

1.Assunto

Critérios de Encaminhamento para Centro Especializado em Reabilitação (CER) e o Saúde auditiva - modalidade única

2.Objetivo

Apresentar os principais elementos que serão observados no encaminhamento para atendimento multiprofissional nos Centros Especializados em Reabilitação e Saúde auditiva, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

3.Justificativa

Sabe-se que o processo de habilitação ou reabilitação, iniciado o mais breve possível, permite potencializar o processo de neuroplasticidade e contribui para maior autonomia possível da pessoa.

É necessário que tanto os serviços que solicitam atendimento quanto os serviços que executam a reabilitação tenham conhecimento dos elementos mínimos necessários para o encaminhamento, visando a organização da demanda e eficiência da regulação para o atendimento nos CER em Reabilitação Física, Auditiva, Intelectual e TEA, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em panorama 3.

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes e todas as informações consideradas relevantes devem ser relatadas.

4.Conteúdo

4.1. Encaminhadores:

- Encaminhadores para Reabilitação Física e Intelectual: profissionais de saúde de nível superior dos três níveis de atenção, seguindo o conteúdo descritivo mínimo para encaminhamento (item 4.2).
- Encaminhadores para Saúde auditiva:
- Perda auditiva: Otorrinolaringologista.
- Falha na Triagem Auditiva Neonatal (TAN): Otorrinolaringologista ou Fonoaudiólogo.
- Identificada a necessidade de encaminhamento do usuário para mais de uma modalidade terapêutica, inserir esta informação no momento da solicitação no SISREG.

4.2. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- CID ou impressão diagnóstica;
- Sinais e sintomas;
- Tempo de sintomas, data da cirurgia ou evento ou data da alta nos casos de internação;
- Relatório breve com história pregressa e quadro atual;
- Descrição da alteração de desempenho conforme, Anexo I (para população acima de 14 anos);
- Resultados de exames complementares (para reabilitação auditiva é obrigatória realização de exames audiológicos).

4.3. Ao Complexo Regulador:

Organizar, em fila única, as solicitações que serão trabalhadas em Panorama 3 - Ofertada pela SES/DF, sob regulação central.

Constatada informação de que o usuário necessita de mais de uma modalidade terapêutica, encaminhar preferencialmente para o serviço que atenda ambas as demandas.

Recomenda-se ao regulador destinar as vagas disponibilizadas em cada modalidade de atendimento:

- 60% aos pacientes classificados como VERMELHO;
- 25% aos pacientes classificados como AMARELO;
- 15% aos pacientes classificados como VERDE.

4.4 - Centros executores:

- Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual Hospital de Apoio de Brasília – CER II HAB - Reabilitação Física, Intelectual e TEA
- Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual Taguatinga - CER II Taguatinga - Reabilitação Física, Intelectual e TEA
- Centro Especializado em Reabilitação Auditiva e Intelectual Associação das Obras Pavonianas de Assistência - CER II CEAL/LP - Saúde Auditiva (infantil e adulto), Intelectual e TEA (crianças até 7 anos e 11 meses e 29 dias)
- Centro de Reabilitação modalidade única - Hospital Universitário de Brasília – Saúde Auditiva

4.5. Condições clínicas e funcionais que indicam a necessidade de avaliação e reabilitação por equipe multiprofissional:

REABILITAÇÃO FÍSICA:

Deverão ser encaminhadas pessoas com suspeita ou confirmação de deficiência física que precisam de intervenção multiprofissional.

Entende-se por 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).

Deverão ser encaminhados pessoas com:

- Amputação - perda total ou parcial de um membro ou segmento de membro;
- Paraplegia - perda total das funções motoras dos membros inferiores;
- Paraparesia - perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
- Monoplegia - perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou superior);
- Monoparesia - perda parcial das funções motoras de um só membro;
- 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;
- Triparésia - perda parcial das funções motoras em três membros;
- Hemiplegia - perda total das funções motoras do hemicorpo (direito ou esquerdo);
- Hemiparesia - perda parcial das funções motoras do hemicorpo (direito ou esquerdo);
- Ostomia - intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, 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);
- Paralisia Cerebral - lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como conseqüência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental;
- Nanismo, isto é, deficiência acentuada no crescimento.

É importante ter em mente que o conceito de deficiência inclui a incapacidade relativa, parcial ou total, para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano. Esclarecemos que a pessoa com deficiência pode desenvolver atividades laborais desde que tenha condições e apoio adequado às suas características.

REABILITAÇÃO INTELECTUAL e TEA:

Deverão ser encaminhadas pessoas com suspeita ou confirmação de Deficiência Intelectual e TEA que precisam de intervenção multiprofissional.

Deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático (DSM V). Resulta de uma variedade de fatores, que vão desde condições sindrômicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, dentre outros. Todo esse conjunto de situações tem como fator resultante comum disfunções cognitivas e de linguagem, resultando em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem.

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) caracterizado como transtorno do neurodesenvolvimento de início precoce, que apresenta déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, causando prejuízo clinicamente significativo na interação social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

SAÚDE AUDITIVA

Deverão ser encaminhadas pessoas com suspeita ou confirmação de deficiência auditiva que precisam de intervenção multiprofissional (diagnóstico, seleção e fornecimento de aparelho auditivo, terapia fonoaudiológica e acompanhamento), e pessoas com deficiência auditiva em reabilitação na APS e que precisam de suporte e intervenção multiprofissional especializada.

Entende-se por deficiente auditivo aquela pessoa com queixa ou confirmação de perda auditiva unilateral ou bilateral, de qualquer tipo ou grau, que em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva do sujeito na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

4.6. Classificação de risco:

Os critérios de classificação de prioridades do SISREG, são utilizados por base para estratificação das indicações de encaminhamento para o CER a saber:

REABILITAÇÃO FÍSICA ADULTO (acima de 14 anos) CÓDIGO SISREG: 0498014

	VERMELHO	AMARELO	VERDE
Paciente amputado submetido a troca da prótese	Até 90 dias	90 a 180 dias	Acima de 180 dias
Paciente amputado pós-operatório	Até 90 dias	90 a 180 dias	Acima de 180 dias que necessite de reabilitação
Lesões de Sistema Nervoso Central, Lesões do Sistema Nervoso Periférico, doenças desmielinizantes, doenças neuromusculares com comprometimento da motricidade (alterações de força e/ou tônus) e ou impacto na comunicação, fala, fluência e memória	Suspeita ou diagnóstico realizado até 06 meses.	Suspeita ou diagnóstico ou suspeita realizada de 6 a 12 meses	Suspeita ou diagnóstico há mais de 12 meses
Disfagia	- Suspeita ou diagnóstico realizado até 06 meses. - Alimentação exclusiva por via alternativa como sonda naso enteral (SNE) ou gastrostomia (GTT)	- Suspeita ou diagnóstico realizado de 6 a 12 meses - Alimentação por via oral e ou mista com necessidade de modificação na consistência alimentar ou de compensações durante a alimentação, apresentando tosse	- Suspeita ou diagnóstico há mais de 12 meses - Alimentação por via oral com necessidade de modificação na consistência alimentar ou de compensações durante a alimentação, sem sinais de desnutrição e desidratação
Reabilitação de paciente com Sequela de AVC (Anexo 2)	Rankin 3 e 4 Diagnóstico realizado até 06 meses. Anexo 2	Rankin 3 e 4 Diagnóstico realizado de 6 a 12 meses Anexo 2	Rankin 3 e 4 Diagnóstico realizado a mais de 12 meses Anexo 2
Paciente com alteração de desempenho na realização das Atividades Básicas de Vida de Diária: alimentação, vestuário, uso do vaso sanitário, higiene pessoal e controle de esfíncter (Anexo1)	Não realiza ao menos 4 ABVD Anexo 1	Não realiza ao menos 3 ABVD Anexo 1	Não realiza ao menos 2 ABVD Anexo 1
Paciente com alteração de desempenho na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária: gerenciamento do lar, gerenciamento da saúde, mobilidade na comunidade, realizar compras, controle financeiro, gerenciar comunicação (Anexo 1)	Não realiza ao menos 5 AIVD Anexo 1	Não realiza ao menos 3 AIVD Anexo 1	Não realiza ao menos 2 AIVD Anexo 1
Limitação funcional pós internação prolongada (alteração de força muscular, amplitude de movimento, dificuldade na locomoção)	Alta hospitalar até 90 dias	Alta hospitalar entre 90 a 180 dias	

CER - REABILITAÇÃO INTELECTUAL e TEA ADULTO (acima de 14 anos)

CÓDIGO SISREG: 0498015

	VERMELHO	AMARELO	VERDE
Sinais de incapacidade cognitiva: déficit de memória, na orientação espacial e temporal, dificuldade em responder solicitações ou comandos, prejuízo na função executiva e na velocidade de processamento; déficit de fluência linguagem oral e ou escrita (compreensão e ou expressão)	início até 06 meses.	início de 6 a 12 meses	início há mais de 12 meses
Paciente com alteração de desempenho na realização das Atividades Básicas de Vida de Diária: alimentação, vestuário, uso do vaso sanitário, higiene pessoal e controle de esfíncter (Anexo1)	Não realiza ao menos 4 ABVD Anexo 1	Não realiza ao menos 3 ABVD Anexo 1	Não realiza ao menos 1 ABVD Anexo 1
Paciente com alteração de desempenho na realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária: gerenciamento do lar, gerenciamento da saúde, mobilidade na comunidade, realizar compras, controle financeiro, gerenciar comunicação (Anexo 1)	Não realiza ao menos 5 AIVD Anexo 1	Não realiza ao menos 3 AIVD Anexo 1	Não realiza ao menos 2 AIVD Anexo 1
Paciente com alteração de desempenho na realização das Atividades Avançadas de Vida Diária: atividade laboral, atividade escolar, atividades sociais e atividades de lazer. (Anexo1)	Não realiza ao menos 3 AAVD Anexo 1	Não realiza ao menos 2 AAVD Anexo 1	Não realiza ao menos 1 AAVD Anexo 1

CER - REABILITAÇÃO FÍSICA INFANTIL - POPULAÇÃO ABAIXO DE 14 ANOS

CÓDIGO SISREG: 0498016

Criança de 0 a 2 anos e 11 meses de vida

Crianças acima de 3 anos de idade

VERMELHO

- ADNPM : não ter atingido nenhum dos 4 marcos do desenvolvimento esperados para a sua faixa etária, conforme instrumento utilizado na caderneta da criança vigente;

- Paralisia facial;

- Lesão do neurônio motor com diagnóstico de até 06 meses;

- Disfagia, alimentação exclusiva por via alternativa e ou alimentação parcial pela via oral com necessidade de preparo especial do alimento com presença de episódios de engasgos, tosse ou cansaço frequentes na ingesta por via oral.

- Paralisia Facial;

- Lesão do sistema nervoso central com diagnóstico de até 06 meses;

- Limitação funcional nível II ou III segundo a escala GMFCS (Anexo 4);

- Limitação funcional pós internação (alteração de força muscular, amplitude de movimento, dificuldade na locomoção) até 90 dias

- Disfagia: alimentação exclusiva por via alternativa como sonda naso enteral (SNE) ou gastrostomia (GTT)

AMARELO

- ADNPM : não ter atingido nenhum dos 2 a 3 dos marcos do desenvolvimento esperados para a sua faixa etária, conforme instrumento utilizado na caderneta da criança vigente;

- Lesão do neurônio motor com diagnóstico entre há mais de 6 meses.

- Lesão do Sistema nervoso central com diagnóstico entre 06 meses e 2 anos

- Limitação funcional Nível IV (Anexo 4) ;

- Alimentação por via oral, com necessidade de preparo especial do alimento ou de compensações durante a alimentação, apresentando com frequência tosse, engasgos e cansaço.

VERDE

- Lesão medular, Lesão do neurônio motor ou Lesão encefálica com diagnóstico há mais de 2 anos.

- Limitação funcional Nível V (Anexo 4)

CER - REABILITAÇÃO INTELECTUAL E TEA INFANTIL -

POPULAÇÃO ABAIXO DE 14 ANOS

CÓDIGO SISREG: 0498017

Criança de 0 a 2 anos e 11 meses e 29 dias de vida

Crianças acima de 3 anos de idade

VERMELHO

- Atraso importante ou ausência de fala (bebês com ausência de vocalização e/ou balbucio, vocabulário restrito, emissão de poucas palavras isto é, abaixo do esperado para a idade);

- Ausência de contato visual e interação social;

- Não reação a estímulos sonoros ou quando chamado pelo nome.

- Crianças que apresentem diagnóstico ou estejam em fase de investigação para Deficiência Intelectual nível de gravidade grave/profunda e/ou Transtorno do Espectro Autista, nível 3, ou seja, necessidade de apoio substancial, com graves dificuldades de comunicação, incluindo modos verbais e não-verbais com acentuada dificuldade de funcionamento. Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferindo acentuadamente no funcionamento em todas as habilidades, e grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações. (Anexo 3)

- Crianças com comprometimento no desempenho de pelo menos 3 das ABVDs (higiene, alimentação, vestuário, transferência, mobilidade e marcha), esperadas para a faixa etária (Anexo 1 e 3).

AMARELO

- Atraso da comunicação verbal e não verbal, caracterizado por vocalização e/ou balbucio aquém do esperado para a faixa etária, associado à dificuldade na interação social, caracterizada por dificuldade em estabelecer e manter contato visual e sorriso social, dificuldade no uso funcional dos brinquedos/objetos, no jogo simbólico e inconsistência de resposta quando chamado pelo nome, associados à questões neurológicas, suspeita e/ou diagnóstico de transtorno do espectro autista, síndromes genéticas diversas e deficiência intelectual

- Crianças com diagnóstico ou que estejam em fase de investigação para Deficiência Intelectual nível de gravidade moderado e/ou Transtorno do Espectro Autista, nível 2 de suporte - Comunicação social, segundo DSM5, ou seja, dificuldade acentuada na comunicação verbal ou não verbal, habilidades sociais limitadas e inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento ou dificuldade de mudar o foco ou as ações. Assim como déficit nas habilidades práticas e na compreensão dos conceitos básicos da linguagem: dentro/fora, em cima/embaixo, direita/esquerda, de ordens ou solicitações complexas esperadas para a idade (Anexo 3).

VERDE

- Atraso da comunicação verbal e não verbal, caracterizado por vocalização e/ou balbucio aquém do esperado para a faixa etária, associado à dificuldade na interação social, caracterizada por dificuldade em estabelecer e manter contato visual e sorriso social, dificuldade no uso funcional dos brinquedos/objetos, no jogo simbólico e inconsistência de resposta quando chamado pelo nome.

- Crianças que apresentem diagnóstico ou estejam em fase de investigação para Deficiência Intelectual nível de gravidade leve e/ou Transtorno do Espectro Autista, nível 1 de suporte - Comunicação social segundo o DSM5, ou seja, que necessitem de pouco apoio, caracterizado por problemas para iniciar interações, menor interesse nos relacionamentos e comportamento inflexível que leva a dificuldades de trocar de atividades, problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência, assim como imaturidade nas relações sociais e déficit nas habilidades conceituais: linguagem e alfabetização, conceitos de dinheiro, tempo e número e auto-direção (Anexo 3).

SAÚDE AUDITIVA -

CÓDIGO: 0705882

	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL
Falha na Triagem auditiva Neonatal	- Falhou na TAN (Triagem Auditiva Neonatal) da SES-DF (encaminhada por fonoaudiólogo e ou médico otorrinolaringologista)			
Perda auditiva	- Perda auditiva com idade até 7 anos - Perda auditiva severa / profunda bilateral em avaliação para implante coclear (Portaria GM/MS Nº 2.776, de 18 de dezembro de 2014) - Perda auditiva com idade acima de 80 anos	- Perda auditiva com idade acima de 60 anos - Perda auditiva com idade entre 8 e 20 anos - Perda auditiva em avaliação para concessão de Sistema FM - microfone remoto, de qualquer idade e em qualquer nível acadêmico (Portaria Nº 1.274, de 25 de junho de 2013 e Portaria Nº 3, de 19 de fevereiro de 2020)	- Perda auditiva bilateral (permanente ou flutuante; oralizado ou não oralizado) com idade igual ou maior a 21 anos	- Perda auditiva unilateral com idade igual ou maior a 21 anos - Perda auditiva com distúrbios neuropsicomotores graves em maiores de 21 anos - Déficit auditivo neurossensorial acima de 3kHz em maiores de 21 anos associado a zumbido severo ou catastrófico

4.7 - Recomendações aos centros executores:

- Realizar o acolhimento, que consiste em uma consulta realizada por equipe multidisciplinar, momento de escuta qualificada das queixas do usuário e respostas mínimas às suas expectativas. Tendo duração de aproximadamente 40 minutos.
- A disponibilização das vagas para Reabilitação serão definidas atendendo ao Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual- Ministério da Saúde, 2020.

5. Vigência

Até a elaboração de documento permanente.

6. Considerações finais:

A partir da avaliação de acolhimento as agendas locais deverão utilizar o SISREG com código interno de forma:

- a possibilitar que o usuário realize mais de uma terapia no mesmo dia, se esta for sua necessidade;
- que os pacientes sejam agendados em horário que facilite as atividades de vida diária;
- que as terapias de cada especialidade ocorram uma ou mais vezes por semana, conforme plano terapêutico estabelecido;
- a possibilitar a integração da equipe para revisão do plano terapêutico a cada 3 meses e sempre que necessário;
- que o serviço não tenha filas internas que interfiram no processo de reabilitação do paciente.

Casos que apresentem critérios para acompanhamento em serviços concomitantes do mesmo nível de atenção, por exemplo, CAPS, COMPP e Adolescentro, devem ter seus projetos terapêuticos construídos de forma compartilhada, considerando a Carteira de Serviços de cada Unidade de Saúde, promovendo a complementaridade da atenção e respeitando a vocação dos Serviços, evitando a duplicidade de ações.

Após a alta, o paciente será contra-referenciado para as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), para continuidade do acompanhamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

De acordo com a necessidade do paciente, deve ser agendado retorno para reavaliação.

Caso sejam observadas perdas funcionais ou novos sinais de risco, que não podem ser acompanhados pela equipe da atenção primária em saúde (APS), nova solicitação deve ser inserida no SISREG.

Nos casos dos pacientes que forem classificados para cuidado na APS e não houver cobertura da APS, não tendo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) o mesmo deverá ser referenciado para a atenção secundária, devendo constar esta informação na solicitação.

No momento da alta o paciente deve receber o relatório apontando a finalização do processo terapêutico e indicando a continuidade de cuidados na APS.

7. Referência Bibliográfica:

1. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS - INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELECTUAL E VISUAL. (Centro Especializado em Reabilitação - CER e Oficinas Ortopédicas) 2014
2. Antes, D. L. et al. Propriocepção de joelho em jovens e idosas praticantes de exercícios físicos. *Fisioterapia e pesquisa*, São Paulo, v.16, n.4, out./dez. 2009
3. Bacarin, T. A. et al. Propriocepção na artroplastia total de joelho em idosos: uma revisão da literatura. *Revista Fisioterapia da Universidade de São Paulo*. 11(2); jul./dez.2004.
4. Brasileiro, I. C, Moreira, T. M. M, Buchalla, C. M. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e seu uso no Brasil. *Acta Fisiatr*. 2013; 20.
5. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS Debate – Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada. Brasília: CONASS; 2016.
6. Camargos, F.F.O. et al. Estudo da propriocepção e desempenho funcional em idosos com osteoartrite de joelhos. *Rev. Brasileira de fisioterapia* Vol. 8, No. 1 (2004)
7. Conceição, A. O., DIAS, G. A. S. Alongamento muscular: uma versão atualizada. *Lato & Sensus* 2004; 5(1)
8. Deliberato, P. C. Exercícios terapêuticos – guia prático para estudantes e profissionais. Ed. Manole, 2007.
9. Erdmann, A. L. e cols. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev. 2013
10. Edmond, S. L. Manipulação e mobilização. Técnicas para membros e coluna. 1ª edição, São Paulo: Manole 2000.
11. Freiburger, E. et al. Physical activity exercises and sarcopenia- future changes. [Wien Med. Wochenschr](#) 2011;161.
12. Farias, N., Buchalla, C. N. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Ver. Bras. Epidemiol*. 2005; 8.
13. Guedes, B. A. e cols. A organização da atenção ambulatorial secundária na SES/DF. *CIENCIA E SAUDE COLETIVA*, 2019.
14. Guirro, R., Abib, C., Máximo, C. Os efeitos fisiológicos da crioterapia: uma revisão. *Revista Fisioterapia Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 6, n. 2, jul./dez., 1999.

15. Guirro & Guirro. Fisioterapia DermatoFuncional. 3ª ED. São Paulo: Manole 2002.
16. Hayes, K. W. Manual de agentes físicos: recursos fisioterapêuticos. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
17. Knitgh, K. L. Crioterapia no Tratamento das Lesões Esportivas. São Paulo: Manole, 2000.
18. Kitchen, S. Eletroterapia: prática baseada em evidências. 11º ed. Manole, 2003.
19. Kisner, C., Colby, L.A. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 4ª edição. São Paulo: Manole 2004.
20. Low, J.; Reed, A. Eletroterapia explicada: princípios e prática. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2001.
21. Leporace, G. et al. Importância do treinamento da propriocepção e no controle motor na reabilitação após lesões musculoesqueléticas. Acta fisiatr 16; abril 2009;
22. Maitland G, Hengeveld E, Banks K, English K. Manipulação vertebral de Maitland. 6ª edição, Rio de Janeiro: Artmed 2003.
23. Machado, CM. Eletrotermoterapia prática, 3 ed. São Paulo, Pancast 2002.
24. Makofsky, H. W. Coluna Vertebral – Terapia Manual. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
25. Nelson, R. M. et al. Eletroterapia clínica. 3.ed. São Paulo: Manole, 2003.
26. Parizotto, N. A., Koeke, P. U., Moreno, B. G. D. e Lourencin, F. T. C. - Utilização da fonoforese em distúrbios músculo-esqueléticos: uma meta-análise. Rev. bras. fisioter. Vol. 7, No. 1 (2003).
27. Prentice, W.E. Mobilidade deficiente: restauração de amplitude de movimento e melhora da flexibilidade. In Técnicas em reabilitação musculoesquelética. Porto Alegre 2003; Ed. Artmed: 83-91.
28. Prentice, W. E. Modalidades terapêuticas para fisioterapeutas. 2 ed. São Paulo: Artmed, 2004.
29. Rodrigues, E. M. Manual de recursos fisioterapêuticos. Ed. Revinter, 1998.
30. Rocha, D. C. Gestão do Cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos para pensar uma política [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.
31. Schuster, R. C.; Sant, C. R.; Dalbosco, V. Efeitos da estimulação elétrica funcional (FES) sobre o padrão de marcha de um paciente hemiparético. Acta Fisiátr. 2007;14.

- 32.Silva, M. A. e cols. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras. Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO- 2014.
- 33.Starkey, C. Recursos Terapêuticos em fisioterapia. Editora Manole, São Paulo. 2º ed.
- 34.Silva, R. B. X.; Salgado, A. S. I. Fisioterapia Manual na Síndrome Dolorosa Miofascial. Terapia Manual; 2(2): 2003.
- 35.Thévenon A, Blanchard A. Guia prático de medicina física e reabilitação. 1ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2005.
- 36.Vilela Jr, J. F, Soares, V. M. G. , Maciel, A. M. S. B. A importância prática da cinesioterapia em grupo na qualidade de vida de idosos. Acta Fisiatra. 2017. 24 (3).
- 37.Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018/ Portaria SES nº 773, de 19 de julho de 2018.
- 38.Fitoterápicos officinais – Guia de orientação a profissionais de saúde 8ª edição. Núcleo de farmácia viva / GDF. 2018.
- 39.MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília – DF 2017. Práticas em Reabilitação na AB o olhar para a funcionalidade na interação com o território.
- 40.MANUAL DE EQUIPAMENTOS HTM CLÍNICO – 2015

8. Elaboradores: Equipe Multidisciplinar CER, Raquel Andrade Sousa, RTD de Fisioterapia; Ocânia da Costa Vale; Hellen Delchova Rabelo, RTD de Terapia Ocupacional; e Aline Cesar e Carla Daher, Assessoria de Redes.

ANEXO 1: ALTERAÇÃO DE DESEMPENHO Ao encaminhador: Registrar alteração de desempenho nas ABVD, AIVD e AAVD (soma dos itens que não realiza sozinho de cada atividade de vida diária) e inserir no encaminhamento do paciente.

	ATIVIDADE AVALIADA (Avaliar se o paciente é capaz de realizar as atividades em questão. Não considerar como não realiza sozinho a não realização devido a organização de rotina da pessoa ou por não saber fazer.)	NÃO REALIZA SOZINHO
ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA As Atividades básicas da vida diária são atividades diretamente relacionadas com o cuidado do próprio corpo	- ALIMENTAÇÃO (sem ajuda ou apenas para cortar a carne)	
	- MOBILIDADE (sai da cama ou da cadeira sem ajuda)	
	- VESTIR-SE (sem ajuda ou ao menos para amarrar o sapato)	
	- HIGIENE ÍNTIMA E CUIDADO PESSOAL (banho, uso do vaso sanitário, higiene sem ajuda)	
	- CONTINÊNCIA URINÁRIA E FECAL, CONTROLE DE ESFÍNCTERES (controla micção e evacuação, raros acidentes)	
	SOMA ALTERAÇÃO DE DESEMPENHO:	
ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA As Atividades instrumentais da vida diária são atividades relacionadas com o meio no qual se vive, e geralmente são atividades complexas. Podem ser opcionais, já que podem ser desenvolvidas por outras pessoas.	ATIVIDADES DOMÉSTICAS: cozinhar, arrumar a casa, lavar e passar	
	AUTO GERENCIAMENTO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE (manutenção de rotinas saudáveis e promoção do bem estar com exercícios físicos, nutrição adequada, toma remédios na hora certa)	
	REALIZAR COMPRAS (preparar a lista de compras, seleção do método de pagamento, uso adequado do dinheiro)	
	MOBILIDADE NA COMUNIDADE (utiliza transporte público, caminhar, dirigir, andar de bicicleta, pegar táxi ou ônibus)	
	CONTROLE FINANCEIRO (uso de recursos financeiros, planejamento financeiro)	
	GERENCIAMENTO DA COMUNICAÇÃO: enviar, receber, interpretar informações incluindo ferramentas para escrita, telefone, computador, prancha de comunicação, recursos de telecomunicação, equipamentos de comunicação alternativa.	
	SOMA ALTERAÇÃO DE DESEMPENHO:	
ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA As atividades necessárias para ser um estudante e participar no meio educativo, para conseguir um emprego, atividades espontâneas ou organizadas que promovem o lazer, entretenimento, passatempo ou diversão.	ATIVIDADE LABORAL (interesse em procurar um emprego, conseguir emprego, desempenho no trabalho, envolver-se em trabalho voluntário)	
	ATIVIDADE ESCOLAR (participação na educação formal e informal, explorar interesses ou necessidades na educação)	
	ATIVIDADES SOCIAIS (interação individual ou coletiva em sistema comunitário, familiar ou colegas e amigos)	
	ATIVIDADES DE LAZER (atividades não obrigatórias escolhidas e desempenhadas: aproveitar tempo livre, jogos de participação)	
	SOMA ALTERAÇÃO DE DESEMPENHO:	

ANEXO 2: ESCALA DE RANKIN

Escala de Rankin

0	Assintomático
1	Sintomas não incapacitantes: capaz de realizar todas as tarefas habituais
2	Incapacidade ligeira: incapaz de realizar algumas tarefas que realizava anteriormente, mas independente nas actividades de vida diárias
3	Incapacidade moderada: sintomas que restringem significativamente o estilo de vida e/ou impedem independência completa nas actividades de vida diária; caminha sem ajuda
4	Incapacidade moderadamente grave: sintomas que tornam o doente claramente dependente, embora não necessitando de ajuda em todas as actividades de vida diária
5	Incapacidade grave; totalmente dependente, requerendo cuidados de terceiros, dia e noite
6	Morte

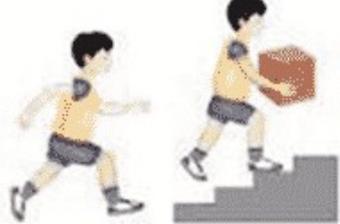
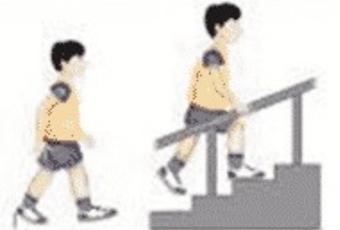
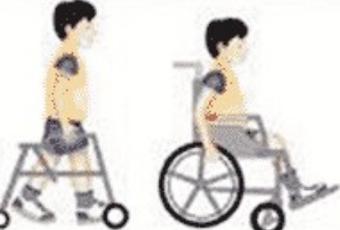
ANEXO 3: NÍVEIS DE GRAVIDADE PARA TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

TABELA 2 Níveis de gravidade para transtorno do espectro autista

Nível de gravidade	Comunicação social	Comportamentos restritos e repetitivos
Nível 3 “Exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa com fala inteligível de poucas palavras que raramente inicia as interações e, quando o faz, tem abordagens incomuns apenas para satisfazer a necessidades e reage somente a abordagens sociais muito diretas.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “Exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros. Por exemplo, uma pessoa que fala frases simples, cuja interação se limita a interesses especiais reduzidos e que apresenta comunicação não verbal acentuadamente estranha.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “Exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais. Por exemplo, uma pessoa que consegue falar frases completas e envolver-se na comunicação, embora apresente falhas na conversação com os outros e cujas tentativas de fazer amizades são estranhas e comumente malsucedidas.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: DSM V

ANEXO 4: Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS)

	NÍVEL I <ul style="list-style-type: none">- Marcha independente sem limitações;- Pula e corre;- Velocidade, equilíbrio e coordenação podem ser prejudicados.
	NÍVEL II <ul style="list-style-type: none">- Anda com limitações, mesmo em superfícies planas;- Engatinha;- Tem dificuldade para pular e correr.
	NÍVEL III <ul style="list-style-type: none">- Anda com auxílio de muletas ou andadores;- Sobe escadas com segurando em corrimão;- Depende da função de membros superiores para tocar a cadeira de rodas em longas distâncias.
	NÍVEL IV <ul style="list-style-type: none">- Senta-se em cadeira adaptada;- Faz transferências com ajuda de um adulto;- Anda com andador em curtas distâncias;- Pode adquirir autonomia em cadeira de rodas.
	NÍVEL V <ul style="list-style-type: none">- Necessita de adaptações para sentar-se;- É totalmente dependente nas atividades de vida diárias e na locomoção;- Pode tocar cadeira de rodas motorizada com adaptações.



Documento assinado eletronicamente por **CAMILA SILVA DE MEDEIROS - Matr.1432681-7, Gerente de Serviços de Saúde Funcional**, em 12/05/2023, às 11:37, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **JULIANA QUEIROZ ARAUJO - Matr.0158988-1, Diretor(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 12/05/2023, às 13:32, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **BIANCA SOUZA LIMA - Matr.1443954-9, Coordenador(a) de Atenção Especializada à Saúde substituto(a)**, em 12/05/2023, às 13:37, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAMA DE OLIVEIRA CARDOSO CELANI - Matr.1438760-3, Coordenador(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 12/05/2023, às 14:23, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LARA NUNES DE FREITAS CORREA - Matr.1675286-4, Coordenador(a) de Atenção Secundária e Integração de Serviços**, em 12/05/2023, às 15:02, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **LUCIANO MORESCO AGRIZZI - Matr.1688993-2, Secretário(a) Adjunto(a) de Assistência à Saúde**, em 17/05/2023, às 10:02, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **EDDI SOFIA DE LA SANTISSIMA TRINIDAD SERICIA MEJIAS MEDREI - Matr.1441378-7, Subsecretário(a) de Atenção Integral à Saúde**, em 17/05/2023, às 11:54, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:
http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=112507284 código CRC= **E4E03585**.
