda que justificadas e devidamente comprovadas.

CLÁUSULA 6ª. O(a) paciente não pode estar vinculado a dois serviços especializados da rede de cuidados a pessoa com deficiência do SUS, de modo que, o(a) paciente que estiver sendo atendido por outro serviço especializado da rede de reabilitação optará por um dos serviços (municipal ou estadual), caso opte por permanecer no CER/SEMUSA, este deverá desligar-se do outro serviço.

Parágrafo Único. O CER/SEMUSA não se responsabilizará pela manutenção ou reinserção na vaga em outro serviço de saúde, após finalizar a modalidade de enquadramento oferecido pela unidade.

DAS OBRIGAÇÕES DO CER/SEMUSA:

CLÁUSULA 7ª. É dever do CER/SEMUSA disponibilizar ao paciente um(a) profissional executante para prestar o atendimento na especialidade objeto deste documento. Podendo a qualquer momento por critérios administrativos clínicos, éticos e profissionais, designar outro profissional para execução do atendimento.

CLÁUSULA 8ª. O CER/SEMUSA manterá consigo o prontuário do paciente com a descrição e evolução do tratamento pelo período descrito na legislação pertinente.

Parágrafo Único. Sendo objeto do presente documento, uma obrigação de meio, não responde o CER/SEMUSA e o(a) profissional executante por expectativas de resultados intrínsecos ao quadro clínico, mental, psicológico, e emocional do paciente, sendo que a responsabilidade eventual do(a) profissional executante será somente apurada mediante a verificação de culpa ou negligência.

CLÁUSULA 9ª. O serviço objeto deste documento será ofertado de modo gratuito ao (a) paciente no rol dos procedimentos do SUS. Sendo vetado em qualquer hipótese a cobrança de valores pela prestação do serviço ao paciente.

DAS FALTAS NÃO JUSTIFICADAS E DESLIGAMENTO:

CLÁUSULA 10. O(a) paciente que não comparecer a 1ª consulta terá enquadramento negado no serviço.

CLÁUSULA 11. O(a) paciente que computar 02 (duas) faltas sem justificativas ou 05 (cinco) faltas totais ainda que justificadas e devidamente comprovadas, será desligado do serviço.

§ 1º. É considerada falta não justificada, todas aquelas não previstas no regime de abono de faltas.

§ 2º. Os desligamentos em decorrência de falta não justificada, deverão ser precedidos de intervenção do Serviço Social do CER/SEMUSA.

§ 3º. Casos controvertidos relacionados aos desligamentos serão decididos pela Gerência do



CER/SEMUSA.

DO REGIME DE ABONO DE FALTAS:

CLÁUSULA 12. Serão Abonadas as faltas, nas hipóteses relacionadas na tabela de abono de faltas, desde que ocorra a comprovação com apresentação de documento comprobatório, em até três dias úteis subsequentes a ausência do atendimento.

Tabela de Abono de Faltas	
Motivo	O que comprova?
Doença/ Acidente	Atestado médico ou odontológico, declaração de comparecimento, declaração de acompanhante ou licença médica.
Consulta médica ou Multiprofissional da Saúde/ Tratamento Médico	Declaração de comparecimento, declaração de acompanhante ou atestado médico
Tratamento Fora do Domicílio – TFD	Declaração emitida pela SESAU/RO ou pela instituição de saúde preceptora, declaração de acompanhante.
Atividade Escolar/ Universitária	Declaração de participação ou presença emitida pela instituição de ensino.
Doação de Sangue	Apresentação da declaração de doação.
Convocação pela Justiça	Intimação ou declaração de comparecimento n audiência.
Convocação pela Polícia	Intimação ou declaração de comparecimento emitido pela autoridade policial.
Convocação pelo Serviço Militar	Intimação ou declaração de comparecimento emitido pela autoridade militar.
Falecimento de Familiar até 2º grau em linha reta ou colateral	Certidão de óbito.

§ 1º. O abono de falta, somente ocorrerá após o preenchimento do requerimento de abono de falta junto ao CER/SEMUSA.

§ 2º. As faltas abonadas serão as que corresponderem ao período contido no comprovante apresentado.

§ 3º. O abono de falta permite que o(a) paciente tenha a reposição das sessões abonadas.

§ 4º. Aplica-se ao regime de abono de faltas o limite de até 05 (cinco) sessões, após isso o(a) paciente será desligado do CER/SEMUSA.

DECLARAÇÃO E SESSÃO DE ASSINATURAS DO ACORDO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO.

O(a) paciente ou representante legal declara que foi informado que o CER/SEMUSA realizará o tratamento visando à reabilitação (física ou intelectual) do paciente. Sendo assim, compromete-se a participar pontualmente, no horário agendado, de todos os atendimentos e tratamentos propostos.

O(a) paciente ou representante legal declara que recebeu os esclarecimentos necessários sobre alta dos atendimentos do CER/SEMUSA e encaminhamento para outros serviços de atendimento para prosseguimento do tratamento, se necessário.



Prefeitura do Município de Porto Velho
Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA
Departamento de Média e Alta Complexidade



O(a) paciente ou representante legal declara que foi alertado que as faltas sem justificativas não podem ultrapassar o limite de 02 (duas), e as faltas às consultas, entrevistas, atendimentos ou outra atividade, mesmo que justificadas e devidamente comprovadas, não podem ultrapassar o limite de 05 (cinco), em sequência ou alternadas, sob pena de ser desligado dos serviços prestados pelo CER/SEMUSA, tendo de apresentar novo encaminhamento médico para solicitar atendimento que deverá ser via SISREG, respeitando todos os critérios de agendamento.

O(a) paciente ou representante legal declara que foi informado de que pode haver recusa à participação nos atendimentos, de acordo com a avaliação inicial, bem como o usuário pode desistir totalmente do tratamento proposto pela equipe a qualquer momento, sem precisar de justificativa, embora precise informar sua desistência à equipe do CER/SEMUSA. É assegurada a assistência durante todo o tratamento, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre os atendimentos e suas evoluções. Enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois de todas as fases do tratamento.

Assim, tendo sido orientado quanto ao teor de todas as informações aqui mencionadas, e compreendendo a natureza e o objetivo do CER/SEMUSA, aceita a participação nos tratamentos definidos pela equipe multidisciplinar e esta totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela utilização ou participação dos serviços do CER.

Nestes termos, ambas as partes firmam este acordo e se obrigam a cumpri-lo, após a assinatura deste acordo.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal

CPF: _____

Porto Velho – RO, ____ / ____ / ____.

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER/SEMUSA
CNES 2802708