

UNIÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SERVIÇOS, ENSINO E PESQUISA -
UNISEPE
FACULDADE PERUÍBE - FPbe
CURSO DE FISIOTERAPIA

ANDRESSA CRISTINA BEZERRA GALDIANO
GIOVANNA AUDREY SILVA
GUILHERME VIANA MIGUEL

**IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE ESTIMULAÇÃO
PRECOCE PARA MÚLTIPLAS PATOLOGIAS:** Um estudo de caso sobre a
implementação ambulatorial

PERUÍBE - SP
2023

ANDRESSA CRISTINA BEZERRA GALDIANO

GIOVANNA AUDREY SILVA

GUILHERME VIANA MIGUEL

**IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE ESTIMULAÇÃO
PRECOCE PARA MÚLTIPLAS PATOLOGIAS: Um estudo de caso sobre a
implementação ambulatorial**

Monografia apresentada à Faculdade Peruíbe – FPbe como exigência parcial para a obtenção do título de Graduação no Curso de Bacharel em Fisioterapia, sob a orientação do Professor **Ma. Patrícia Villa Fernandes** e Coordenação do Profº Dra. Andreia Salvador M. Machado.

PERUÍBE - SP

2023

**IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE ESTIMULAÇÃO
PRECOCE PARA MÚLTIPLAS PATOLOGIAS:** Um estudo de caso sobre a
implementação ambulatorial

Trabalho de conclusão de curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel no curso de Fisioterapia da Faculdade Peruíbe - FPbe, pela seguinte banca examinadora:

Coordenador do Curso de Fisioterapia

Dra. Andreia Salvador M. Machado.

Banca Examinadora

Professor Orientador: Ma. Patrícia Villa **Fernandes**

Professor Examinador: xxxxxxxx

Professor Examinador: xxxxxxxx

Peruíbe, de de 2023.

IMPLANTAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO DE ESTIMULAÇÃO
PRECOCE PARA MÚLTIPLAS PATOLOGIAS: Um estudo de caso sobre a
implementação ambulatorial

Andressa Cristina Bezerra Galdiano*

Giovanna Audrey Silva*

Guilherme Viana Miguel*

Pro^a Dra. Andreia Salvador M. Machado**

Profa. Ma. Patrícia Villa Fernandes**

*Alunos do curso de Fisioterapia da Faculdade Peruíbe – FPbe

**Professora do curso de Fisioterapia da Faculdade Peruíbe - FPbe

RESUMO

Introdução: A estimulação precoce é o termo aplicado a uma variedade de estímulos destinados ao auxílio do desenvolvimento motor e cognitivo de bebês e crianças, com faixa etária de zero a três anos, com condições ou agravos a saúde promovidos pela presença de síndromes, deficiências e/ou enfermidades que possam comprometer seu desenvolvimento como um todo. Diante do exposto, a criação de um ambulatório multiprofissional e multifuncional para a estimulação precoce de diversas síndromes é essencial para a minimização dos danos causados pela ausência de diagnóstico imediato de bebês e crianças. **Objetivo:** Este trabalho busca apresentar os princípios básicos para a implantação de um ambulatório de estimulação precoce, bem como, a implementação desse serviço prestado a população, além de métodos de intervenção com abordagens fisioterapêuticas que promovam melhorias no desenvolvimento de crianças portadoras de Paralisia Cerebral (PC), Microcefalia (MC) e de Bebês Prematuros (BP). **Metodologia:** Realizou-se primeiramente um estudo descritivo do assunto proposto sobre estimulação precoce, assim como, uma sondagem mais aprofundada das doenças que serão apresentadas e seus respectivos tratamentos. Além das normas para a implantar um ambiente adequado para o atendimento dessa demanda. Por fim, a descrição de como será a implementação desse atendimento desde a chegada do paciente, elaboração das fichas de acompanhamento, até que o resultado esperado seja atingindo, propiciando a alta do mesmo. **Conclusão:** Após a abordagem sistêmica da temática, torna-se imprescindível a atuação do fisioterapeuta frente a esse cenário.

Palavras-chave: intervenção fisioterapêutica; implementação ambulatorial; acessibilidade.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	OBJETIVO	8
3	METODOLOGIA	8
4	SOBRE CRIAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE	9
5	IMPLEMENTAÇÃO DO CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE	12
6	ATIVIDADES REALIZADAS NO CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE	14
6.1	AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE BEBÊS E CRIANÇAS PORTADORES DE MICROCEFALIA	15
6.2	AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE BEBÊS E CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL	17
6.3	AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE BEBÊS CRIANÇAS COM DISFUNÇÕES PROMOVIDAS PELA PREMATURIDADE	19
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
	ANEXOS	25

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Moreira, (2010), a primeira infância que compreende a vida infantil de zero a seis anos, é um período de extrema importância para o desenvolvimento motor e psicossocial dos indivíduos. Além disso, há nessa fase, a essencialidade da detecção de síndromes e doenças que acometam bebês e crianças, a fim de oferecê-las todo o suporte médico, fisioterapêutico e tratamento necessário.

A estimulação precoce é o termo aplicado a uma variedade de estímulos destinados ao auxílio do desenvolvimento motor e cognitivo de bebês e crianças, com faixa etária de zero a três anos, com condições ou agravos a saúde promovidos pela presença de síndromes, deficiências e/ou enfermidades que possam comprometer seu desenvolvimento como um todo (Holanda, 2004).

Tal estimulação é baseada no desenvolvimento do indivíduo desde o nascimento ao decorrer dos primeiros anos de vida, e proporciona a estes e suas famílias inúmeros benefícios que os amparam na promoção de saúde, prevenção ao agravo do quadro clínico, bem como, identificação do atraso neuropsicomotor (Holanda, 2004).

De acordo com Santos et al,(2017), a estimulação precoce realizada em ambientes propícios e com as excitações necessárias, é fator primordial para o êxito do desenvolvimento motor dos pacientes, desta forma, a necessidade de acompanhamento profissional nesse processo de maturação das suas habilidades é essencial.

Ainda, Silva, (2017), relata que quanto mais imediato for o diagnóstico e a intervenção, maior a chance da eficácia do estímulo na prevenção ou minimização de movimentos anormais e instalação de padrões posturais. A recomendação é que essa identificação ocorra até no máximo os três anos de idade (Hallal, 2008).

Além disso, a estimulação precoce de bebês e crianças tem por principal função, devolver ou proporcionar ao paciente seu perfeito desenvolvimento, ou condições mais próximas da normalidade, através de uma cautelosa

investigação clínica e, posteriormente, traçar um plano de tratamento adequado a cada caso (Silva, 2017).

O profissional da fisioterapia apresenta papel fundamental nas situações mencionadas anteriormente, principalmente, no que se refere ao diagnóstico de alterações neuropsicomotoras, aconselhamento e orientação familiar, humanização da unidade de tratamento, bem-estar do paciente, desenvolvimento de alternativas que possibilitem qualidade de vida do indivíduo, bem como de seus familiares.

De acordo com (Costa 2013), a percepção da necessidade da implantação de centros específicos que destinem atenção ao estímulo de pessoas com deficiência (PcD) surgiu nas instituições educacionais durante o processo de alfabetização desse público.

O autor salienta ainda, que através dessa assimilação do carência de unidades de estímulo, os profissionais da área da saúde, principalmente, fisioterapeutas, sentiram-se aguçados pela busca pelo campo de intervenção precoce, a fim de trabalharem com a possibilidade da prestação de serviços fisioterápicos que amenizem a antecipação dos danos causados pelas particularidades de seus futuros pacientes.

Segundo Feapat, (2005), no Brasil a maior proporção dessa intervenção é realizada pelas Escolas de Educação Especial, bem como pela APAES (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), que infelizmente em sua grande maioria não acontece de forma precoce. Ainda assim, os profissionais presentes nessas instituições visam oferecer aos alunos, com os recursos que lhes cabem, a assistência na promoção do desenvolvimento, tal como intentam compensar os déficits e disfunções aos progressos da criança promovidos pela sua deficiência.

Outro fator de importância é o acolhimento e orientação da família, esse ponto é essencial para que se conquiste um maior ganho funcional, visto que esses estão fortemente presentes e influenciam na colaboração da execução de suas habilidades primordiais e auxiliam principalmente no estímulo cotidiano que interferem positivamente na progressão do desenvolvimento das funções cognitivas, motoras e de linguagem dos pacientes (Gomes;Golin, 2013).

Diante do exposto, a criação de um ambulatório multiprofissional e multifuncional para a estimulação precoce de diversas síndromes é essencial para a minimização dos danos causados pela ausência de diagnóstico imediato de bebês e crianças.

2 OBJETIVO

Este trabalho busca apresentar os princípios básicos para a implantação de um ambulatório de estimulação precoce, bem como, a implementação desse serviço prestado a população, além de métodos de intervenção com abordagens fisioterapêuticas que promovam melhorias no desenvolvimento de crianças com risco de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) com ênfase na Paralisia Cerebral (PC), Microcefalia (MC) e de Bebês Prematuros (BP).

3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a estruturação deste trabalho, trata-se de um estudo de caso descritivo sobre a construção de um ambulatório de estimulação precoce, além de apresentar possíveis condutas fisioterapêuticas para tratamento das temáticas apresentadas que foram determinadas através de um levantamento teórico-prático de realidades descritas no acervo digital.

Também, utilizou-se como base a descrição dos casos presenciados pelos componentes deste trabalho durante a execução de estágios extracurriculares realizados na Policlínica da Faculdade Peruíbe e demais instituições de fisioterapia ao longo da graduação.

Realizou-se primeiramente um estudo descritivo do assunto proposto sobre estimulação precoce, assim como, uma sondagem mais aprofundada das doenças que serão apresentadas e seus respectivos tratamentos. Além das normas para a implantar um ambiente adequado para o atendimento dessa demanda. Por fim, a descrição de como será a implementação desse atendimento desde a chegada do paciente, elaboração das fichas de

acompanhamento, até que o resultado esperado seja atingindo, propiciando a alta do mesmo.

A abordagem dos dados obtidos foi qualitativa, a fim de apresentar somente um relato de experiência, tal como, descrição, identificação e análise de características envolvidas nos processos sugeridos.

Torna-se valido expor, que há a pretensão de construir efetivamente um ambulatório de estimulação precoce para multiplas patologias na instituição Faculdade Peruíbe.

4 SOBRE CRIAÇÃO DE UM AMBULATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Através da implantação e estruturação de um ambulatório multifuncional para a estimulação precoce, torna-se possível oferecer tratamento imediato a crianças portadoras de distintas doenças mediante ao diagnostico, evitando o agravamento de possíveis sintomas promovidos pela presença de diversas deficiências que carecem desse atendimento direcionado (Proner & Barros, 2015).

Cuidar e promover a progressão do paciente, sem dúvidas, deve ser um dos princípios do objetivo de criação do ambulatório. Sendo assim, torna-se cada vez mais imprescindível a busca por ações que visem transformar ideias em atitudes para a implementação das atividades que promovam aos beneficiários que procuram pelo serviço oferecido pelo fisioterapeuta (Rios et al., 2008).

De acordo com a Unimed,(2023), o primeiro passo para a implantação de um espaço que preste serviços a saúde é o estudo da demanda por esse tipo de trabalho, e qual o impacto que essa instalação vai causar na sociedade. Posterior a isso, o planejamento financeiro e a organização de ideias devem compor um projeto prévio para avaliar a viabilidade deste ambiente.

Entretanto, antes da realização de qualquer atitude para a abertura de uma empresa, é necessária a consulta previa na prefeitura e órgãos de administração local, cujo objetivo é verificar se o ambiente escolhido para a implantação da empresa comporta a atividade que deseja empreender. Além

de confirmar o endereço registrado na prefeitura para que haja o registro do contrato social, sem precisar refazê-lo (Unimed, 2023).

Realizados estes procedimentos, o interessado na criação do espaço deve atentar-se aos parâmetros e disposições exigidos pela Resolução RDC nº 50, lançada em 21 de fevereiro de 2002, publicada pela (Anvisa Brasil 2002), além de certificar-se das alterações incluídas na referida resolução que estão contidas na RDC nº307 em 2002 e na RDC nº 189 do ano de 2003. Essa resolução e suas respectivas alterações são referentes as normas básicas para a estruturação, criação ou ampliação de áreas relacionadas a estabelecimentos ligados a saúde. Além disso, deve integrar-se sobre as principais atribuições exigidas para a implementação de atividades fisioterapêuticas, as quais as mais relevantes para a área da fisioterapia estarão dispostas a seguir conforme a Resolução - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002:

É função do profissional em espaços de assistência fisioterapêutica:

- a) Prestar serviços de socorro imediato a pacientes externos em situações de sofrimento que não apresentem risco de vida em casos emergenciais;
- b) Atendimento à saúde de forma contínua e programada;
- c) Promover atendimento de apoio ao diagnóstico e fisioterapêutico a pacientes internos e externos através de ações diretas ao reconhecimento e recuperação do estado normal de saúde;
- d) Recepcionar os pacientes e seus acompanhantes, além de agendar consultas e retornos;
- e) Realizar de forma individualizada a sondagem clínica inicial (anamnese), exames neuropsicomotores e avaliações complementares;

Os fisioterapeutas têm livre permissão para utilizar dos procedimentos:

- a) Termoterapia – Tratamento realizado pelo uso de calor (forno de Bier, infravermelho, ultravioleta, ondas curtas, ultrassom e parafina);
- b) Cinesioterapia – Tratamento realizado através do movimento -exercício ativo, passivo e assistido (com ajuda de aparelhos);
- c) Hidroterapia – Tratamento realizado pelo uso da água (piscinas, tanque de Hubbad e turbilhão);

- d) Eletroterapia – tratamento realizado por meio de corrente elétrica (corrente galvânica e farádica);
- e) Mecanoterapia – tratamento realizado pelo uso de aparelhos (tração cervical e lombar, bicicleta física, mesa de Kanavel, espelho de postura, bota de Delorene, roda de ombro, escada e rampa, barra de Ling, quadro balcânico, tatame e paralela).

Obrigatoriamente um ambulatório de atividades fisioterápicas deve conter:

- a) Área para recepção e registro de pacientes;
- b) Sala de espera de pacientes e acompanhantes;
- c) Sanitários com vestiários para pacientes;
- d) Depósito de material de limpeza;
- e) Consultório de fisioterapia ("in loco" ou não);
- f) Local para armazenagem de macas e cadeira de rodas;
- g) Cozinha;
- h) Sala administrativa;
- i) Rouparia se necessária para procedimentos.

Além disso, o COFFITO,(2010) exige que para o funcionamento de uma clínica de fisioterapia de qualquer especialidade, haja um fisioterapeuta responsável que exercerá a atividade na qualidade de responsável técnico, desde que esteja devidamente habilitado para o exercício das funções. Ainda, de acordo com o CREFITO 3, o fisioterapeuta responsável, deverá indicar um substituto, o qual responderá na ausência do titular.

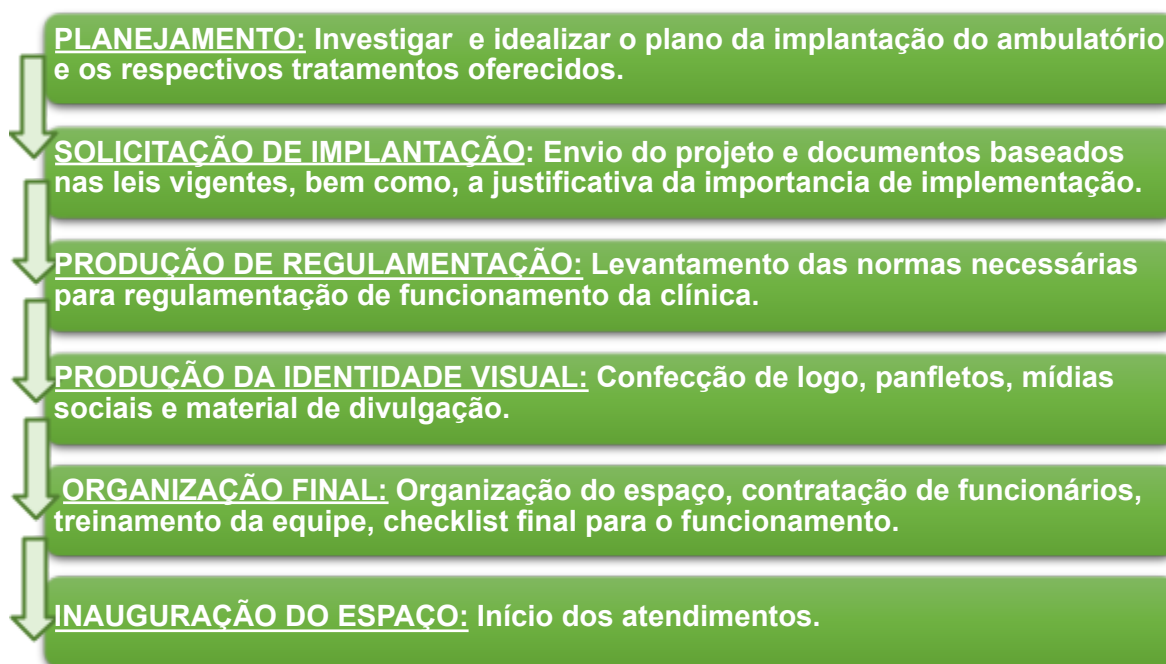
Torna-se valido salientar que a implementação das atividades e assistência aos pacientes só poderão ser prestadas mediante a validação do alvará de funcionamento, que deve ser registrado em nome da pessoa responsável pelo estabelecimento.

De acordo com a Resolução - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas respectivas alterações, cada ambulatório deverá obedecer aos parâmetros do projeto de confecção do espaço de atendimento com base nas especialidades e nos tipos de procedimentos exercidos, sendo para cada qual tem-se dimensionamentos e disposições a serem respeitados.

De modo a obedecer a todas as regulamentações necessárias, a implantação do centro de atendimento proposto pelo presente trabalho será realizada na Policlínica da Faculdade Peruíbe, localizada na cidade de Peruíbe no Estado de São Paulo. Onde o atendimento será prestado a toda população de forma gratuita, bem como, toda a assistência será feita pelos acadêmicos do curso de Bacharelado em Fisioterapia com a supervisão de um fisioterapeuta responsável.

No fluxograma a seguir (Figura 1) consta o planejamento realizado para a implantação do ambulatório de estimulação precoce.

Figura 1. Fluxograma de Implantação do centro especializado de estimulação precoce.



5 IMPLEMENTAÇÃO DO CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

A logística do atendimento será realizada por duplas ou trios de acadêmicos, conforme a organização e disponibilidade durante o dia. Esse método visa proporcionar autonomia aos alunos, de forma que os permita executar as teorias aprendidas em sala de aula, tendo a possibilidade de aperfeiçoá-las, além de, prepará-los para o mercado de trabalho.

Essa metodologia em agrupar os graduandos para realizar os atendimentos, facilita a troca de experiência e opiniões, além da influência na tomada de decisão de forma mais racional, obtendo vários pontos de vista sobre a oferta das condições ideais ao paciente.

O paciente acompanhado de seu responsável e devidamente encaminhado, estando dentro dos critérios de atendimento, deverá agendá-lo previamente através de ligação telefônica ou de forma presencial na recepção do ambulatório pelo menos uma semana antes da consulta. É válido ressaltar que ao primeiro atendimento, cada paciente receberá um número de prontuário que será registrado no sistema de credenciamento da clínica. Neste prontuário (Figuras 2 a 5) constarão todas suas informações pessoais, bem como, exames iniciais, exames adicionais, toda documentação referente ao seu quadro de saúde, além da ficha de acompanhamento do tratamento realizado nesse estabelecimento.

Quando chegado o dia consulta, o paciente deve comparecer com 15 minutos de antecedência, a fim de apresentar-se e conferir os dados no balcão de recepção. O mesmo, permanecerá na sala de espera até que seja solicitado pela equipe para o começo da sessão.

O início do atendimento será realizado somente pelos graduandos, essa fase inicial corresponde ao processo de anamnese, exames básicos não invasivos, sendo todas essas análises repassadas ao fisioterapeuta responsável que deve estar presente ao iniciar a parte prática, com o intuito de diagnosticar o paciente, sugerir o método fisioterapêutico a ser realizado na referida sessão, orientar e supervisionar os acadêmicos na execução deste.

Todas as sessões terão duração média de 50min, podendo ser reduzida ou prolongada de acordo com as limitações e as necessidades de cada paciente. As atividades a serem executadas em cada consulta irão variar de acordo com a realidade de cada caso. Sendo que ao final de cada procedimento, o fisioterapeuta deverá solicitar atividades de rotina que devem ser praticadas em casa, bem como, agendar o retorno ou assinar a alta do paciente, se este tiver finalizado o tratamento.

O paciente que atingir todas as expectativas esperadas do tratamento receberá alta, de forma que ainda recebera suporte dos nossos profissionais como forma de monitoramento periódico a cada seis meses, objetivando acompanhar os ganhos adquiridos durante o tratamento, bem como, supervisionar se há o aparecimento de alguma anomalia após a alta.

O retorno poderá variar conforme a solicitação do profissional, podendo ser de forma semanal, quinzenal ou mensal. O paciente que tiver retorno marcado, receberá uma ligação de confirmação um dia antes da próxima sessão, para melhor organização do atendimento.

Com isso, objetiva-se oferecer a população tratamento especializado de qualidade de forma gratuita, com o intuito de promover ganhos a saúde dos pacientes, tal como, proporcionar aos graduandos da Faculdade Peruíbe, maior vivência com a realidade que estes encontraram no mercado de trabalho.

6 ATIVIDADES REALIZADAS NO CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

A identificação precoce de distúrbios do desenvolvimento motor por meio de avaliação criteriosa durante o primeiro ano de vida pode determinar intervenções adequadas para garantir que crianças diagnosticadas com atraso tenham a mesma ou semelhante evolução das demais crianças com desenvolvimento normal (Willrich; Azevedo; Fernandes; 2009)

As ações desenvolvidas no centro especializado em estimulação precoce podem ser variadas e executadas de forma isolada de acordo com a necessidade de cada paciente, sendo que cada clínica deve conter uma Proposta de Serviço de Estimulação Precoce, que conseqüentemente devem obter as informações sobre as ações preventivas contra os atrasos e distúrbios ao desenvolvimento. Tais ações podem ser classificadas como primárias, secundárias e terciárias, cujo intuito geral seja detectar precocemente os sintomas clínicos expressados na primeira infância (Jerusalinsky, 2005).

Deste modo, a prevenção primeira caracteriza-se pela exigência da otimização ou manutenção dos níveis básicos de saúde e bem-estar, destinados ao público infantil, sendo que as ações dessa classe são

constituídas por programas antecipatórios que enfatizem o efeito de programas destinados a fortalecer o processo evolutivo ao decorrer da primeira infância (Pérez-Ramos, 1990).

A prevenção secundária alarga o seu âmbito de atuação às crianças que, sob a influência de fatores de risco, são consideradas susceptíveis de apresentarem deficiências do desenvolvimento. A implementação de um esquema compensatório em tais circunstâncias considera atualmente a classificação de propriedades biológicas e ambientais, identificação de características vulnerabilidade e privação emocional e sociocultural no desenvolvimento infantil (Pérez-Ramos, 1990).

Por fim, a prevenção terciária é configurada por ações direcionadas às crianças afetadas na área cognitiva e/ou visual, auditiva, emocional e motora, com a funcionalidade de amenizar os prejuízos já instalados (Pérez-Ramos, 1990).

É sob essas bases que são alicerçados os programas de estimulação precoce a diferentes patologias existentes, sendo que para cada realidade pode ser delineado um plano de trabalho, ainda, podendo ser alterados conforme a conjunção de cada indivíduo. Desta forma, será disposto em sequência planos de ações para as patologias como microcefalia, paralisia cerebral e prematuridade.

6.1 AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE BEBÊS E CRIANÇAS PORTADORES DE MICROCEFALIA

De acordo com o Ministério da Saúde,(2015), **final do ano do referido ano** o Brasil passou a enfrentar um surto de microcefalia, que causou um alerta e comoção nacional, principalmente para gestantes. O gatilho para a intensificação de pesquisas científicas se deu através do aumento do número de casos registrados, que após, o fortalecimento dos estudos ao final do ano de 2016, pôde-se apontar o *Zika Virus* como principal causador da doença. Naquela época, a doença era restrita a região nordeste do Brasil, realidade não mais evidenciada hoje, uma vez que a epidemia atinge todas as regiões do país (COFFITO, 2016).

A microcefalia é uma patologia caracterizada pela má formação congênita, quando o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, onde o paciente apresenta perímetro cefálico menor a 33 centímetros, que dependendo da etiologia, pode estar associada a defeitos estruturais no cérebro ou pode ser causada por uma variedade de causas, incluindo problemas cognitivos, motores e de aprendizagem (Brasil, 2016).

Além de atividades como subir e descer escadas, pular e correr, crianças com microcefalia podem apresentar atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, como dificuldade em segurar a cabeça (controle da coluna cervical), sentar-se, engatinhar, andar e trocar de posição. Também tendo comprometimento em desenvolver atividades como pegar, colocar e manipular brinquedos e objetos (COFFITO, 2016).

Devido ao distúrbio de desenvolvimento ocasionado por lesões ou malformação do sistema nervoso central, crianças com microcefalia geralmente apresentam as limitações mencionadas anteriormente. Portanto, alguns métodos de fisioterapia e terapia ocupacional podem ser vistos como diferenciais para proporcionar uma gama mais ampla de tratamentos.

Após o diagnóstico, um processo de intervenção para tratar deficiências primárias, minimizar déficits secundários e prevenir incapacidades deve ser iniciado com a criança clinicamente estável. Possivelmente, o acompanhamento de um paciente com microcefalia se estenda durante toda sua vida, sendo assim, de acordo com o progresso deste, deverão ser estabelecidas novas metas e objetivos, visando a qualidade de vida do paciente e sua família (COFFITO, 2016).

Os estímulos auditivos podem ser realizados individualmente para trabalhar gradativamente as habilidades auditivas (atenção, localização, lateralização, discriminação, compreensão auditiva). Portanto, esse aspecto pode ser chamado em conjunto com o estímulo de linguagem durante o tempo lúdico e contextual (Norbert et al., 2006).

As atividades de estimulação sensorial tátil usando objetos de diferentes cores, texturas e sons são fáceis de fazer, fáceis de aprender e fundamentais para o desenvolvimento das famílias. A vivência de diferentes texturas nos pés,

nas mãos e no rosto, como massa, gel, farinha, espuma de barbear, tinta, pasta, terra e areia, também é importante e está diretamente relacionada ao bom desenvolvimento neuropsicomotor precoce (Pedrazzani, 2010).

A estimulação da função motora ocorre por meio de uma abordagem proprioceptiva que visa fornecer uma noção de onde as partes do corpo estão no espaço, incentivando uma maior experiência tátil/sensorial. A motricidade requer prática e fortalecimento através de movimentos específicos que contribuem para a adequação do tônus e força muscular. Esse é o trabalho de conscientização do próprio corpo e de supressão de movimentos estereotipados (Barata; Branco, 2010).

Cada criança que nasce com microcefalia é especial e única, e sua avaliação deve ser baseada no que precisa ser feito para minimizar a possibilidade de retardo neuropsicomotor. A estimulação de pacientes com microcefalia deve ser iniciada logo após o seu nascimento, momento o qual ela ganha maior aquisição pela neuroplasticidade, sendo esse o período mais importante para o desenvolvimento de suas atividades neuropsicomotoras.

6.2 AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE BEBÊS E CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

A paralisia cerebral (PC) é a causa mais comum de incapacidade física grave entre uma variedade de distúrbios que afetam significativamente o desenvolvimento das habilidades motoras na infância, e pode acometer de 1,5 a 5,9 a cada 1.000 nascidos vivos em países em desenvolvimento, podendo chegar a 7 de 1.000 nascidos vivos nos países menos desenvolvidos (Madeira et al., 2010).

Essa patologia também conhecida como Encefalopatia crônica, é classificada como um grupo de distúrbios cerebrais oriundos de lesão ou anormalidades causadas no cérebro durante as primeiras semanas de desenvolvimento fetal ou logo após o nascimento, não sendo progressiva ao decorrer da vida infantil (Sebastião, 2016).

Em crianças com PC, as principais características que afetam o desempenho funcional incluem distúrbios motores, posturais e musculares. A

paralisia cerebral pode ser classificada de acordo com dois critérios: tipo de disfunção ou quadro clínico, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetóide, coréico e distônico), atáxico, hipotônico e piramidal ou espástico (Prieto, 2018). Ainda, pode ser classificada de acordo com a topografia do comprometimento do corpo em hemiplegia quando o hemicorpo é afetado, diplegia quando os membros inferiores são mais afetados que os superiores, e/ou quadriplegia, quando os quatro membros são acometidos pela patologia, não sendo restritos somente a um caso (Santos, 2021).

Neste caso, a estimulação precoce tem como finalidade auxiliar no desenvolvimento gradativo das habilidades da criança e na coordenação de seus movimentos, estimulando-a a executar desde os mais grosseiros até os mais finos (Cargnin; Mazzitelli, 2003).

O tratamento fisioterápico é essencial na reabilitação de crianças portadoras de paralisia cerebral, inibindo seus reflexos primitivos e minimizando a anormalidade do tônus através dos estímulos propostos, tendo em vista sempre, o respeito ao desenvolvimento motor restrito, a fim, de evitar ou amenizar alterações musculoesqueléticas como aquisições de contraturas e deformidades (Oliveira; Golin, 2017).

As atividades a serem realizados em pacientes com quadros de PC podem ser as mais abrangentes possíveis, visando a realização de métodos de tratamentos de forma diversificada, fazendo-se necessário estar sempre alerta as alterações promovidas pelos danos cerebrais e reformulando a estratégia de abordagem sempre que possível.

Técnicas que dispõem no princípio da neuroplasticidade, como: Bobath, Terapia Cuevas, Medek Exercises, método dinâmico de estimulação cinética, e, o Therasuit, são ótimos métodos de intervenção para a reabilitação das crianças com PC. É válido ressaltar que o profissional possui liberdade em identificar e escolher o tipo de tratamento o qual usar, de modo que tenha sempre como objetivo o subsídio no processo de aprendizagem ou reaprendizagem das habilidades motoras, oferecendo ao paciente condições normais ou mais próximas da normalidade (Rizzo et al., 2015).

6.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE BEBÊS CRIANÇAS COM DISFUNÇÕES PROMOVIDAS PELA PREMATURIDADE

A prematuridade tem sido um grande desafio nos cuidados neonatais, pois prejudica o desenvolvimento e crescimento do bebê e apresenta defeitos em áreas que deveriam começar a funcionar normalmente com a idade. São então classificadas como pacientes de alto risco nascidas antes de 37 semanas de gestação, com parto prematuro e baixo peso corporal, especificamente ≤ 1.500 g (Silva, 2017).

Sob a perspectiva de Silva,(2017), pode ser decorrente de vários fatores, sendo os de maior impacto o baixo nível socioeconômico, má formação uterina, ruptura precoce da bolsa, tabagismo e/ou alcoolismo e gestação gemelar. As estruturas musculoesqueléticas desses lactentes apresentam perda de destreza, perda ou ausência de contração voluntária, além de hipotonia.

Segundo Souza, (2013), a morbidade e a mortalidade fetal possuem correlação direta com a prematuridade e o baixo peso ao nascer, sendo que essas características são consideradas preditores do estado de saúde futura desse neonato. Entretanto, considera-se essa uma problemática de difícil controle, visto que a principal forma de prevenção está relacionada a qualidade de vida da população.

O planejamento de intervenções fisioterapêuticas com estimulação precoce para prematuros oferece diversos benefícios e promove o desenvolvimento neuropsicomotor. Portanto, independentemente da causa da prematuridade, esses programas devem ser considerados na identificação do atraso na prematuridade. Após vários meses de tratamento, os bebês mostraram melhora acentuada no reconhecimento motor normal e nos padrões comportamentais (Pereira et al., 2014).

Os encontros devem incluir atividades que promovam o desenvolvimento da percepção sensorial, manipulação de objetos, rolar, sentar-se, engatinhar, andar, comunicação e socialização, sempre levando em consideração o nível de desenvolvimento da criança (Perin, 2010).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a problemática e as considerações trazidas, é possível compreender o papel importante que a intervenção precoce desempenha na reabilitação de crianças portadoras de alguma deficiência. De forma a proporcioná-las as melhores condições de bem-estar e qualidade de vida.

Desta forma, torna-se imprescindível a atuação do fisioterapeuta frente a esse cenário. Sendo essencial que este profissional busque sempre pela atualização do conhecimento sobre o desenvolvimento normal da criança, a fim, de perceber caso qualquer alteração nesse comportamento seja manifestada.

A implantação de um centro especializado que ofereça tratamento gratuito a população é primordial para que pessoas com baixa renda tenham acesso ao atendimento adequado e possam assim minimizar os danos causados por determinada patologia.

Além disso, a implementação desse espaço deve ocorrer da forma mais organizada possível, de modo que o sistema seja fluido e não gere comprometimentos ao funcionamento do mesmo, oferecendo aos pacientes uma experiência agradável ao decorrer dos procedimentos realizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, 123 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf>. Acesso em: 05 de junho de 2023.

BRASIL. Resolução RDC nº 189, de 18 jul. 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 21 jul. 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2003/res0189_18_07_2003.html

BRASIL. Resolução RDC nº 307, de 14 nov. 2002. Altera a Resolução RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 18 nov. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0307_14_11_2002.html

BRASIL. Resolução RDC nº 50, de 21 fev. 2002. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 20 mar. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0307_14_11_2002.html

CARGNIN, A. P. M.; MAZZITELLI, C. Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espástica, com ênfase nas alterações musculoesqueléticas. **Revista Neurociências**, [S.L.], v. 11, p. 34-9. 2011. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8892/6425>

COFFITO. Sistema COFFITO/CREFITOs. Diagnóstico: Microcefalia. E agora? 2016, 12 p. Disponível em: < https://coffito.gov.br/nsite/wpcontent/uploads/comunicacao/materialDownload/CartilhaMicrocefalia_Final.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2023. Disponível em: https://coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/comunicacao/materialDownload/CartilhaMicrocefalia_Final.pdf

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). 12ª Conferência Nacional de Saúde -A saúde que temos, o SUS que queremos. Rev. O Coffito 2010. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Saude_XII/texto_base_12_conferencia_saude.pdf

COSTA, R. C. G. F. O estado do conhecimento sobre estimulação precoce no conjunto de teses e dissertações brasileiras no período entre 2000 e 2011. (Dissertação de mestrado), Programa de Pós-Graduação em Educação, do Setor de Educação, da Universidade Federal do Paraná, 2013. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/33824/R%20-%20D%20-%20REGINA%20CELIA%20GRADOWSKI%20FARIAS%20DA%20COSTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

FEAPAT. Libro blanco de la atención temprana. 3.ed. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad, 2005. Disponível em: <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>

GOMES, C.; GOLIN, M. O. Tratamento fisioterapêutico na paralisia cerebral tetraparesia espástica, segundo conceito Bobath. **Revista Neurociência**. [S.L.], v.21, n.2, p.278-285. 2013. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8293/5826>

HALLAL, C. Z.; MARQUES, N, R.; BRACCIALLI, L. M. P. Aquisição de Habilidades na Área de Mobilidade em Crianças Atendidas em um Programa de Estimulação Precoce. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, Marília, v. 1, n. 18, p.27-34, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000100005

HOLANDA, I. C. Ações educativas na estimulação precoce: análise do desempenho das mães no cuidado diário com os filhos. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2004 Disponível em: https://www2.unifor.br/control_pesquisa/pesquisarprofessor.do?actionParameter=prepareUpdate&p_tp_ambiente=2&p_tp_chamada=1&p_tp_apresentacao=1&cdPesquisador=283808353

MADEIRA, E. A.; CARVALHO, S. G. Paralisia Cerebral e fatores de risco ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.9, n.1, p.142-163. 2010 Disponível em: <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11165/6913>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_religionada_infeccao_virus_zika.pdf. Acesso em: 26 de maio de 2023.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 321-327.2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/xtN67Q5Gtq8wrKPLxhbbjPQ/?format=pdf&lang=pt>

NORBERT, A. A. F.; CEOLIN, T.; CRISTO, V.; STRASSBURGER, S. Z.; BONAMIGO, E. C. B. A importância da estimulação precoce na microcefalia. XXIV Seminário de Iniciação Científica. 2006. Disponível em:
<file:///C:/Users/Windows%208.1/Downloads/6476-Texto%20do%20artigo-28236-1-10-20160913.pdf>

OLIVEIRA, L. S. O.; GOLIN, M. R. Técnica para redução do tônus e alongamento Muscular passivo: efeitos na amplitude de movimento de crianças com paralisia cerebral espástica. ABCS Health Sci. [S.L.], v.42, n.1, p.27-33. 2017. PEDRAZZANI, E. S.; TUDELLA, E. Intervenção precoce com bebês de risco. São Paulo: Atheneu, 2010. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/833088/946-pt.pdf>

PEREIRA, V. A. et al. Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. Pensando Famílias, [S.I.], v. 18, n. 1, p. 63-77, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a07.pdf>

PÉREZ-RAMOS, A. M. Q. Modelos de prevenção: perspectivas dos programas de estimulação precoce. Psicologia USP, São Paulo, v.1, n.1, p.6775, jun. 1990. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/34417/37155>

DANIEL CAPALONGA, MAGALI TERESINHA QUEVEDO GRAVE . Evolução Psicomotora de lactente com atraso no desenvolvimento Psicomotor a partir de uma intervenção precoce: Um estudo de caso. Disponível em:
[file:///C:/Users/MI1020/Downloads/857-863-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/MI1020/Downloads/857-863-1-PB%20(1).pdf)

PRIETO, A. V. Equoterapia na reabilitação de indivíduos com paralisia cerebral: uma revisão sistemática de ensaios clínicos. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 207-218. 2018. Disponível em:
<https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1829/957>

PRONER, J. A.; BARROS SARETTO, C. Fisioterapia cardiorrespiratória: implantação de um serviço ambulatorial. Seminário de Iniciação Científica e Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão, [S. I.], 2015. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/7832/4447>

RIZZO, C. A. Y.; MARQUES, R. Terapia Cuevas Medek Exercises: método dinâmico de estimulação cinética. In: ASSIS, R. D. Condutas práticas em fisioterapia neurológica. Barueri: Manole; 2012. Disponível em:
[https://repositorio.pgskroton.com/bitstream/123456789/31786/1/PALOMA_ALBINO_ATIVIDADE3+ok+\(1\)+\(1\)+\(1\).pdf](https://repositorio.pgskroton.com/bitstream/123456789/31786/1/PALOMA_ALBINO_ATIVIDADE3+ok+(1)+(1)+(1).pdf)

SANTOS, G. F. L.; SANTOS, F. F.; MARTINS, F. P. A. Atuação da fisioterapia na estimulação precoce em criança com paralisia cerebral. Dê Ciência em Foco. ISSN: 2526-5946.; 76-94, 2017. Disponível em:
<https://revistas.uninorteac.edu.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/20>

SANTOS, L. A Intervenção da Fisioterapia na Paralisia Cerebral. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 6, n. 3, 12 nov. 2021. Disponível em: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/713/551>

SEBASTIÃO, A. M. Intervenção da fisioterapia na paralisia cerebral infantil em Luanda. Dissertação (Mestrado)-Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8039/1/Interven%C3%A7%C3%A3o%20da%20fisioterapia%20na%20paralisia%20cerebral%20infantil%20em%20Luanda.pdf>

SILVA, C. C. V. Atuação da fisioterapia através da estimulação precoce em bebês prematuros. ev. Eletrôn. Atualiza Saúde, Salvador, v. 5, n. 5, p. 29-36, jan./jun. 2017. Disponível em: <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/01/atua%23U00e7%23U00e3o-da-fisioterapia-atrav%23U00e9s-da-estimula%23U00e7%23U00e3o-precoce-em-beb%23U00eas-prematuros-v-5-n-5.pdf>

SOUZA, J. F. F. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 4, n. 26, p.523- 529, 2013. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/3117/pdf>

UNIMED – UNIÃO DOS MÉDICOS. Como implantar? clínica de fisioterapia. Federação Minas, 2023. Disponível em: https://www.unimedmg.coop.br/informe/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%202020/como_implantar%20-%20fisioterapia.pdf. Acesso em: 30 de mai. 2023.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C. C. F.; FERNANDES, J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 51-6, 2009. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8604/6138>

ANEXOS



ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Anamnese Infantil

Data: ___/___/___
 Nome do informante/parentesco: _____
 Nome da criança: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ N° Cartão do SUS _____
 Idade: _____ Sexo: _____
 Mãe: _____ Idade: _____ Prof: _____
 Escolaridade _____
 Pai: _____ Idade: _____ Prof: _____
 Escolaridade _____
 Endereço: _____
 CEP _____ Tel: _____

INFORMAÇÕES DA GESTAÇÃO

Idade da mãe na concepção _____ Concepção planejada? () SIM () NÃO
 Utilizava método anticoncepcional? () SIM () NÃO
 Qual? _____
 Realizou tentativa de aborto? () SIM () NÃO
 Como? _____
 Pré-natal () SIM () NÃO
 Onde? _____
 A partir do _____ mês de gestação. Regularmente? () SIM () NÃO
 Gravidez de risco () SIM () NÃO
 Qual? _____
 Infecções: () sífilis () HIV () rubéola () toxoplasmose () citomegalovírus ()
 herpes () Zika vírus () outros No caso de suspeita de infecção congênita,
 descreva sorologias/exames realizados na gestação e parto:

Figura 2. Ficha de anamnese para credenciamento.



Tratamentos realizados na gestação: (nos casos de sífilis, descrever tratamento da mãe e parceiro e, nos casos de HIV, especificar qual antirretroviral foi utilizado)

Uso de drogas () SIM () NÃO Qual? _____
 Outras informações sobre a gestação:

DADOS DE PARTO:

Local: _____ Parto: () normal () cesárea

() fórceps () gemelar

Idade gestacional: _____ Classificação: () RNT () RNPT () AIG () PIG () GIG

Relato do parto:

Peso _____ Estatura _____ Apgar 1º _____ 5º _____

Asfixia Perinatal () SIM () NÃO

Tempo de permanência na maternidade: _____ Data da alta ____/____/____

Peso na alta _____

Procedimentos na internação: fototerapia/transfusões/oxigenioterapia/ventilação mecânica: _____

Medicação _____

Ototóxica: () SIM () NÃO

Na suspeita de infecção congênita, descrever sorologias/exames realizados no RN na maternidade:

Figura 3. Parte II da Ficha de anamnese de credenciamento.



Triagens Neonatais: Triagem Metabólica: () SIM () NÃO

Resultado: _____

Triagem Auditiva Neonatal: () SIM () NÃO Método: _____

Resultado: _____

Reflexo do Olho Vermelho: () SIM () NÃO Resultado: _____

Avaliação neurológica: () SIM () NÃO Resultado: _____

Outros exames: (no caso de sífilis, verificar RX de ossos longos e líquido):

Aleitamento materno durante a internação () SIM () NÃO Descrever:

RISCO ESTABELECIDO	RISCO BIOLÓGICO	RISCO PSICOSSOCIAL
() Síndrome de Down	() Asfixia Perinatal	() Mãe adolescente
() Outras Síndromes	() Prematuridade	() Mãe c/ doença mental
() Paralisia Cerebral	() Baixo Peso	() Def. na família
() Alteração auditiva	() Infecções congênicas	() Outros: _____
() Alteração visual	() Drogas de abuso	() _____
() Epilepsia	() Meningite	
() Má formação (crânio)	() Hiperbilirub. c/ exsanguíneo	
	() Ventilação mecânica 5d	
	() Anteced. familiar de def. auditiva	
	() Medicação ototóxica	
	() Exposição a antiretrovirais	

Condutas Iniciais:

Figura 4. Parte III da Ficha de anamnese de credenciamento.



Encaminhamentos realizados: (no caso de sífilis, seguir protocolo do Ministério da Saúde – monitoramento nas áreas de: Audição, Visão e Neurológica)

Proposta de acompanhamento no IESEP () sim () não

Profissionais:

Responsável(eis) pela avaliação:

Figura 5. Parte IV da Ficha de anamnese de credenciamento.



ATESTADO

Atesto, para fins de _____ que o

Sr. (Sra.) _____

Esteve sob cuidados fisioterápicos na Policlínica IESEP na data de

____/____/____, necessitando de afastamento de suas atividades pelo

período de _____.

OBSERVAÇÕES

(ASSINATURA DO PROFISSIONAL)

Figura 6. Atestado.



ATESTADO DE ALTA

Atesto para fins de alta que o (a)

Sr. (Sra.) _____

Obteve alta do tratamento _____

a partir do dia ____/____/____, atingindo todas as expectativas do tratamento, necessitando retornar a esta unidade com a frequência de ____ meses a fim de acompanhamento do quadro.

OBSERVAÇÕES:

|

(ASSINATURA DO PROFISSIONAL)

Figura 7. Atestado de alta.