



PORTFÓLIO

APRESENTAÇÃO

Este portfólio foi elaborado com o objetivo de delinear as diretrizes de atendimentos no âmbito do Centro Especializado em Reabilitação – Modalidade IV (CER-IV).

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER)

O CER trata-se de um equipamento componente da rede de atenção especializada que visa a realização de diagnósticos, avaliações, orientações e estimulação precoce, bem como a prestação de atendimentos ambulatoriais em reabilitação/habilitação funcional das pessoas com deficiência para sua autonomia e independência, constituindo-se como uma referência para rede de atenção à saúde do território. O CER-IV tem como objetivo principal a promoção de cuidados em saúde para habilitação/reabilitação, contemplando quatro modalidades: física, auditiva, visual e intelectual (PRT MS/GM nº1.303/2013). As ações contempladas no CER-IV visam a promoção da saúde, a prevenção dos agravos e a identificação precoce de deficiências em todas as fases da vida.

O objetivo deste documento é nortear a implantação, implementação e funcionamento dos serviços de reabilitação a serem ofertados pelo CER-IV, localizado na Policlínica Aderson Tavares Bezerra, a um total de 13 municípios, tendo como característica a atenção especializada na reabilitação física, visual, auditiva e intelectual, seguindo as diretrizes:

ACESSO

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do usuário a atenção à saúde em tempo adequado. Para isso, pode-se dispor de um conjunto de mecanismos, entre os quais se destacam: estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários; criação e/ou aprimoramento de sistema de regulação e avaliação dos serviços oferecidos, visando à qualidade do cuidado. O acesso ao serviço de reabilitação está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Isto requer análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos de educação permanente das equipes de saúde para que os resultados do cuidado ofertado possam gerar melhor qualidade de vida e o maior grau

de autonomia possível à saúde da pessoa com deficiência. Vale ainda destacar que o usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência, o que exige organizar os serviços e pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em cada região de saúde, dispondo de estrutura física e funcional e de equipes multiprofissionais devidamente qualificadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada em reabilitação para pessoas com deficiência, de modo articulado aos demais pontos de atenção da atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência.

FLUXOS PARA ATENDIMENTO NO CER-IV

- Usuário cadastrados na Secretaria Estadual de Saúde (SESA);
- Central de Regulação - CER IV;
- Acolhimento institucional/triagem;
- Adequação do tipo de reabilitação;
- Anamnese com os usuários e/ou responsáveis;
- Construção do Projeto Terapêutico Singular com equipe, usuário e responsáveis;
- Intervenções terapêuticas individuais ou grupais/interdisciplinares;
- Contrarreferência ou alta do acompanhamento;

1.



Reabilitação Física: reabilita funções motoras, melhorando assim a qualidade de vida e autonomia das pessoas com deficiência.

ASPECTOS GERAIS DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

O processo de habilitação e reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades,

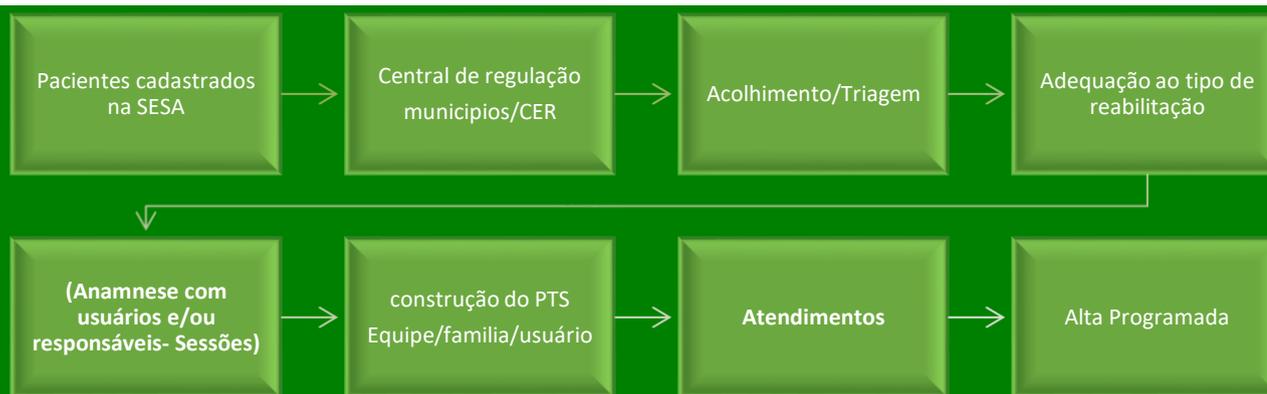
talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

As estratégias de ações para reabilitação devem ser executadas a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, com vistas a promover e garantir melhor adaptação, qualidade de vida, autonomia e empoderamento para o desempenho de atividades e habilidades de forma integral e independente.

A habilitação ou reabilitação neste contexto envolve a assistência do indivíduo globalmente, suas particularidades, seu meio ambiente e seus aspectos sócio-culturais, portanto sendo executada de maneira multiprofissional.

O SERVIÇO DE FISIOTERAPIA

Fluxo de atendimento



Acolhimento (Recepção do usuário)	Avaliação inicial Testes padronizados e não padronizados Análise do caso com membros da equipe de reabilitação	Diagnóstico a partir da análise dos sinais, sintomas, histórico clínico, exames físicos, complementares e avaliação de funcionalidade;	Elaboração do plano terapêutico ou de tratamento
Atendimento especializado em reabilitação/habilitação	Reavaliação periódica ao longo da intervenção ou da proposta terapêutica de pequeno, médio e longo prazo	Estimulação Precoce às Crianças de 0 a 3 anos	Orientações aos cuidadores pessoais, acompanhantes
registro em prontuário único	Seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção,	Articulação intersetorial atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência, proteção social, educação, etc..	Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA REABILITAÇÃO CER

Público alvo: crianças, adolescentes, adultos e pessoa idosa.

Os pacientes serão atendidos conforme critérios os e estabelecidos na Tabela abaixo.

Deficiência / Neuroreabilitação
Pessoas com disfunções neurológicas que apresentam sequelas motoras e funcionais.
Neuroreabilitação de 0 a 100 anos
Doença de Parkinson
Sequelas de Traumas;
Trauma Raqui-Medular (TRM)
Sequela de Acidente Vascular Encefálico (AVE)
Deficiência congênita, adquirida, hereditária e doença rara
Traumatismo Crânio Encefálico (TCE);
Doenças Neuromusculares; distrofias, tumores

Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância (Paralisia Cerebral)
Síndromes Genéticas que comprometam o aparelho locomotor;
Mielomeningocele;
Malformações Congênitas;
Indivíduos com sequelas neurofuncionais de outras patologias e disfunções como HIV
Neuropatias
Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)
Esclerose Múltipla (EM)
Amputação com diagnóstico médico de quadro clínico estável;
<ul style="list-style-type: none"> • Fase pré- operatória • Fase pós- operatória • Pré- protetização • Pós- protetização
Pacientes médio e grande queimados
Pacientes com deficiências visuais que requeiram aprendizado motor.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NO GRUPO DE FISIOTERAPIA TRAUMATO – ORTOPÉDICA

Todos os casos que não requeiram atendimento multiprofissional serão atendidos individualmente, classificados como fisioterapia geral (convencional).

LISTA DE PATOLOGIAS TRATADAS PELO SETOR DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA/RESPIRATÓRIA

DPOC, asma

Sequelas de pneumonias ou doenças infiltrativas

Fraturas, entorses e luxações

Tendinites, bursites e entesopatias

Artroses e edemas crônicos
Déficit de mobilidade em todos os segmentos corpóreos do sistema músculo- esquelético
Contraturas musculares
Dores crônicas – distúrbios musculo esqueléticos tais como:
<ul style="list-style-type: none"> • Lombalgias e lombociatalgias
<ul style="list-style-type: none"> • Dorsalgias
<ul style="list-style-type: none"> • Cervicalgias e cervibraquialgias
Transtorno de coordenação e equilíbrio.
Radiculopatias
Paralisias faciais leves a moderadas

DEFICIÊNCIA FÍSICA E O USO DE TECNOLOGIA ASSISTIVA (TA)

A utilização de tecnologia assistiva fornece maiores possibilidades para o usuário, bem como, recurso terapêutico no processo de reabilitação. A Tecnologia Assistiva para as deficiências físicas garante uma maior mobilidade, a partir da utilização de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, por exemplo. Dentre os recursos utilizados que visam a autonomia, ganho de funcionalidade e o desempenho ocupacional, de acordo com as necessidades dos usuários, para realização de atividades de vida diária e prática há a adaptação de materiais, utilização de recursos, aplicativos, softwares e Sistemas de controle de ambiente, recursos de adaptação postural (BERSCH, 2017). 40 Destaca-se, que os recursos de TA devem ser desenvolvidos e elaborados para que o usuário utilize visando a facilitação da mobilidade e transporte pessoal, comunicação, educação, trabalho, cultura, atividades recreativas e desportivas, ou seja, em todos os domínios entendidos como conjuntos significativos de funções do corpo, ações, tarefas, ou área da vida que capturam um fenômeno específico ou as experiências de um indivíduo (OMS, 2013)

MODALIDADES DE ENQUADRAMENTO

ENQUADRAMENTO EXPERIMENTAL: 3 meses.

ENQUADRAMENTO DE CURTO PERÍODO: 3 a 6 meses.

ENQUADRAMENTO DE MÉDIO PERÍODO: 6 a 9 meses.

ENQUADRAMENTO INDIVIDUAL: usuário permanece no serviço no período de até 12 meses.

GRUPOS: usuário e/ou acompanhante - Tempo de permanência: semestral.

CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO

Poderá ser desligado como abandono de tratamento o usuário que obtiver índice de falta em 30% do tempo estabelecido pelo enquadramento, conforme tabela abaixo:

ENQUADRAMENTO	Nº DE FALTAS NO PERÍODO
Experimental: 3 meses.	09
Curto período: 3 a 6 meses	18
Médio período: 6 a 9 meses	27
Longo período: 9 a 12 meses	36

Em caso de falta do cliente à sessão agendada, não será de responsabilidade do fisioterapeuta da Instituição ligar para o cliente a fim de saber sobre o motivo da falta.

O paciente e ou responsável legal (em caso menor), caso não possa comparecer à sessão agendada, deverá preencher solicitação de justificativa de falta junto à recepção da Policlínica Regional de Crato.

TODAS as faltas devem ser justificadas na recepção em formulário próprio e encaminhado ao profissional responsável pelo atendimento, bem como deverá ter a cópia anexada ao seu prontuário.

NÃO serão consideradas justificativas por meio eletrônico (mensagens, áudios ou telefone).

ENQUADRAMENTO	Nº DE FALTAS NO PERÍODO
Experimental: 3 meses.	09
Curto período: 3 a 6 meses	18

Médio período: 6 a 9 meses	27
Longo período: 9 a 12 meses	36

REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO À PESSOA OSTOMIZADA

O serviço de atenção às pessoas ostomizadas presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, na orientação ao cuidador e/ou familiar, assim como para realização de suas atividades de vida autônoma, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, e serem integrados às unidades que prestem serviços de Reabilitação Física. A prestação de assistência especializada para pessoas ostomizadas, conforme estabelecido na Portaria SAS/MS 400, de 16 de novembro de 2009, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional. O serviço deve responsabilizar-se pela capacitação da equipe ao atendimento especializado ao paciente ostomizado, possuindo um mínimo de 50% a equipe capacitada ao manejo das especificidades deste paciente. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação física devem ser executadas nos Serviços de Reabilitação Física a partir das necessidades particulares de cada indivíduo, de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

Para melhor entendimento, seguem-se algumas definições:

Estomia

É um procedimento cirúrgico que consiste na exteriorização do sistema (digestório, respiratório e urinário), criando um orifício externo que se chama estoma.

Ostomia

É uma intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).

Estomas Respiratórios

Traqueostomia é uma abertura feita por incisão cirúrgica da traquéia com o propósito de estabelecer uma via respiratória, que pode ser definitiva como acontece nos casos da cirurgia de laringectomia total ou

temporária, que é muito comum nos pacientes com entubação orotraqueal prolongada.

Estomas Alimentares

É um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal. Jejunostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal.

Estomas Alimentares Gastrostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal. Jejunostomia é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal. Tanto as gastrostomias como as jejunostomias são realizadas com a finalidade de administrar alimentos e líquidos.

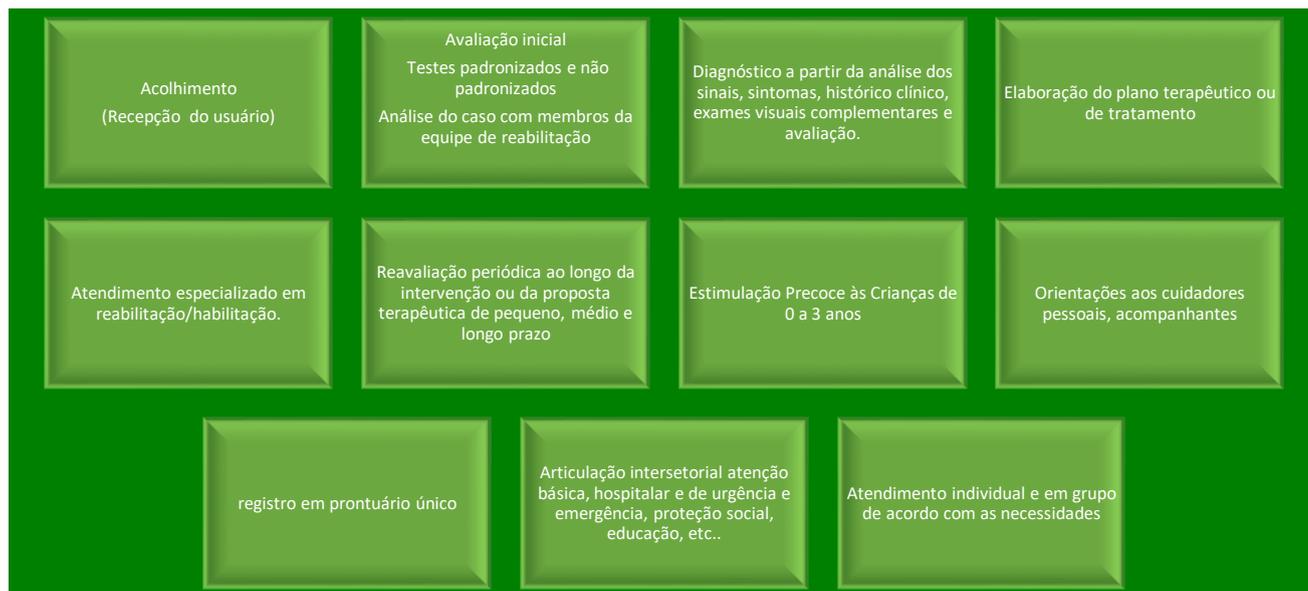
Estomas Urinários

Toda forma de drenagem de urina fora dos condutos naturais, que envolve a pelve renal, ureteres, bexiga e uretra, pode ser considerada uma derivação urinária. O estoma urinário é a exteriorização de condutos urinários, que se justifica, em alguns casos clínicos, para a manutenção da filtração renal.

2.

Reabilitação Visual: facilita a autonomia de vida e reintegração social a quem tem baixa visão ou cegueira.





CRITÉRIOS DE ADMISSÃO NA REABILITAÇÃO CER

Público alvo: crianças, adolescentes, adultos e pessoa idosa.

REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO VISUAL

A tecnologia assistiva é o conjunto de recursos, equipamentos e ferramentas capazes de auxiliar a pessoa com deficiência a executar suas tarefas com independência, objetivando a melhoria da qualidade de vida, desempenho das capacidades funcionais, inclusão social através da mobilidade e acesso a diversos ambientes. Os recursos utilizados para deficiência visual são diversos e deverão ser utilizados de acordo com a necessidade e acometimento da visão, sendo eles, os Auxílios para visão subnormal, Auxílios Não-Ópticos, Auxílios Eletrônicos Para Ampliação da Imagem, além de softwares, aplicativos e sistemas de ampliação da imagem, audiodescrição, conversor de voz, bengalas, recursos táteis, como relógios, dentre outros. Entende-se Auxílios Ópticos como recursos que, pelas suas propriedades ópticas, levam a uma resolução maior da imagem, seja pela sua capacidade de ampliação, seja pelo 58 reposicionamento e condensação da imagem retiniana ou por meio da filtração seletiva do espectro visível da luz. Os Auxílios Não-Ópticos são aqueles que modificam materiais e melhoram as condições do ambiente com o objetivo de aumentar a resolução visual.

São também denominados auxílios de adaptação funcional. Podem ser empregados isoladamente ou em conjunto com auxílios ópticos com o objetivo de promover a sua adaptação. Esses auxílios fazem parte da relação de equipamentos que o Serviço de Reabilitação Visual deve dispor nas suas instalações. Após a indicação do auxílio óptico pelo médico oftalmologista, orientar o usuário é crucial para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e consequente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação visual. O treinamento e orientação para o uso do auxílio óptico será realizado pelo profissional com capacitação em reabilitação/habilitação visual que atua na equipe multiprofissional. No caso de escolares, após o término da reabilitação o profissional responsável deverá emitir um relatório com orientações quanto aos procedimentos a serem adotados pelos professores de Sala de Recursos Multifuncional, viabilizando o processo de inclusão do educando.

O auxílio óptico deverá ser indicado quando houver melhora no uso da visão remanescente, de acordo com o potencial visual de cada indivíduo. Orientações para uso funcional do auxílio óptico indicado serão, dessa forma, incorporadas com maior facilidade e o processo de adaptação será menos dispendioso, respeitará as limitações funcionais do usuário e terá maior eficácia. Na população infantil com baixa visão, a indicação de auxílios ópticos deverá respeitar, além da condição visual, aspectos do desenvolvimento global de cada criança.

O treinamento para uso de auxílios ópticos, da mesma forma que na população adulta, deve priorizar atividades contextualizadas. O trabalho conjunto com a família e a escola são fundamentais durante esse processo.

Podemos considerar como principais metas:

- ✓ Conscientização da atual condição visual e das potencialidades;
- ✓ Promoção de habilidades visuais; 59
- ✓ Adaptação à nova condição visual; e
- ✓ Utilização funcional dos auxílios prescritos pelo oftalmologista

Qual profissional pode fazer estimulação visual?

Oftalmologista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, pedagoga, técnico em orientação e mobilidade e assistente social constituem a equipe multidisciplinar

Os objetivos da avaliação oftalmológica na área da reabilitação são:

- Diagnóstico e tratamento;
- Reconhecimento das características visuais funcionais;

- Reconhecimento da funcionalidade do indivíduo;
- Reconhecimento de aspectos ambientais e sociais;
- Reconhecimento de expectativas e necessidades do indivíduo;
- Prescrição da correção óptica de sua ametropia e de auxílios ópticos;
- Orientação quanto ao uso de auxílios não ópticos e eletrônicos para baixa visão;
- Orientação quanto a aspectos legais da deficiência visual;
- Orientação a profissionais envolvidos na reabilitação visual do indivíduo com baixa visão; e
- Encaminhamento a serviços especializados complementares para atendimento das necessidades específicas do indivíduo

3.

Reabilitação Auditiva: facilita a comunicação e reintegração social a quem tem perda auditiva.



O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO AUDITIVA

Os serviços que oferecem reabilitação de pessoas com deficiência auditiva são aqueles que podem fazer a concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual (AASI). Devem garantir o melhor aproveitamento da audição residual da pessoa com deficiência auditiva realizando o processo de reabilitação auditiva, incluindo: diagnóstico - consultas e exames audiológicos -, seleção, adaptação, concessão de AASI e terapia fonoaudiológica. Além disso, é de fundamental importância o acompanhamento periódico da perda auditiva com o objetivo de monitoramento e realização de possíveis modificações nas características eletroacústicas do aparelho auditivo utilizado pelo usuário, bem como para as orientações quanto ao uso e manuseio do AASI.

Os adultos ou crianças que apresentem dificuldades de comunicação decorrentes de uma perda auditiva são candidatos potenciais ao uso de aparelho de amplificação sonora individual. As indicações do uso de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) seguirão recomendações divididas em três classes fundamentais, adaptadas da literatura médica e fonoaudiológica, conforme segue:

Classe I: Há consenso quanto à indicação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) e o

consenso é resultado de estudos a partir de evidências científicas.

Classe II: Há controvérsia quanto à indicação do AASI, devendo ter justificativa da necessidade.

Classe III: Há consenso quanto à falta de indicação ou contraindicação do AASI.

Critérios de indicação do uso do AASI:

Classe I

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

Classe II

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

Classe III

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

Critérios para Avaliação Diagnóstica e Indicação do uso de AASI:

No que se refere à avaliação diagnóstica e indicação do uso de AASI, deve-se considerar:

Usuários de 0 à 3 anos

- Avaliação otorrinolaringológica;
- Avaliação audiológica: ϖ Anamnese fonoaudiológica; ϖ Audiometria de reforço visual (VRA) ou audiometria lúdica, realizada preferencialmente com fones de inserção;
- Imitanciometria;
- Observação de respostas comportamentais a estímulos sonoros;
- Emissões otoacústicas evocadas por transiente e produto de distorção;
- Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE) de curta e/ou média latência com especificidade de frequência, quando houver perda auditiva;
- Medida da diferença entre o acoplador de 2,0 ml e a orelha real (RECD);
- Avaliação da linguagem;
- Testes de percepção da fala;

Questionários de avaliação do desempenho auditivo

Usuários acima de 3 à 100 anos

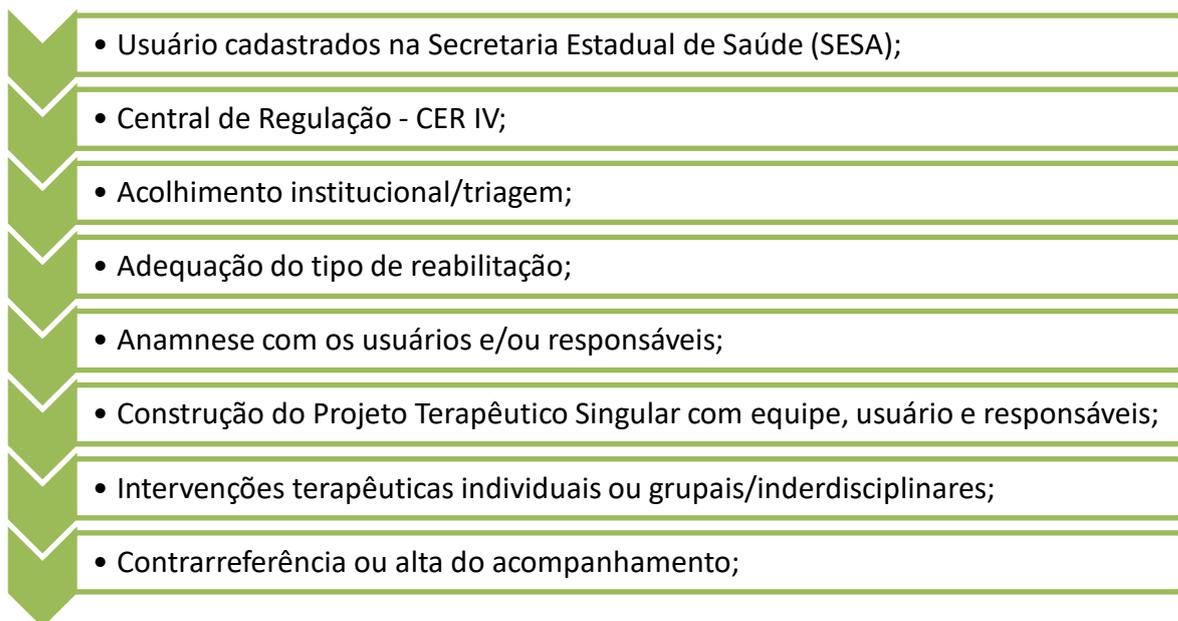
- Avaliação otorrinolaringológica;
- Avaliação audiológica:
- Anamnese fonoaudiológica;
- Audiometria tonal limiar ou audiometria condicionada por via aérea e via óssea;
- Logoaudiometria (LDV, LRF, IRF);
- Imitanciometria;
- Pesquisa do nível de desconforto para tom puro e fala
- Avaliação da linguagem;
- Testes de percepção da fala;
- Questionários de avaliação do desempenho auditivo.

4.

Reabilitação Intelectual e TEA: objetiva resgatar autonomia e qualidade de vida dos usuários através da estimulação precoce, orientação à família e/ou cuidadores e práticas que auxiliam o desenvolvimento da aprendizagem, pensamento, emoções e comportamentos.



FLUXOS PARA ATENDIMENTO NO CER-IV



SOBRE A PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTOS

- A prioridade de acesso ao serviço será dada a encaminhamentos de usuários cadastrados na Plataforma digital de Pessoas com Deficiência da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), regulados pela Central de Regulação dos municípios atendidos;
- Público alvo: Crianças, adolescentes, adultos e pessoa idosa que se enquadrem no perfil de pessoa com deficiência física, auditiva, visual, intelectual ou Transtorno do Espectro Autista (sem comorbidades psiquiátricas).
- Avaliação de demandas da Psicologia para Centro Especializado em Reabilitação-CER IV, de acordo com critérios de inclusão e exclusão estabelecidos neste protocolo, dando os devidos encaminhamentos e identificando o serviço que o usuário necessita;

- Definição do foco de trabalho a partir dos aspectos psicoemocionais observados em avaliação inicial que tenham relação com o adoecimento e suas implicações, assim como as circunstâncias em que o estado psíquico e contexto familiar do paciente venham a interferir na evolução do tratamento desenvolvido pela equipe multiprofissional em reabilitação.
- Definição do plano terapêutico a partir da necessidade observada na avaliação;
- Realização de atendimentos individuais ao usuário, excepcionalmente sob a presença de acompanhante, caso seja verificada necessidade de interlocução para a efetivação da comunicação e/ou de acordo com o objetivo de trabalho;
- Realização de atendimentos em grupo;
- Realização de atendimento ao usuário conjuntamente com outros profissionais da equipe de saúde, quando necessário, visando a assistência integral ao paciente.
- Realização de discussão de casos clínicos com outros profissionais da equipe de saúde, visando a assistência integral ao paciente.

MODALIDADES DE ENQUADRAMENTO

MODALIDADES DE ENQUADRAMENTO	
Enquadramento experimental	Indicado quando a equipe tem dúvidas quanto ao diagnóstico e prognóstico do paciente. O enquadramento funciona como um período de experiência e tem duração de até 3 meses. Não é necessário que seja realizado por todas as especialidades. Estes casos deverão ser monitorados e ao final dos três meses serão rediscutidos em reuniões de equipe, para definição de conduta terapêutica, sendo proposta alta ou manutenção no tratamento. Neste caso, será indicado novo enquadramento.
Monitoramento	Paciente permanece no serviço recebendo orientações e/ou intervenções semanais, quinzenais e mensais até a alta definitiva. Este enquadramento só será aplicado após o término de um dos período acima curto, Neste período o paciente tem direito a uma consulta médica, solicitação de exames, renovação de receitas e orientações dos profissionais que

	atendiam. O paciente permanece neste enquadramento conforme decisão da equipe que o atendia.
Orientação individual	Procedimento de rotina em todas as especialidades com a finalidade de passar as informações necessárias para o paciente/família.
Orientação coletiva	Procedimento possivelmente comum a todas as especialidades, realizado com a finalidade de repassar informações necessárias para grupos de pacientes e/ou família. Duração máxima de 5 encontros. Serão estruturados conforme demanda.

PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS PELO CER-IV

O CER-IV contempla a prestação de assistência ambulatorial a pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva ou estável, com impacto nas áreas da função, participação ou atividade, com perspectiva de habilitação e reabilitação de acordo com sua condição funcional. São exemplos de patologias atendidas no CER-IV, de acordo com cada modalidade contemplada:

Deficiência Intelectual: Atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida, que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e sociabilidade (Decreto nº 5296/04, da Presidência da República, que regulamenta as leis nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e a de nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000). São critérios de elegibilidade do Setor de Reabilitação Intelectual:

- Pessoas com deficiência intelectual;
- Paralisia Cerebral com deficiência intelectual;
- Síndrome de Down;
- Outras síndromes genéticas com deficiência intelectual;
- Transtorno do Espectro do Autismo (TEA);

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): É uma desordem do neurodesenvolvimento de início precoce com manifestações que afetam a interação social, a capacidade de comunicação, e um padrão restrito de comportamentos. Cursa com diversas comorbidades, entre elas deficiência intelectual. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM V), o TEA apresenta os seguintes critérios:

1. Déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais, manifestadas de diferentes formas:

- a) Déficits na reciprocidade social, falha na conversação;
- b) déficits expressivos na comunicação não verbal como contato visual anormal e linguagem corporal, ou dificuldade no uso e compreensão de comunicação não-verbal, falta de mímica facial e gestos;
- c) incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento (exceto para cuidadores). Isso inclui falta de interesse nos outros, dificuldades em jogos imaginativos e fazer amizades, problemas em ajustamento comportamental em diferentes contextos.

2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos duas das maneiras:

- a) Comportamentos motores ou verbais estereotipados e repetitivos, uso repetitivo de objetos;
- b) excessiva adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal, forte resistência a mudança;
- c) interesses restritos, fixos e anormalmente intensos;
- d) hiper ou hiporreatividade sensorial ou interesse sensoriais ambientais anormais

3. Os sintomas geralmente estão presentes no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades.

4. Os sintomas limitam o funcionamento adaptativo.

O CER IV atenderá, preferencialmente, crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), 0 até 14 anos de idade.

Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com

deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I).

São critérios de elegibilidade para neuroreabilitação em adultos:

Pessoas com disfunções neurológicas que apresentem sequelas motoras e funcionais, como: Sequelas do Trauma; Paralisia Cerebral (PC); Traumatismo Crânio Encefálico (TCE); Trauma Raqui-medular (TRM); Doença de Parkinson; Esclerose Lateral Amiotrófica; Esclerose Multipla; Acidente vascular encefálico; Patologias nervosas periféricas; indivíduos com sequelas neurofuncionais de outras patologias e disfunções como: HIV, distrofias musculares, tumores; deficiências congênitas, adquiridas, hereditárias ou raras; neuropatias; Amputação com diagnóstico médico de quadro clínico estável;

São critérios de elegibilidade para neuroreabilitação em crianças e adolescentes:

Crianças e adolescentes com disfunções neurológicas que apresentem sequelas motoras e funcionais: Paralisia Cerebral; Mielomeningocele; Lesão Encefálica; Lesão medular; Doenças neuromusculares; malformações congênitas; deficiências congênitas, adquiridas, hereditárias ou raras; neuropatias; Amputação com diagnóstico médico de quadro clínico estável.

Deficiência visual: São consideradas pessoa com deficiência visual os usuários que possuem visão subnormal ou baixa visão em ambos os olhos, cegueira em um olho e visão subnormal em outro, cegueira em ambos os olhos e cegueira em um olho, conhecido também como visão monocular.

O processo de habilitação/reabilitação visual abrange as seguintes dimensões: Consultas; Avaliação de tratamento clínico ou cirúrgico; exames oftalmológicos; avaliação multiprofissional; Aplicação de protocolos especializados; estimulação visual; Atividades da vida diária (AVDS); Atividades Instrumentais de Vida Diária de Vida Prática (AIVP); Orientação e mobilidade; Treinamento de auxílios ópticos e não ópticos; Ensino de leitura e escrita Braille; Psicoterapia; Terapia em grupo; Indicação, prescrição, adaptação e concessão de auxílios ópticos de acordo com a Tabela SUS.

Deficiência auditiva: Deficiência auditiva (perda auditiva) é quando a habilidade auditiva da pessoa é reduzida. Deficiência auditiva faz com que a pessoa tenha dificuldade de ouvir diálogos e outros sons. O processo de habilitação/reabilitação auditiva abrange as seguintes dimensões:

Avaliação médica; diagnóstico audiológico; consultas; exames audiológicos; encaminhamento para cirurgia de implante coclear e para a cirurgia de prótese auditiva, quando houver indicação; seleção e adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), quando há indicação; terapia fonoaudiológica individual ou em grupo; psicoterapia.

CRITÉRIOS DE NÃO ENQUADRAMENTO

O não enquadramento acontecerá quando o paciente não preencher os critérios para manutenção no serviço, como:

- usuário que estiver sendo atendido por outro serviço especializado da rede, caso opte por permanecer no CER IV, deverá se desligar do outro serviço, após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que afirma a sua vinculação com o CER IV. O CER IV 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 não pode estar vinculado a dois serviços pelo SUS;
- Quanto à deficiência intelectual, usuário que estiver entre 0 a 12 anos será preferencialmente enquadrado no serviço. O paciente que não apresentar este critério de idade terá seu caso discutido em equipe multidisciplinar e sua permanência dependerá dos objetivos a serem atingidos dentro do prazo limite do programa;
- O usuário menor de idade sem a possibilidade de um responsável adulto que o acompanhe em todas as consultas;

Usuário que não tiver possibilidade de frequentar as terapias no período oferecido terá a opção de outro turno, respeitada a disponibilidade de vaga e de profissional.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO/ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS SERVIÇOS:

Os encaminhamentos para outros serviços serão realizados pelo profissionalis a quando for necessário e houver serviço mais especializado para atender a demanda do usuário, bem como em casos em que o usuário não atenda ao perfil pré-estabelecido para atendimento em serviços de reabilitação.

Exemplos de possíveis casos que precisarão ser encaminhados para outros serviços:

Vítimas de violência (sexual, física e psicológica), e/ou que tenha seus direitos violados (CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO EM ASSISTÊNCIA SOCIAL- CREAS).

- Transtorno mental grave, severo e persistente /Usuários com quadros de surtos (CAPS);
- Usuários com tentativa de suicídio (CAPS);
- Usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD);
- Autismo grave com comorbidades psiquiátricas (CAPSi);
- Transtornos do neurodesenvolvimento que não estejam associados à incidência de deficiência intelectual ou TEA, a exemplo de: Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Transtorno Específico da Aprendizagem; Transtorno Opositor Desafiador (TOD)..

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. C. C. F. de (2007). Psicologia da Reabilitação: pesquisa aplicada à intervenção hospitalar. In Revista da SBPH. Rio de Janeiro: v.10, nº 2.

Portaria nº 1.303/GM/MS, de 28 de Junho de 2013.

POP.UAP/DGC.015 – Procedimento Operacional Padrão: Atendimento Do Profissional De Psicologia No Centro De Reabilitação. Ebserh: Universidade Federal Do Triangulo Mineiro/Hospital Das Clinicas. Página 1/5.

UNIPLAC, 2016. Manual do Centro Especializado em Reabilitação (física e intelectual) – CER II. Disponível em: <https://data.uniplaclages.edu.br/documentos/b16b79f1682c601d2e23bc0853f03521.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios de conquistas/ Ministério da saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Decreto nº 5296/04, da Presidência da República, que regulamenta as leis nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e a de nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.

Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I.



APRESENTAÇÃO

Estimulação Precoce (EP) é uma abordagem de caráter sistemático 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.

A intervenção precoce é um conjunto de ações dirigidas à criança, à família e ao seu entorno, que tem como objetivo dar resposta o mais precocemente possível às necessidades transitórias ou permanentes que apresentam as crianças com transtorno no desenvolvimento ou em situações de risco. Esta intervenção, que deve considerar a criança como um todo, deve ser realizada por uma equipe multiprofissional (GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA, 2000 in MIRANDA.L; AMARAL, J.; BRASIL, R. (ORG.), 2012). A criança deve ser inserida nesse Programa de Estimulação Precoce, que deve ter seu início tão logo o bebê esteja clinicamente estável e se estender até, no máximo, os 3 anos de idade, fase esta em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo oportunidade para o estabelecimento das funções que repercutirão em maior independência e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para o futuro (NUTEP, 2012).

O Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) da Policlínica Aderson Tavares Bezerra tem como objetivo atender crianças de 0 (zero) a 2 (dois) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias com distúrbios neuropsicomotores e atrasos no neurodesenvolvimento. O atendimento no NEP é feito por uma equipe multidisciplinar, formada por Neuropediatra, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo (a), Psicólogo (a), Enfermeiro (a) e Assistente Social.

1. OBJETIVO GERAL

Oferecer assistência e tratamento as crianças acometidas com distúrbios neuropsicomotores e atraso no neurodesenvolvimento, bem como dar suporte e orientação à família sobre às ações de estimulação desenvolvidas pelo Programa.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

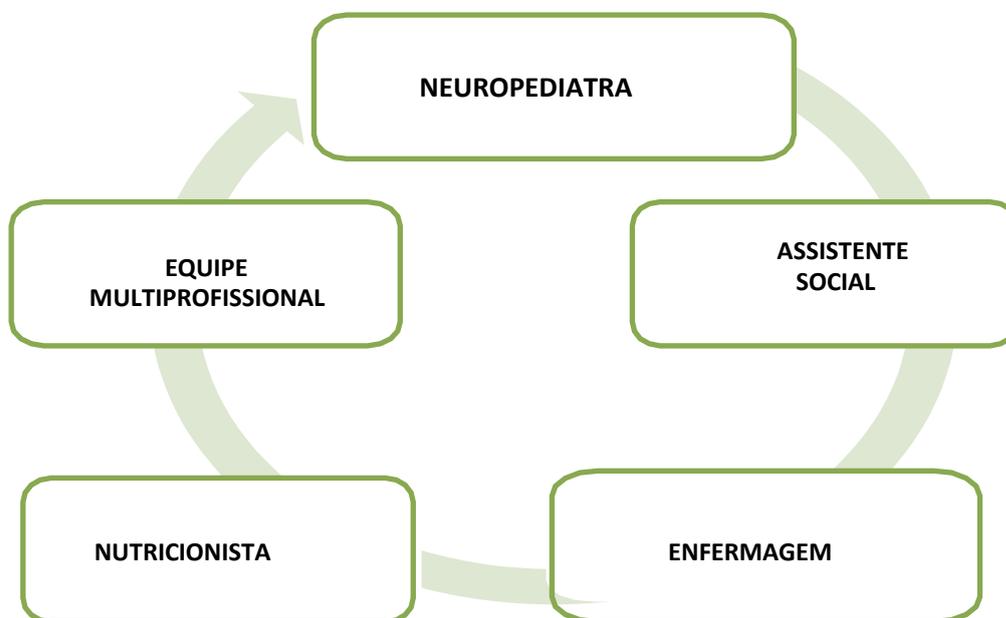
- Dar suporte técnico aos profissionais da Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde, Saúde da família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF);
- Garantir o atendimento as crianças que necessitem de estimulação precoce, especialmente as decorrentes de distúrbios neuropsicomotores, entre 0 (zero) e 2 (cinco) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- Prevenir ou atenuar possíveis atrasos ou defasagens na evolução infantil dessas crianças;
- Apoiar e orientar sistematicamente os pais/ responsáveis dessas crianças a fim de assegurar a continuidade do tratamento no lar.
- Maximizar o potencial de cada criança inserida no programa por meio de estratégias de estimulação em âmbito ambulatorial e também em seu ambiente natural.

3. FLUXO PARA ATENDIMENTO

Inicialmente a criança será referenciada pela Atenção Primária à Saúde para avaliação e atendimento com profissional Neuropediatra em que será identificada se a mesma atende aos critérios de admissão pré-estabelecidos que serão apresentados posteriormente. Em caso de inadequação do perfil, será encaminhada para o município de origem, podendo retornar para serviços técnicos individualizados (Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia) da Policlínica de acordo com a disponibilidade de vagas ofertadas por meio do serviço de Regulação.

Já a criança que atende ao perfil será encaminhada para assistente social que realizará o acolhimento, apresentando a proposta do NEP, incluindo os profissionais, os serviços ofertados e o Termo de Responsabilidade. Será aberto o prontuário, preenchido o formulário de acolhimento social, recolhido os documentos, fornecido orientações, encaminhamentos necessários e agendada avaliação com a equipe interdisciplinar: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo (a), Enfermeiro (a) e Psicólogo (a).

Ressalta-se que a inserção da criança no serviço se dará a partir da disponibilidade de vagas, podendo a criança ser encaminhada para lista de espera da Unidade de Saúde (em casos de não-vacância) ou para demais serviços da rede de atenção municipal, de acordo com a oferta de cada município consorciado



4. PÚBLICO ALVO

Crianças, na faixa etária de 0 a 1 ano 11 meses e 29 dias, das cidades que compõem a 20ª CRES, serão o público-alvo do Núcleo de Estimulação Precoce que apresentarem:

- Diagnostico de Microcefalia;
- Diagnostico de Hidrocefalia;
- Diagnostico de Paralisia Cerebral;
- Diagnostico de Síndrome de Down;
- Síndromes Genéticas já diagnosticadas, que apresentem alterações neuropsicomotoras;
- Atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Fatores de risco para distúrbio de desenvolvimento neuropsicomotor (anoxia neonatal; bilirrubinemia, prematuridade, entre outras). Transtorno do Espectro Autista leve sem comorbidades psiquiátricas, desde que quadro de diagnostico de TEA se apresente de rma secundaria (transtorno comorbido);

5. ESTRATÉGIA DE ACOMPANHAMENTO INTERNO



- 1) **NEUROPEDIATRA:** Atendimento inicial e a cada 6 (seis) meses por consulta especializada para avaliação do sistema nervoso central e periférico infantil;
- 2) **ASSISTENTE SOCIAL:** Atendimento inicial direcionado aos pais e/ou responsáveis pelas crianças encaminhadas ao atendimento multiprofissional para acompanhamento familiar no intuito de auxiliar na promoção do bem-estar físico, social e psicológico, bem como realização de atividades secundárias, tais como: oficinas temáticas, atividades em grupo e atendimento individual;
- 3) **ENFERMAGEM:** Atendimento para promoção de Puericultura com objetivo de acompanhar o desenvolvimento e o crescimento infantil;
- 4) **NUTRICIONISTA:** Atendimento e consolidação de um plano alimentar na intenção de proporcionar melhor qualidade de vida aos clientes, neste caso, as crianças;
- 5) **ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL:** Acompanhamento com a equipe formada por Fonoaudiólogo (a), Psicólogo (a), Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta em três grupos:

I GRUPO – terapias 2 vezes por semana: crianças com atraso neuropsicomotor;

II GRUPO: terapias 1 vez por semana: crianças com atraso de neurodesenvolvimento.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade para ingresso é de 0 (zero) a 1 (ano), 11(onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- Crianças com diagnósticos consolidados acima citados e que atendam critérios de faixa etária de 0 (zero) a 1 (um) ano, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- Ser encaminhado com Ficha de Referência Médica da Atenção Básica e Relatório Médico das cidades que compõem a 20º CRES (Assaré, Altaneira, Crato, Farias Brito, Santana do Cariri, Nova Olinda e Tarrafas)
- Crianças que se encontram em tratamento na Policlínica Aderson Bezerra Tavares com os
- médicos especialista (neuropediatra), desde que atendam critérios de perfil supracitados, de acordo com critérios de vacância;
- Crianças que se adequem ao perfil supracitado serão inseridas no NEP desde que a rede de apoio municipal a qual pertence não oferte de outros serviços que se adequem as suas necessidades;

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- A criança que atingir a idade limite para atendimento receberão alta do programa, sendo contra-referenciadas para seu município de origem a fim de que sejam inseridas em serviço municipal que melhor se adeque a sua necessidade;
- Autismo como diagnostico principal e com comorbidades psiquiátricas;
- Crianças encaminhadas que apresentem outros transtornos mentais graves, severos e persistentes que não atendam ao perfil supracitado.
- Demandas leves que ainda não tenham iniciado tratamento na Policlínica Aderson Tavares Bezerra e possam ser atendidas em um menor período de atendimento (NASF);
- As crianças que completarem a idade-limite no NEP (1 ano 11 meses e 29 dias) deverão retornar a rede de atenção do seu município de origem para continuidade da prestação de serviços técnicos, onde poderão ser regulados novamente para atenção especializada;
- Caso adquira o neurodesenvolvimento/desenvolvimento neuropsicomotor adequada à faixa etária, a criança pode vir a receber alta do programa antes de completar a idade-limite;

REFERÊNCIAS

GRUPO DE ATENCIÓN TEMPRANA, 2000 in MIRANDA.L; AMARAL, J.; BRASIL, R. (ORG.), Diretrizes de Atenção, 2012.

ARAÚJO, T. C. C. F. de (2007). Psicologia da Reabilitação: pesquisa aplicada à intervenção hospitalar. In Revista da SBPH. Rio de Janeiro: v.10, nº 2.

Portaria nº 1.303/GM/MS, de 28 de Junho de 2013.

POP.UAP/DGC.015 – Procedimento Operacional Padrão: Atendimento Do Profissional De Psicologia No Centro De Reabilitação. Ebserh: Universidade Federal Do Triangulo Mineiro/Hospital Das Clinicas. Página 1/5.

UNIPLAC, 2016. Manual do Centro Especializado em Reabilitação (física e intelectual) – CER II. Disponível em: <https://data.uniplaclages.edu.br/documentos/b16b79f1682c601d2e23bc0853f03521.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios de conquistas/ Ministério da saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Decreto nº 5296/04, da Presidência da República, que regulamenta as leis nº 10.048 de 08 de novembro de 2000 e a de nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000.

Decreto nº 5.296/04, art. 5º, §1º, I, "a", c/c Decreto nº 3.298/99, art. 4º, I.