



**CER II**  
Centro Especializado em Reabilitação  
**UNIPLAC**



# MANUAL

## DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (FÍSICA E INTELECTUAL) CER II UNIPLAC



Fundação das Escolas Unidas do Planalto Catarinense - UNIPLAC  
Av. Marechal Castelo Branco, nº 170, Cep: 88509-900  
Bairro: Universitário - Lages /SC - Fone: (49) 3251-1165  
E-mail: projeto\_cer@uniplaclages.edu.br





## **REDE DE CUIDADOS A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

### **GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Raimundo Colombo

### **SECRETARIA DE SAÚDE DO GOVERNO DE SANTA CATARINA**

João Paulo Kleinubing

### **COORDENAÇÃO DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Flavia Brito

### **UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE**

Luis Carlos Pfleger

Reitor

### **FUNDAÇÃO DAS ESCOLAS UNIDAS DO PLANALTO CATARINENSE – FUNDAÇÃO UNIPLAC**

Marco Aurélio de Liz Marian

Presidente

Elusa Camargo de Oliveira Machado

Diretora Executiva

### **GERENTE DE LABORATÓRIO DA UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE**

Claudete Andrade De Oliveira

### **ELABORAÇÃO:**

ENFERMEIRA DO CER II UNIPLAC

Ligiani Zilio Borges Marinho



## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| Apresentação.....   | 6  |
| Funcionamento do CER II/UNIPLAC.....  | 8  |
| Horário de funcionamento e local.....   | 8  |
| Equipe multiprofissional do CER II/UNIPLAC.....                                 | 8  |
| Número de pacientes/mês atendidos.....  | 8  |
| Encaminhamento do usuário.....  | 8  |
| Acolhimento no CER II/UNIPLAC.....  | 9  |
| Atendimento oferecidos.....   | 9  |
| Modalidades de enquadramento.....   | 9  |
| Exames complementares.....  | 11 |
| Concessão e adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção..... | 11 |
| Atendimento aos ostomizados.....  | 11 |
| Alta do usuário.....  | 12 |
| Deslocamento e alimentação do usuário (Município x CER II/UNIPLAC).....         | 12 |
| Controle e acompanhamento dos atendimentos.....                                 | 12 |
| Principais patologias atendidas pelo CER II/UNIPLAC.....                        | 13 |
| Transtorno do espectro do autismo - TEA.....                                    | 13 |
| Pensando no diagnóstico.....  | 14 |
| Deficiência intelectual.....  | 14 |
| Lesão medular.....  | 16 |
| Traumatismo crâneo encefálico - TCLE.....                                       | 16 |
| Paralisia cerebral.....   | 17 |
| Amputados.....  | 17 |
| Deficiências congênitas, adquirida, hereditária e doença rara.....              | 18 |
| Pessoa ostomizada.....  | 19 |
| Referências.....  | 20 |
| Apêndices.....  | 21 |



## APÊNDICES

| <b>Número</b> | <b>Tipo</b>                                       |    |
|---------------|---|----|
| <b>01</b>     | Formulário para encaminhamento Deficiência Física | 20 |
| <b>02</b>     | Formulário para encaminhamento TEA                | 23 |
| <b>03</b>     | Contra Referência                                 | 25 |
| <b>04</b>     | Fluxograma  | 26 |
| <b>05</b>     | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE | 30 |
| <b>06</b>     | Alta do usuário                                   | 31 |
| <b>07</b>     | Exames Complementares                             | 32 |
| <b>08</b>     | Controle de Frequência                            | 33 |
| <b>09</b>     | Triagem Inicial                                   | 34 |
| <b>10</b>     | Evolução  | 38 |



## APRESENTAÇÃO

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar acompanhamento e cuidados qualificados para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde.

A promoção dos direitos das pessoas com deficiência vem avançando nos últimos anos, por meio de políticas públicas que buscam valorizar a pessoa como cidadã, respeitando suas características e especificidades.

Segundo o Guia de Serviços do SUS para Pessoas com Deficiência (2012), o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o atendimento ambulatorial primário até os transplantes de órgãos. É o único a garantir acesso integral, universal, igualitário e gratuito para a totalidade da população.

A pessoa com deficiência é aquela que tem impedimentos, de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem dificultar sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2007).

Em 2012, O Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe uma nova conjuntura para o atendimento a população que vive com deficiência, através de portarias que instituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e regulamentam os incentivos do componente especializado, o que nos fez revisitar nossos conceitos sobre qualidade do acesso na Atenção Básica.

Conforme a Diretriz intitulada: Atenção Básica à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS (2010), baseada na igualdade, na equidade e na disponibilização das condições para essa igualdade, a inclusão prevê a modificação da sociedade para que todos, sem distinção de grupo, raça, cor, credo, nacionalidades, condição social ou econômica, possam desfrutar de uma vida de excelência, sem exclusões. Quanto maior a convivência, sem discriminações, maior a inclusão. Por meio do relacionamento entre os indivíduos diferentes entre si, previsto na sociedade inclusiva, é que se constrói e se fortalece a cidadania.

Ainda citando a referência acima, toda pessoa que apresente redução funcional tem direito ao diagnóstico e a avaliação de uma equipe multiprofissional (formada por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros, psicólogos entre outros). De igual forma, tem direito de beneficiar-se dos processos de reabilitação de seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constituir obstáculo para sua inclusão educativa, laboral e social.

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010), compreende-se por deficiência física a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Já o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho, caracteriza a deficiência intelectual (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2010).

Os dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no censo demográfico do ano de 2010, descrevem a prevalência dos diferentes tipos de deficiência e as características das pessoas que compõem esse segmento da população. A deficiência foi classificada pelo grau de severidade de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas



sobre suas funcionalidades seguindo as propostas do Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência. Considerando a população residente no país em 2010, 23,9% possuíam pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência da deficiência variou de acordo com a natureza delas. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população seguidas de deficiência auditiva em 5,10%, e da deficiência mental ou intelectual em 1,40% (BRASIL, 2012). No entanto, no que se refere a deficiência mental ou intelectual, tais estimativas não especificam as variações ou grau de deficiência. Segundo os dados do ano de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 2,6 milhões de brasileiros apresentam deficiência intelectual/mental.

E neste sentido entendemos a clareza do termo acessibilidade, que se refere à possibilidade das pessoas chegarem aos serviços para atingirem o primeiro contato. Ao falarmos em acesso, logo nos vem em mente à necessidade de entender o que é o acolhimento que, segundo Brasil, (2008) ele dá significado e importância ao momento da chegada e a consequente trajetória do usuário pela unidade, onde o mesmo torna-se objeto da responsabilidade de um profissional de saúde. Sendo assim, o acolhimento é um ato de escuta, de empatia, de realizar uma avaliação do risco e da vulnerabilidade e de responsabilização pelo que é trazido como queixa, como demanda como expectativa. Desafios para a gestão e para todos os profissionais, trazendo agora, um olhar equânime aos aspectos da assistência e do cuidado integralmente, independente de que nível de complexidade em que o usuário se encontre.

Para a efetivação das ações de cuidado em saúde é primordial que o usuário e família participem do processo. Para tanto, este projeto prevê a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumento de trabalho pela equipe multidisciplinar do CER II/UNIPLAC. Esse instrumento considera o usuário como um ser histórico e suas necessidades individuais e coletivas inserido num contexto.

A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo de caso do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia. O PTS, portanto, é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para o atendimento individual ou em grupo ao usuário, procedente da discussão de uma equipe interdisciplinar. Sua estrutura auxilia na definição de propostas de ação, incluindo a participação do usuário e da família.

O CER é um dos componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, sendo necessária a articulação de fluxos com a atenção básica, atenção especializada em reabilitação física e intelectual e a atenção hospitalar de urgência e emergência. Para isso, o fluxo de acolhimento aos deficientes no CER II será determinado conjuntamente com os municípios pactuados, considerando a lógica de funcionamento da rede.

Buscando facilitar este acolhimento inicial, propomos a utilização de formulários de encaminhamentos (apêndices 1 e 2) a serem preenchidos pelo médico da Unidade de Saúde. Este formulário é o instrumento através do qual a atenção básica fará a referência ao CER II/UNIPLAC.

A estrutura da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (CER II/UNIPLAC) atenderá as cidades da Serra Catarinense dos municípios de: Anita Garibaldi, Bocaina do Sul, Bom Jardim da Serra, Bom Retiro, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Cerro Negro, Correia Pinto, Lages, Otacílio Costa, Painel, Palmeira, Ponte Alta, Rio Rufino, São Joaquim, São Jose do Cerrito, Urubici e Urupema.

Para a classificação dos pacientes com deficiência, será utilizado a Classificação Internacional de Doenças Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o Código Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF).

Os itens a seguir foram apresentados e aprovados no dia 12 de março de 2015 na Comissão Intergestores Regionais da Serra Catarinense, através da ata nº 02/2015, e servirá como instrumento de informação e organização do CER II/UNIPLAC.



## SOBRE O FUNCIONAMENTO CER II/UNIPAC

### HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E LOCAL:

O CER II/UNIPAC funcionará de segunda à sexta-feira das 8h às 12h e 13h30 às 17h30 no Centro de Ciências da Saúde – CCS, endereço: Avenida Castelo Branco, nº 140, Bairro: Universitário – CEP: 88509-900, Lages – Santa Catarina. Fone: 3251-1165. Email: projeto\_cer@uniplaclages.edu.br

### EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO CER II/UNIPAC:

A equipe de atendimento é multiprofissional composta por: Responsável Técnico, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudióloga, Psicóloga, Médicos nas especialidades: Urologia, neurologia e ortopedia.

### NÚMERO DE PACIENTES A SEREM ATENDIDOS:

Conforme equipe técnica supracitada e espaço físico, e baseado no instrutivo do Ministério da Saúde – Instrutivo de reabilitação auditiva, física e intelectual e visual CER e serviços habilitados em uma única modalidade) em sua versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013 – Brasília.: Ministério da Saúde – 2013, o número de usuários atendidos no serviço:

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

### ENCAMINHAMENTO DO USUÁRIO:

O ingresso do usuário se dará através do encaminhamento da Unidade de Saúde, da rede hospitalar e/ou instituições como APAES, CRAS, CAPSs, entre outras, através da Atenção Básica do município de origem do usuário, por meio do preenchimento do formulário específico (Apêndice 1 e 2), de acordo com o tipo de deficiência, física ou intelectual.

Neste encaminhamento devem constar os dados dos usuários, o diagnóstico clínico e as demais informações pertinentes, que justifiquem a entrada do usuário no CER II/UNIPAC.

Uma vez iniciado este processo de encaminhamento, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de origem do usuário encaminhará para **Central de Regulação de Lages** que verificará se o caso respeita os protocolos, e em caso positivo, será efetuado o agendamento do usuário para o CER II/UNIPAC através do **SISREG**.

Ressalta-se que é imprescindível o correto e completo preenchimento do formulário de encaminhamento, com a adequada documentação anexa. A equipe não estará autorizada a realizar o atendimento caso o encaminhamento não respeite os protocolos do CER II/ UNIPAC, em caso contrário o paciente será referenciado aos serviços do município de origem (Apêndice 03 – Contra- Referência).



## ACOLHIMENTO NO CER II/UNIPLAC:

Após a seleção realizada pela regulação, o usuário será acolhido conforme o fluxograma (apêndice 4). Neste momento inicial será realizada triagem com a equipe multiprofissional, a fim de determinar as avaliações específicas para definição diagnóstica e construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Em seu plano terapêutico, o usuário poderá receber atendimentos em mais de uma especialidade.

Para que o usuário seja atendido faz-se necessário a presença de um acompanhante durante o atendimento. No caso do paciente ser menor de idade, a presença do responsável legal durante o período de avaliação é imprescindível. Após o início das terapias, outro cuidador maior de idade poderá acompanhar este paciente, desde que devidamente documentado. Em caso de mudança de acompanhante a equipe deverá ser comunicada. Será necessário a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (apêndice 05).

Posteriormente a inserção no programa e PTS definido, o usuário/responsável assinará o termo de compromisso e ciência, com todas as regulamentações e critérios para a permanência no serviço, em duas vias, uma para o usuário e outra para o serviço.

## ATENDIMENTOS OFERECIDOS:

- **Triagem inicial:** esta será realizada por dois ou três profissionais do serviço. Serão avaliados critérios específicos por área, para direcionar as possíveis avaliações e atendimentos subsequentes ao projeto terapêutico singular;

- **Avaliação especializada:** consulta médica, em fisioterapia, em psicologia, em fonoaudiologia, em terapia ocupacional, em enfermagem, neurologia, urologia e ortopedia, duração de 50 minutos, com retornos e/ou acompanhamento nos casos indicados;

- **Atendimento individualizado:** será realizado segundo PTS, com duração de no máximo 50 minutos, podendo ser realizada até duas vezes por semana;

- **Atendimento em grupo:** os mesmos serão realizados com no máximo até 15 usuários, uma vez por mês com a duração de 50 minutos;

- **Atendimento familiar:** este poderá ser em grupo ou individual, conforme a demanda, visa orientar e auxiliar os familiares no processo terapêutico.

## MODALIDADE 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;



• **Enquadramento curto período:** indicado quando existe uma demanda específica a ser trabalhada com o paciente.

**Duração de 3 a 6 meses.** Serão realizadas reavaliações neste período e rediscussão em reunião de equipe.

• **Enquadramento individual:** indicado quando existe demanda de objetivos funcionais. **Duração de 6 a 12 meses.** Serão realizadas reavaliações neste período em reunião de equipe e modificações no PTS, se necessário.

• **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 12 encontros.** Serão estruturados conforme demanda.

• **Não enquadramento:** o não enquadramento acontecerá quando o paciente não preencher os critérios de inclusão no serviço.

#### CRITÉRIOS DE NÃO ENQUADRAMENTO:

➤ o usuário que estiver sendo atendido por outro serviço especializado da rede, caso opte por permanecer no CER II/UNIPLAC deverá se desligar do outro serviço. Após assinar o TCLE afirma sua contratação com o CER. O CER II/UNIPLAC 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;

➤ 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, desde que haja os profissionais nos dois turnos;

➤ pacientes com instabilidade hemodinâmica e/ou neurológica. Considerando os padrões normais:

**Tabela dos parâmetros: sinais vitais**

| <b>Adulto</b>                | <b>Parâmetro</b> |
|------------------------------|------------------|
| Pressão Arterial (PA)        | 120 x 80 mmhg    |
| Frequência Cardíaca (FC)     | 80 – 110 bpm     |
| Frequência Respiratória (FR) | 16 – 20 mrpm     |
| Temperatura                  | 36,6 – 37,5Cº    |
| <b>Crianças</b>              | <b>Parâmetro</b> |
| Frequência Cardíaca (FC)     | 90 – 120 bcpm    |
| Frequência Respiratória (FR) | 20 – 32mrpm      |
| Temperatura                  | 35,9 – 36,7Cº    |



➤ **Observação: Considerando parâmetros normais para crianças de 1 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.**

➤ Os casos de vulnerabilidade social, transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtorno de déficit de atenção transtorno psicóticos, transtorno somatoformes, transtornos de personalidade, hiperatividade entre outros, receberão atendimento inicial, mas **não possuem critérios de enquadramento** para o serviço devido à patologia.

➤ O usuário que comparecer somente com objetivo de avaliação e tratamento de apenas uma especialidade, passará pela triagem inicial, mas não possui critério de enquadramento, e este será contra referenciado a cidade de origem;

➤ O usuário que **necessitar do atendimento pedagógico**, este deverá ser atendido no seu município de origem.

#### **EXAMES COMPLEMENTARES:**

Caso o usuário necessite de algum exame complementar prescrito pelos médicos do CER II/UNIPLAC, este deve retornar ao seu município de origem, o qual deverá se responsabilizar pela execução do mesmo. O município de origem deverá realizar ou agendar também, quando necessário, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para realização de exames e atendimentos.

O usuário poderá estar em terapia e aguardando o resultado de exames, bem como poderá retornar aos atendimentos assim que realizado o exame solicitado ( apêndice 07).

#### **CONCESSÃO E ADAPTAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPM):**

O CER II/UNIPLAC não contempla dentro da reabilitação física 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, estas deverão ser prescritas somente pelos médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, membros da equipe CER II/UNIPLAC. Estes deverão realizar o preenchimento dos formulários necessários para Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e o usuário será encaminhado ao Centro Catarinense de Reabilitação do Estado de Santa Catarina (Oficina Ortopédica) para aquisição da OPM. Após este procedimento o paciente retorna diretamente para o CER II/UNIPLAC. Com consulta previamente agendada.

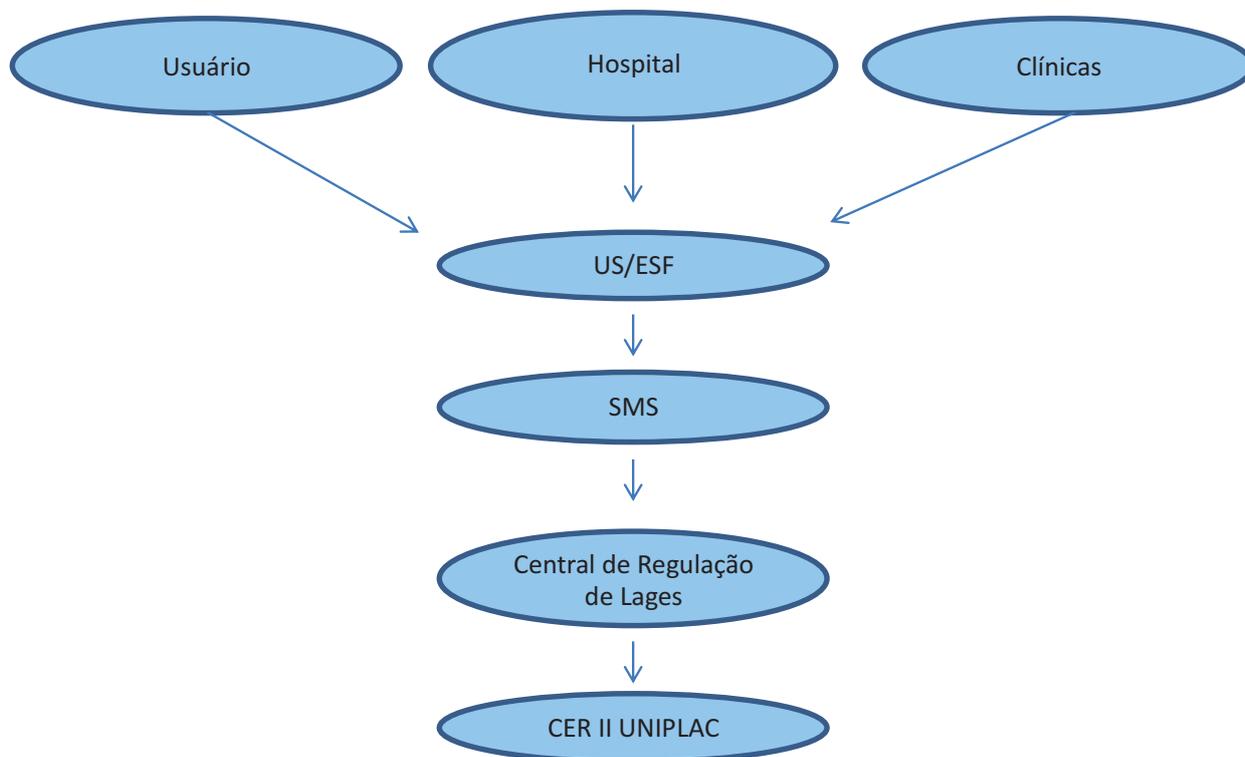
#### **ATENDIMENTOS A OSTOMIZADOS:**

Na rede hospitalar, quando o paciente estiver com alta programada, caberá ao hospital orientá-lo e/ou a família, a se deslocarem para Unidade de Saúde de origem para agendar para CER II UNIPLAC as intercorrências. Somente pacientes que residirem na Serra Catarinense poderão receber o 1º kit e orientações, no momento do tratamento da intercorrência, posteriormente efetuarão a contra referenciado ao município de origem para Secretaria Municipal de Saúde, onde será montado o processo juntamente com o laudo médico, para o fornecimento de equipamentos mensalmente, tais como: coletores e/ou de adjuvantes de proteção e segurança, cuja responsabilidade é dos municípios.



O serviço estadual às pessoas ostomizadas, receberá o processo da Gerência Regional de Saúde, oriundo da SMS que incluirá no cadastro estadual e liberará os materiais às Regionais de Saúde que posteriormente distribuirão aos municípios solicitantes.

Nos casos de intercorrências o usuário e/ou o seu cuidador, deverá abrir o processo na SMS do município de origem, que solicitará agendamento para a Central de Regulação de Lages e o usuário será encaminhado ao CER II/UNIPLAC, que realizará ações de orientação para o autocuidado, promoção da saúde e prevenção de complicações dos estomas.



#### **ALTA DO USUÁRIO:**

O usuário passará por tempo determinado e uma vez alcançado os objetivos funcionais traçados no PTS, o paciente terá alta do serviço, sendo contra referenciado para a rede de apoio. ( Apêndice 03 e apêndice 06).

#### **DESLOCAMENTO E ALIMENTAÇÃO DO USUÁRIO (MUNICÍPIO X CER II/UNIPLAC):**

Quanto aos deslocamentos do usuário ao CER II/UNIPLAC, é de responsabilidade do paciente e/ou do município de origem. No que se refere à alimentação, é de exclusiva responsabilidade do usuário.

#### **CONTROLE E ACOMPANHAMENTOS DOS ATENDIMENTOS:**

O controle e evolução dos atendimentos realizados no CER II/UNIPLAC serão da seguinte forma:

- **Controle de Frequência:** realizado através da assinatura do paciente ou responsável em caso de menor idade. Se o paciente tiver 02 faltas consecutivas ou 03 alternadas sem justificativa (Apêndice 08) o mesmo será desligado dos atendimentos;



- **Prontuário de Tratamento Terapêutico, avaliação e evolução:** cada paciente terá seu prontuário, no qual constará: Ficha de identificação, documentação, encaminhamento, triagem inicial (Apêndice 09), avaliação específica por área, controle de frequência, evolução dos atendimentos realizados (Apêndice 10), exames, entre outros.

- **Nas evoluções:** as condutas realizadas deverão ser especificadas, estado geral do paciente, intercorrência. Além disso, em cada evolução o profissional deverá assinar e carimbar a sua conduta.

## PRINCIPAIS PATOLOGIAS ATENDIDAS PELO CER II/UNIPLAC

A seguir as doenças assistidas relacionadas a deficiências física e intelectual:

### DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

**Definição:** 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).

Critérios de Elegibilidade do Setor de Reabilitação Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo:

- **Pessoas com Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro do Autismo:**

- deficiência intelectual;

- **Paralisia Cerebral com deficiência intelectual;**

- **Síndrome de Down;**

- **Outras síndromes genéticas com deficiência intelectual.**

### \*TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

É uma desordem do neuro desenvolvimento 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

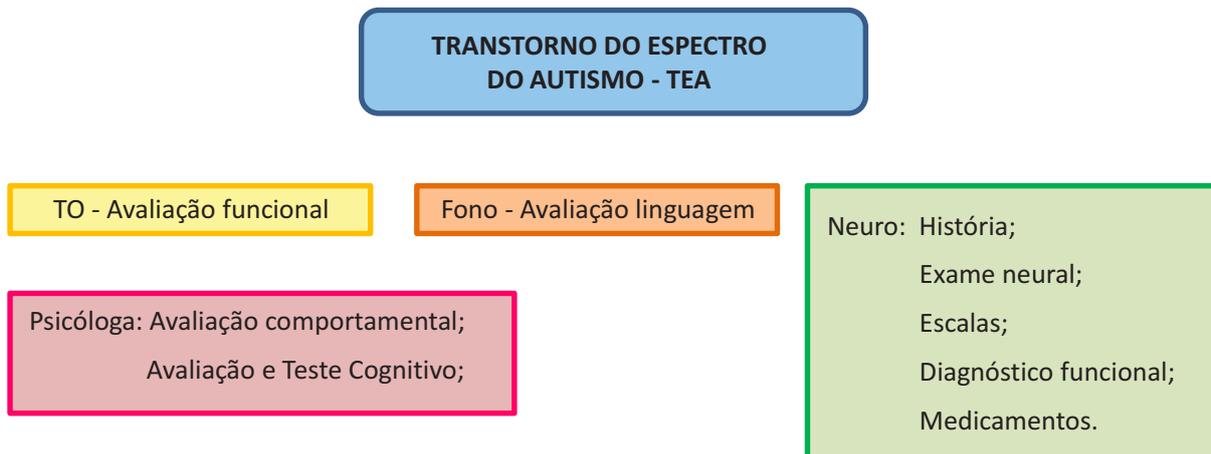
**3. Os sintomas geralmente estão presentes no início da infância, mas podem não se manifestar completamente até que as demandas sociais excedam o limite de suas capacidades.**

**4. Os sintomas limitam o funcionamento adaptativo.**

O CER II/UNIPLAC atenderá preferencialmente crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), até 12 anos de idade que não estejam em acompanhamento em outro serviço.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Idade:** 0 a 14 anos, prioridade até 12 anos;
- **Classificação:**
  - TEA leve;
  - TEA moderado.

**-PENSANDO NO DIAGNÓSTICO**



**\*DEFICIÊNCIA INTELECTUAL**

A deficiência intelectual é definida como: “atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré-estabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento adaptativos, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, comunicação, desenvolvimento da linguagem oral e escrita e socialidade”, (BRASIL. Decreto nº 5296/04, de 02 de Dezembro de 2004).



A pessoa com deficiência é caracterizada como aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (BRASIL, Decreto nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009).

A partir destas considerações, o governo federal instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), através da Lei nº12.764 de 27/12/12, “ (...) sendo esta pessoa considerada com deficiência para todos os efeitos legais” (BRASIL, 2013, p.7).

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Idade:** Igual ou menor de 16 anos.
- **Classificação:**
  - Deficiência intelectual leve;
  - Deficiência intelectual moderada.

## DEFICIÊNCIA FÍSICA

**Definição:** 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).

### 1.a) Neuroreabilitação Adulto

Critérios de Elegibilidade do Setor de Neuroreabilitação Adulto:

- Idade a partir de 15 anos;
- Pessoas com disfunções neurológicas que apresentam sequelas motoras e funcionais:
  - o **Sequelas do Trauma,**
  - o **Paralisia Cerebral (PC),**
  - o **Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE),**
  - o **Trauma Raqui-Medular (TRM),**
  - o **Doença de Parkinson (DP),**
  - o **Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA),**
  - o **Esclerose Múltipla (EM),**
  - o **Acidente Vascular Encefálico (AVE);**
  - o **Patologias Nervosas Periféricas;**
  - o **Indivíduos com sequelas neurofuncionais de outras patologias e disfunções como: HIV, distrofias musculares, tumores.**

### 1.b) Reabilitação Pediátrica

Critérios de Elegibilidade do Setor de Reabilitação Pediátrica:



- Idade de 0 a 14 anos e 11 meses;
- Pessoas com disfunções neurológicas que apresentam sequelas motoras e funcionais:
  - Paralisia Cerebral (PC);
  - Mielomeningocele;
  - Lesão Encefálica;
  - Lesão Medular;
  - Doenças neuromusculares.

### **\*LESÃO MEDULAR**

De acordo com as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular/ Ministério da Saúde (2012), considera-se lesão medular, como sendo qualquer acometimento aos componentes do canal medular (medula, cone medular e cauda equina), podendo acarretar alterações de ordens motoras, sensitivas, autonômicas e psicoafetivas.

Os pacientes serão classificados por meio do CID 10 e CIF, objetivando a verificação do estado de saúde, como doenças, distúrbios, lesões, entre outros (CID 10), bem como a funcionalidade e a incapacidade, associadas ao estado de saúde (CIF).

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Classificação:**
  - Paraplegia- perda total das funções motoras dos membros inferiores;
  - Paraparesia – perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
  - Monoplegia- perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
  - Monoparesia- perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
  - Hemiplegia- perda total das funções motoras de um lado do corpo (esquerdo ou direito);
  - Hemiparesia- perda parcial das funções motoras de um lado do corpo (esquerdo ou direito);
  - Tetraplegia – perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
  - Tetraparesia- perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
  - Triplegia – perda total das funções motoras em três membros.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC, está normatizado conforme as diretrizes determinadas pelo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

### **\*TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO**

Segundo a Diretriz de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico (2013), o traumatismo Cranioencefálico (TCE) é definido como sendo qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio, como fratura ou laceração do couro cabeludo, bem como, o comprometimento funcional das



meninges, encéfalo ou seus vãos, resultando em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Classificação: conforme citados acima:** Paraplegia, Paraparesia, Monoplegia, Monoparesia, Hemiplegia, Hemiparesia, Tetraplegia, Tetraparesia, Triplegia.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.148.p.

### **\*PARALISIA CEREBRAL**

Segundo o Manual Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2013) define paralisia cerebral como sendo: lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;
- **Idade:** idade 0 a 16 anos, sendo a prioridade 12 anos;
- **Classificação:** Paraplegia, paraparesia, Monoplegia, Monoparesia, Hemiplegia, Hemiparesia, Tetraplegia, Tetraparesia e Triplegia.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com paralisia cerebral/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.80.p.

### **\*AMPUTAÇÃO**

Conforme a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada (2013), define amputação como termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças. É importante salientar que a amputação deve ser sempre encarada dentro de um contexto geral de tratamento, não como a sua única parte, cujo intuito é prover uma melhora da qualidade de vida do paciente.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;

#### **Classificação:**

- Fase pré- operatória;
- Fase pós- operatória;
- Pré- protetização;



- Pós-protetização;
- Amputação nos Membros inferiores (MMII)
- Amputação nos Membros superiores (MMSS)

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.80.p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa amputada/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1.ed.1.reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.36.p.

#### **\*DEFICIÊNCIA CONGÊNITA, ADQUIRIDA, HEREDITÁRIA E DOENÇA RARA:**

A deficiência hereditária é aquela resultante de doenças transmitidas por genes, podendo manifestar-se desde o nascimento, ou aparecer posteriormente. A deficiência congênita é aquela que existe no indivíduo ao nascer e, mais comumente, antes de nascer, isto é, durante a fase intra-uterina. A deficiência adquirida é aquela que ocorre depois do nascimento, em virtude de infecções, traumatismos, intoxicações (BRASIL, 2006).

Segundo a Portaria nº 199 de 30 de janeiro de 2014, doença rara é aquela que afeta até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos (1,3 para cada duas mil pessoas).

As doenças raras são caracterizadas por ampla diversidade de sinais e sintomas e variam não só de doença para doença, mas também de pessoa para pessoa.

No Brasil cerca de 6% a 8% da população (cerca de 15 milhões de brasileiros) pode ter algum tipo de doença rara. Estima-se que 80% das doenças raras têm causa genética, as demais têm causas ambientais, infecciosas, imunológicas, entre outras.

#### **Aspectos Clínicos:**

Quadro Clínico: diagnóstico médico de quadro clínico estável

#### **Classificação:**

- Deficiência Congênita;
- Deficiência Adquirida;
- Deficiência Hereditária;
- Doença Rara.

O acolhimento ao CER II/UNIPLAC está normatizado conforme diretrizes determinadas pelo:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.80.p.

BRASIL. Secretaria da Educação Especial. A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais: Brasília: MEC/SEESP, 2006.

BRASIL. Portaria de nº199, de 30 de janeiro de 2014.



## \*PESSOA OSTOMIZADA

O Manual Instrutivo de Reabilitação do Ministério da Saúde (2013), define ostomia como sendo 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.

- **Aspectos Clínicos:** Diagnóstico médico de quadro clínico estável;

### **Classificação:**

- **Colostomia e Ileostomia (estomas intestinais);**
  - Colostomia Ascendente – As fezes são líquidas;
  - Colostomia Transversa – As fezes são semilíquidas;
  - Colostomia Descendente – As fezes são formadas;
  - Colostomia Sigmóide – As fezes são firmes e sólidas.
- **Urostomia (estomas urinários);**
- **Fístulas cutâneas**

A seguir as doenças que podem levar a ostomia: **Ânus Imperfurado; Doenças Inflamatórias; Doença de Crohn; Colite Ulcerativa; Tumores (câncer); Polipose Adenomatosa Familiar Atenuada e Traumas:**

**“Você é visto como se vê!!! Veja a ostomia como uma nova condição de vida, jamais como doença”**



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2.ed.rev.atual – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.346.p.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instrutivos de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade). Versão atualizada e publicada em 09 de outubro de 2013, - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 80.p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº793, de 24 de abril de 2012.

GUIA DE SERVIÇOS DO SUS PARA PESSOAS COM DEFICIENCIA, 2012. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/upload/1346251429\\_CARTILHA\\_DEFICIENTES\\_31.07.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1346251429_CARTILHA_DEFICIENTES_31.07.pdf)

SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Convenção da Pessoa com Deficiência** – ONU 2007. Disponível em <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/publicacoes/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>



## APÊNDICES

### 1-Formulário para encaminhamento Deficiência Física

#### 1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

|                                  |  |                           |
|----------------------------------|--|---------------------------|
| Nome Completo:                   | Data de Nascimento:<br>____/____/____                            | Nº Cartão Nacional do SUS |
| Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | Cuidador ( ) Familiar ( ) Amigo ( ) Contratado<br>Nome Cuidador: |                           |
| Endereço:                        | Telefone Celular:  |                           |
| Bairro:                          | Telefone Residencial:  |                           |
| Cidade:                          |  |                           |
| Médico Solicitante:              | Contato:   |                           |
| Diagnóstico Clínico:             | CID:   |                           |
| UBS:                             | Telefone da UBS:   |                           |

#### 2) DADOS CLÍNICOS

|   |   |
|---|---|
| Histórico da Doença:                              |   |
| Tratamentos Realizados:                           |   |
| Complicações relacionadas ao quadro:              |   |
| Exames complementares Realizados: (anexar cópias) |   |
| Medicamentos Utilizados:                          |   |
| Tipo de Lesão                                     |   |
| Lesado Medular:                                   | ( ) Paraplegia<br>( ) Tetraplegia                                     |
| Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)               | ( ) Hemiplegia<br>( ) Tetraplegia<br>( ) Outro: _____                 |
| Acidente Vascular Cerebral (AVE)                  |   |
| ( ) Isquêmico<br>( ) Hemorrágico                  | ( ) Hemiplegia D<br>( ) Hemiplegia E                                  |
| Amputação   | ( ) Membro: _____<br>( ) Nível: _____                                 |
| Outro tipos de lesões (descrição):                |   |
| Estomias:   | ( ) Colostomia<br>( ) Urostomia<br>( ) Ileostomia<br>( ) Jejunostomia |



### 3) ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVALIAÇÃO DE DEPENDÊNCIA)

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

### 4) Necessidades Domiciliares: Uso de recursos/Órteses

| <b>Sistema Respiratório</b>            | <b>Sistema Circulatório</b>                       | <b>Sistema Gastrointestinal</b>            | <b>Sistemas Vesical/Intestinal</b>  |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Traqueostomia | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico | <input type="checkbox"/> Gastro/Jejuno     | <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> com irrigação<br><br><input type="checkbox"/> sem irrigação |
| <input type="checkbox"/> Aspiraço      | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central    | <input type="checkbox"/> SNE               | <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> Colostomia  |
| <input type="checkbox"/> O2 contínuo   | <input type="checkbox"/> Portocath                | <b>Dieta</b>                               | <b>Necessidade Domiciliares</b>   |
| <input type="checkbox"/> 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  |

---

Local, data, assinatura e carimbo do profissional



## 2- Formulário para encaminhamento TEA

### 1) DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

|                                  |  |                           |
|----------------------------------|--|---------------------------|
| Nome Completo:                   | Data de Nascimento:<br>____/____/____                            | Nº Cartão Nacional do SUS |
| Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | Cuidador ( ) Familiar ( ) Amigo ( ) Contratado<br>Nome Cuidador: |                           |
| Endereço:                        | Telefone Celular:  |                           |
| Bairro:                          | Telefone Residencial:  |                           |
| Cidade:                          |  |                           |
| Médico Solicitante:              | Contato:   |                           |
| Diagnóstico Clínico:             | CID:   |                           |
| UBS:                             | Telefone da UBS:   |                           |

### 2) DADOS CLÍNICOS

|   |
|---|
| Histórico da Doença:  |
| Tratamentos Realizados:   |
| Complicações relacionadas ao quadro:  |
| Exames complementares Realizados: (anexar cópias do Teste do pezinho, Teste da orelhinha/outros + carteirinha de saúde) |
| Medicamentos Utilizados:  |
| Déficits sensoriais:  |
| Atraso nos marcos motores:  |
| Atraso na socialização:   |
| Problemas de aprendizado Escolar (anexar relatório escolar)   |



### 3) ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA

|   |  |
|---|--|
| Controle urina?<br>( ) Sim ( ) Não              | Faz higiene sozinho após utilizar o banheiro?<br>( ) Sim ( ) Não |
| Controla fezes?<br>( ) Sim ( ) Não              | Veste-se sozinho?<br>( ) Sim ( ) Não                             |
| Alimenta-se sozinho?<br>( ) Sim ( ) Não         | Resiste em ser alimentado?<br>( ) Sim ( ) Não                    |
| Apresenta fixação a rotinas?<br>( ) Sim ( ) Não |  |
| Dificuldades para dormir?<br>( ) Sim ( ) Não    | ( ) Insônia ( ) Hipersonia                                       |
| <b>Problemas comportamentais? Especifique:</b>  |  |

### 4) INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

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

---

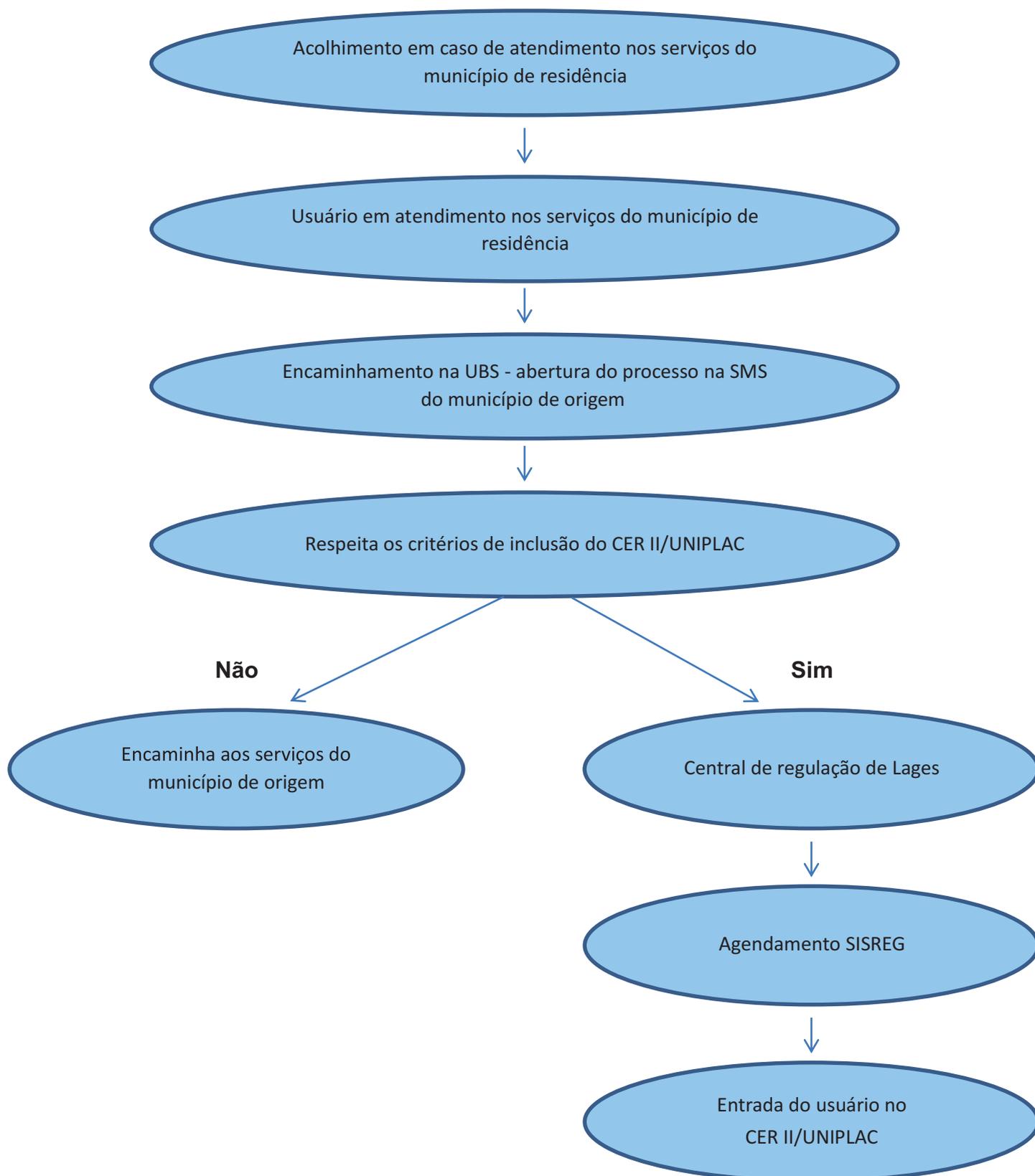
Local, data, assinatura e carimbo do profissional





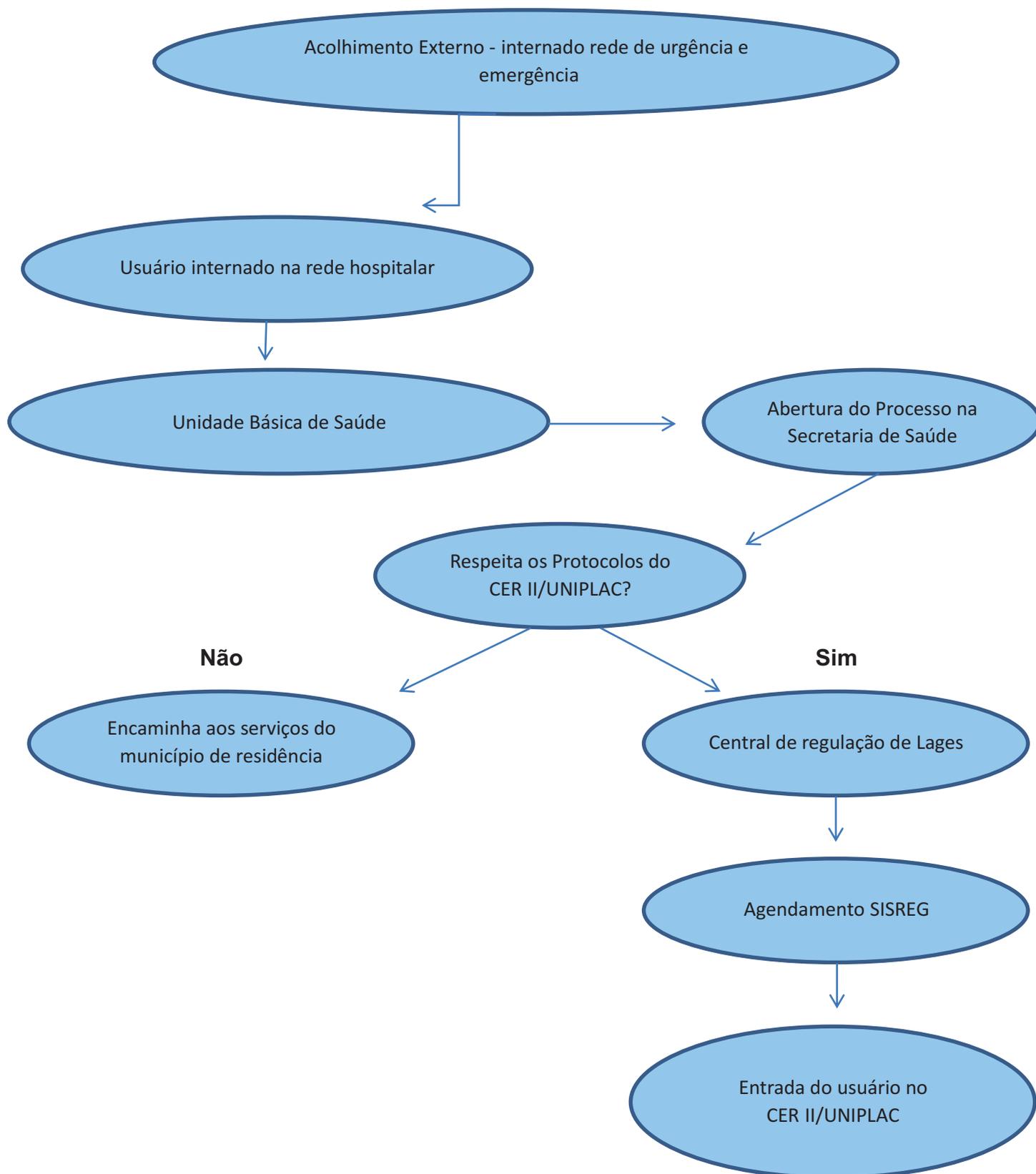
#### 4- Fluxograma de Acolhimento

\*Fluxograma em caso atendimento nos serviços do município de residência



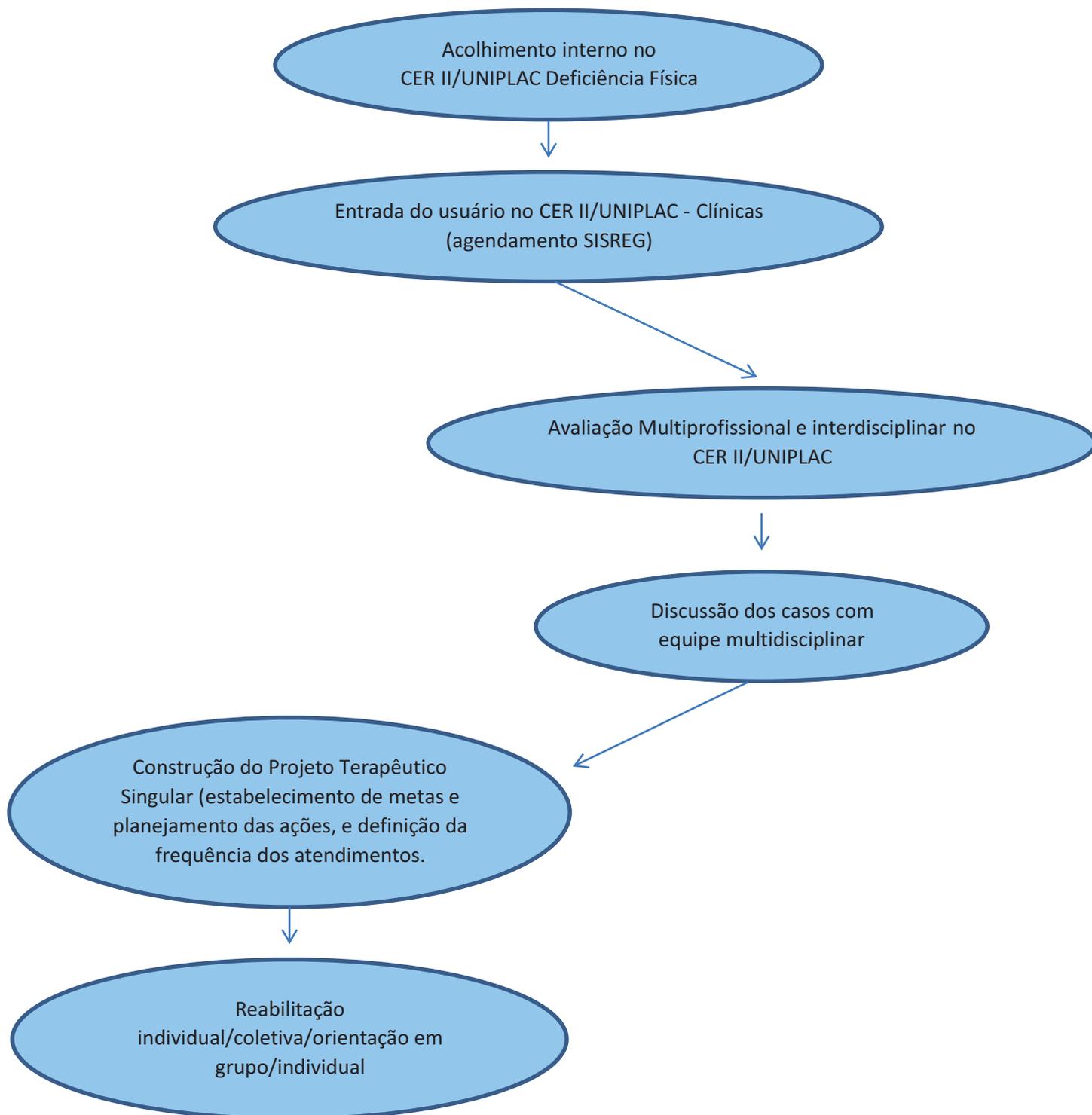


\*Acolhimento Externo – internado rede de urgência e emergência



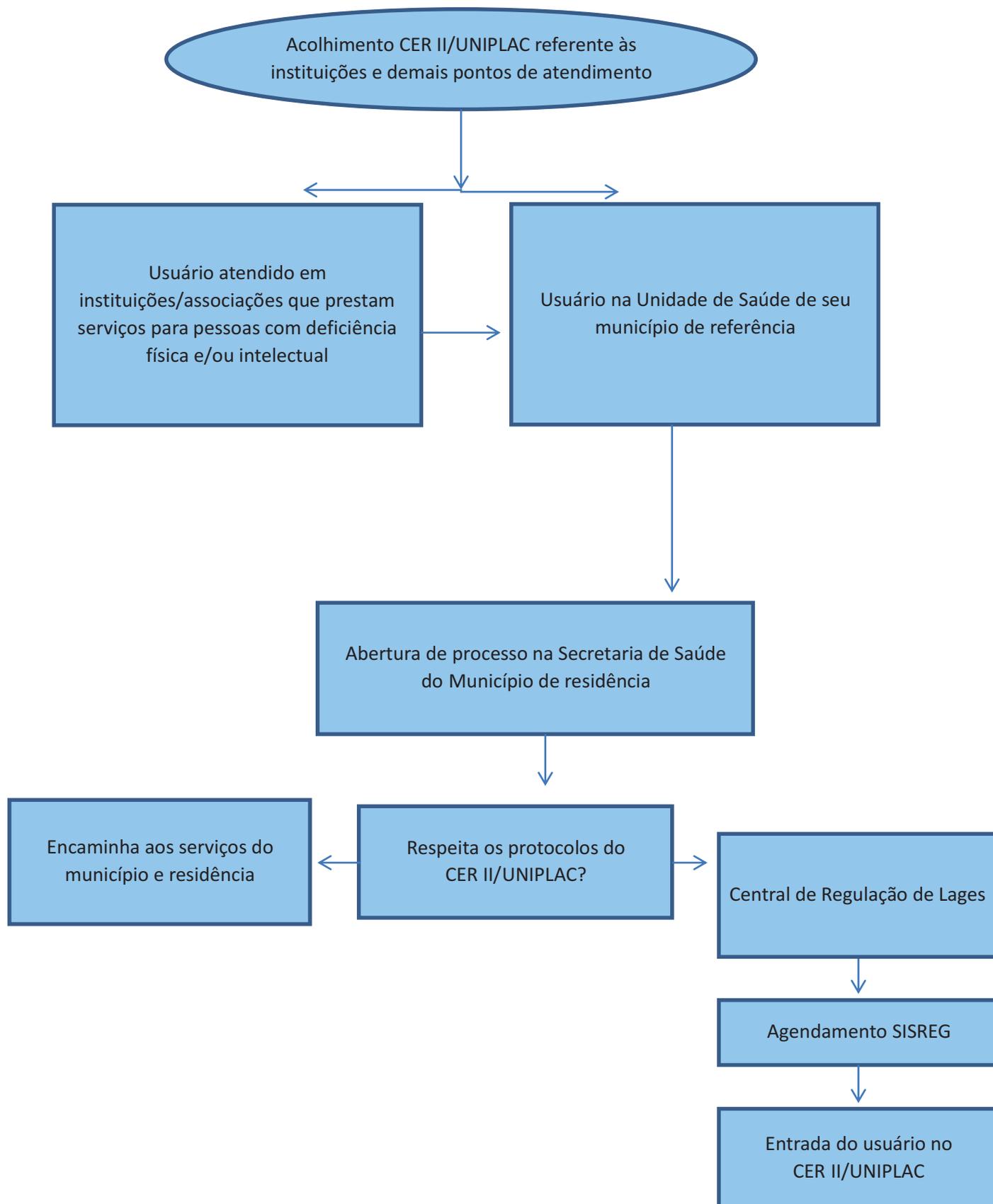


\*Acolhimento interno no CER II/UNIPAC Deficiência Física





\*Fluxograma





## 5- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

### TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, representando/assistindo \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, declaro estar ciente das regras/condições de atendimento e prestação de serviços do Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNIPLAC.

Fui alertado que o CER II/UNIPLAC realizará o tratamento visando à reabilitação (intelectual, física e ostomia) do paciente. Sendo assim, comprometo-me a participar pontualmente, no horário agendado, de todos os atendimentos e tratamentos propostos.

Desta forma, autorizo a entrevista, a fotocópia dos resultados dos exames laboratoriais e de imagem, além da gravação de voz e imagens pessoais, e a utilização destas, visto que o tratamento será realizado pela equipe multiprofissional do CER II/UNIPLAC, a fim de desenvolver minha avaliação e tratamento.

Estou ciente que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma me identificar, será mantido em sigilo. Preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Autorizo a compilação dessas informações para fins acadêmicos, científicos e de publicação.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre alta dos atendimentos do CER II/UNIPLAC e encaminhamento para outros serviços de atendimento nos municípios de origem para prosseguimento do tratamento, se necessário.

Declaro expressamente que me foi alertado que as faltas sem justificativas não podem ultrapassar o limite de três (03), e as faltas às consultas, entrevistas, atendimentos ou outra atividade, mesmo que justificadas e devidamente comprovadas, não podem ultrapassar o limite de cinco (05), em sequência ou alternadas, sob pena de ser automaticamente excluído dos serviços prestados pelo CER II/UNIPLAC, tendo de aguardar posteriormente o prazo mínimo de um ano para buscar novamente o serviço, respeitando todos os critérios de agendamento.

Centro Especializado em Reabilitação CER II/UNIPLAC

Ressalta-se que são tolerados atrasos de no máximo, dez (10) minutos a partir do horário pré-agendado, sendo considerado falta o comparecimento do paciente após este período.

Também fui 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 haver justificativa, embora precise informar sua desistência à equipe do CER I/UNIPLAC e ao Município que fez seu encaminhamento.

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 eu 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 Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNIPLAC, aceito a participação em todos os tratamentos definidos pela equipe interdisciplinar e estou totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela utilização ou participação dos serviços do CER II/UNIPLAC.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este tratamento devo ligar para o Centro Especializado em Reabilitação – CER II/UNIPLAC, (49) 3251-1165 ou mandar um e-mail para projeto\_cer@uniplacages.edu.br

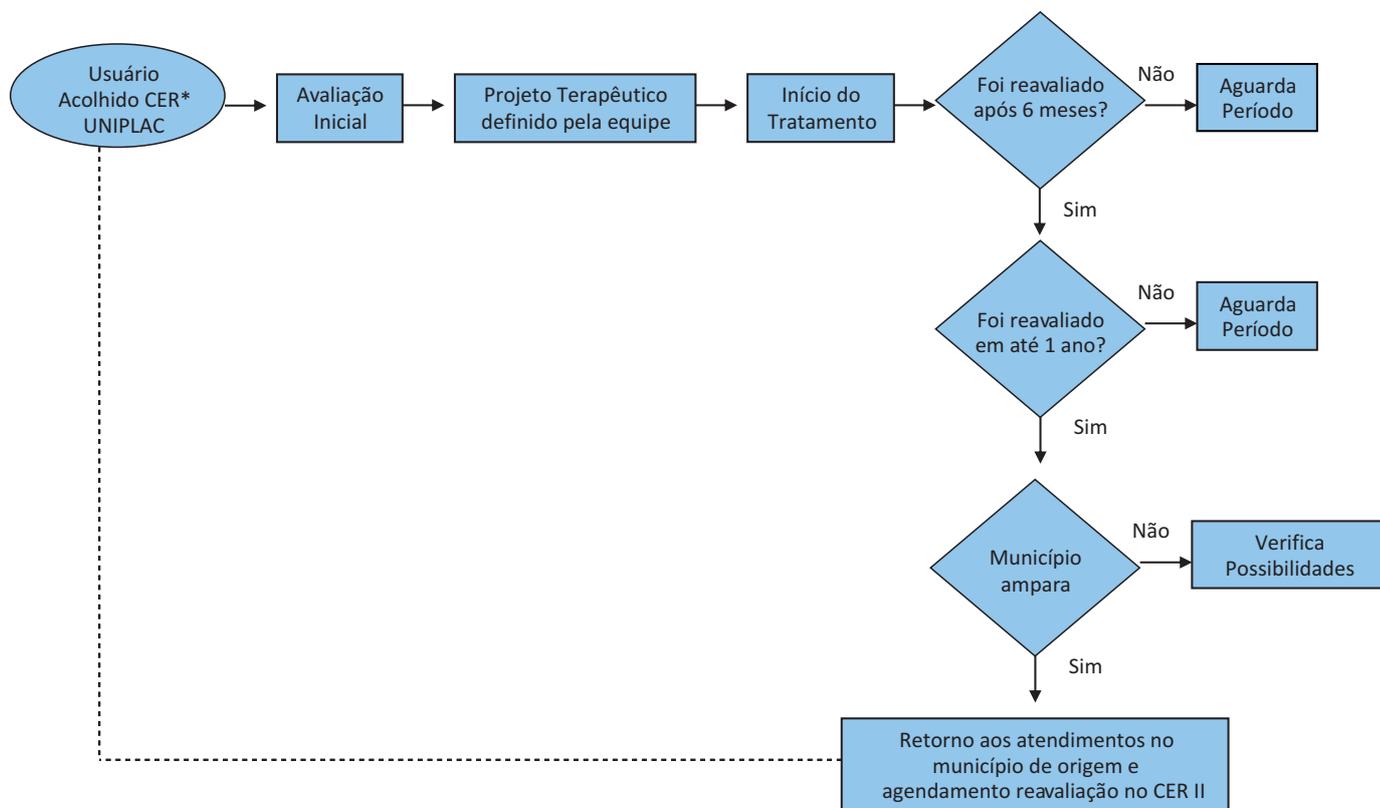
Lages/SC, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável



## 6- Alta do usuário

### Fluxograma de Alta do Paciente



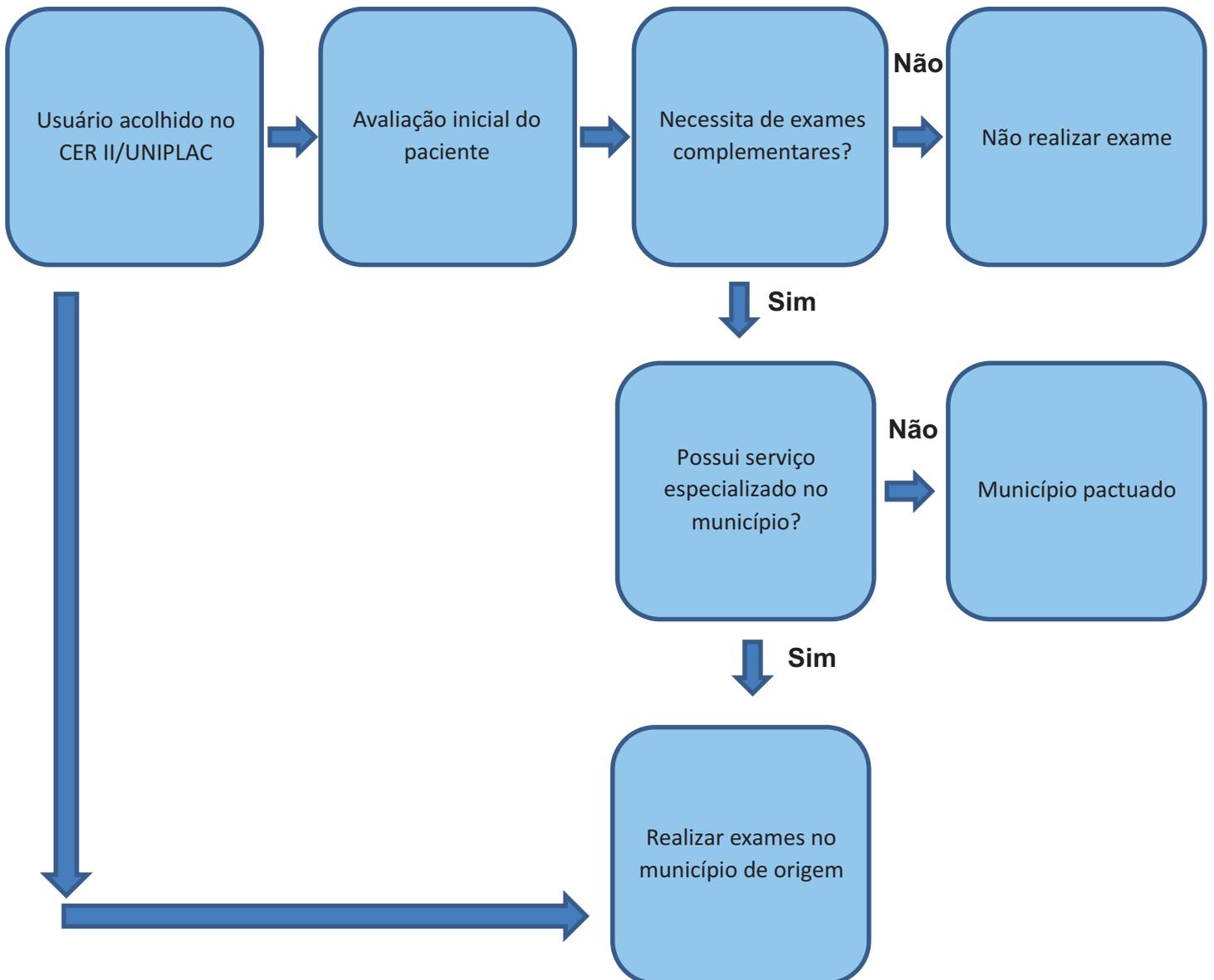


## 7- Exames Complementares

Caso o usuário necessite de algum exame complementar, prescrito pelos médicos do CER II/UNIPLAC, este respeitará o fluxo de concessão de exames aprovados pela CIR da Serra Catarinense.

O usuário será encaminhado para o seu município de origem, que deverá realizar ou agendar, quando necessário, o Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Depois de realizado o exame, o paciente retornará diretamente para o CER II/UNIPLAC.

### FLUXOGRAMA PARA ENCAMINHAMENTO DE EXAMES COMPLEMENTARES







## 9- Triagem Inicial

### Dados de identificação:

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <b>Nome:</b>                 |                              |
| <u>Data de Nascimento:</u>   | <u>Idade:</u>                |
| <u>Nº Prontuário:</u>        | <u>CNS:</u>                  |
| <u>Grau de escolaridade:</u> | <u>Escola:</u>               |
| <u>Nome do Pai:</u>          | <u>Data de Nascimento:</u>   |
| <u>Profissão:</u>            | <u>Grau de Escolaridade:</u> |
| <u>Nome da Mãe:</u>          | <u>Data de Nascimento:</u>   |
| <u>Profissão:</u>            | <u>Grau de Escolaridade:</u> |
| <u>Reside com quem:</u>      |                              |
| <u>Endereço:</u>             |                              |
| <u>Responsável:</u>          |                              |
| <u>Data da entrada:</u>      | <u>Data da Alta:</u>         |

### Dados Clínicos:

|  |
|--|
| <b>Tipo de deficiência:</b> ( ) Física (motora)<br>( ) Intelectual (cognitiva/mental): ( ) leve ( ) moderado   |
| <b>Diagnóstico Clínico:</b><br>( ) PC ( ) AVC ( ) TCE ( ) Lesão Medular ( ) Amputação: Qual<br>( ) Deficiência congênita, adquirida, hereditária ou doença rara: Qual<br>( ) Deficiência intelectual ( ) TEA ( ) Ostomia |
| <b>CID 10:</b>   |
| <b>Queixa Principal:</b><br><i>Paciente:</i>   |
| <i>Cuidador:</i>   |
| Sinais e sintomas:   |
| <b>Tem dificuldades nas AVD's?</b><br>( ) alimentação<br>( ) higiene/vestuário<br>( ) locomoção<br>( ) trocas/ transferências  |
| <b>Pele íntegra</b> ( ) sim ( ) não - Escaras ( ) sim ( ) não Membro: _____  |



|  |
|--|
| <b>Faz uso de algum dispositivo auxiliar?</b> ( ) sim ( ) não  |
| <b>Qual:</b><br>Sistema Respiratório: Necessita de O2 ( ) Sim ( ) Não Traqueostomia ( ) Sim ( ) Não<br>Sistema Gastrointestinal: ( ) Gastro/Jejuno ( ) SNE<br>Sistemas Vesical/ Intestinal: Diurese ( ) SVD ( ) SVA ( ) Nefrostomia ( ) Uripen<br>Evacuação ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( ) Vesicostomia |

|  |                  |
|--|------------------|
| Peso referido:   | Altura referida: |
| Alimentação:   |                  |
| Alergia/intolerância alimentar: ( ) sim ( ) não  |                  |
| Quais:   |                  |
| Utensílios utilizados: ( ) mamadeira ( ) copo adaptado ( ) copo normal ( ) colher ( ) outros:<br>_____ |                  |
| Consistência: ( ) líquido ( ) pastoso ( ) sólido ( ) todas   |                  |
| Postura:<br>( ) deitado ( ) sentado ( ) inclinado LOCAL: _____   |                  |
| Intercorrências:<br>( ) tosse ( ) engasgo ( ) refluxo  |                  |
| Linguagem:   |                  |
| <b>Apresenta dificuldades na fala?</b> ( ) sim ( ) não   |                  |
| Qual:  |                  |
| <b>Compreende o que o outro fala?</b> ( ) sim ( ) não  |                  |
| Faz uso de tecnologia assistida (TA)? ( ) sim ( ) não  |                  |
| Qual:  |                  |
| Consegue expressar suas necessidades, sentimentos e ideias? ( ) sim ( ) não                            |                  |

|  |
|--|
| <b>Uso de drogas:</b>  |
| Tabagismo ( ) Sim ( ) Não maços/dia _____  |
| Etilismo ( ) Sim ( ) Não Qtde: ( ) Frequência  |
| Drogas ilícitas ( ) Sim ( ) Não Qtde: ( ) Frequência   |
| Atividade Física ( ) Sim ( ) Não ( ) Frequência  |
| <b>Doenças crônicas:</b>   |
| ( ) HAS ( ) DMI ( ) DMII ( ) Hipercolesterolemia ( ) Obesidade<br>( ) IRC ( ) dialítico ( ) não dialítico ( ) Frequência _____<br>( ) outras _____ |
| Histórico familiar:  |
| Síndromes: ( ) Sim ( ) Não Qual: Grau de Parentesco:   |
| Comorbidades: ( ) Qual: Grau de Parentesco:  |





|   |
|---|
| <b>Esvaziamento Vesical:</b> ( ) sonda vesical demora – sonda externa |
| ( ) cateterismo intermitente – de alívio                              |
| ( ) fralda  |
| ( ) uripem – frasco   |
| ( ) bom controle urinário   |
| <b>Medicamentos:</b>  |
|   |
|   |
| <b>Cirurgias prévias:</b>   |
|   |
| <b>Anexar laudos e exames:</b>  |
|   |
| Preenche os critérios para participar no CER? ( ) sim ( ) não         |
|   |
| <b>Condutas Terapêuticas:</b>   |
| ( ) Enfermagem ( ) Médico ortopedista                                 |
| ( ) Fisioterapeuta ( ) Médico neurologista                            |
| ( ) Fonoaudiologia ( ) Médico clínico geral/uro                       |
| ( ) Psicologia ( ) Grupos terapêuticos                                |
| ( ) Terapeuta Ocupacional   |
|   |

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional responsável pela avaliação

|  |
|--|
| <b>Eu, _____, inscrito no CPF sob nº _____</b>   |
| Representando/ assistindo _____, declaro estar ciente das regras/ condições de atendimento e prestação do Centro Especializado em Reabilitação – CER II UNIPLAC.   |
| Por este motivo, autorizo o profissional responsável por este atendimento, a discutir com a equipe do CER II UNIPLAC, e demais participantes da reunião no determinado dia, as informações por mim relatadas neste dia, a fim de concluir os futuros atendimentos, que eu receba, ou não, neste serviço. |
| _____<br>Assinatura do usuário ou responsável  |







Secretaria de  
Saúde Estadual  
ou Municipal

Ministério da  
Saúde

