

Protocolos de encaminhamento para Reabilitação Física

O protocolo de Reabilitação Física será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Reabilitação Física. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

Independentemente do tempo de lesão e do diagnóstico, os pacientes que não tenham realizado qualquer atendimento de reabilitação podem ser encaminhados para avaliação dos serviços de reabilitação física. O encaminhamento deve ser realizado pelo médico assistente ou por profissional da área da saúde de nível superior, integrante da rede de Atenção Primária à Saúde. Os técnicos que já utilizam a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) podem inserir essa informação no documento.

Pacientes que necessitem pelo menos duas especialidades de reabilitação e/ou tenham indicação de uso de tecnologias assistivas e não cirúrgicas, como Órteses, Próteses ou Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), devem ter preferência no encaminhamento à Reabilitação Física quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

Os serviços de reabilitação física da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) são referência para o território das 30 regiões de saúde do Estado, sendo eles de modalidade única ou compondo um Centro Especializado de Reabilitação (CER), com outra(s) área(s) de deficiência. O acesso aos mesmos é regulado por município e/ou Estado, conforme pactuação e protocolo de prioridade.

Atenção: oriente o paciente a levar, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Elaborado em 04 de junho de 2021.



Protocolo 1 – Comprometimento do Aparelho Locomotor por Amputação

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- ausência parcial ou total, uni ou bilateral de membros superiores e/ou inferiores de origem congênita ou adquirida.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (motivo da amputação e data, número de amputações e reamputações, localização e tipo da amputação: hemipelvectomy, transfemoral, desarticulações; condições do coto, especialmente, pele e musculatura);
2. uso prévio de Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
3. necessita de adaptação/reparo ou reposição de OPM ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Comprometimento do Aparelho Locomotor por Alterações Neurológicas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- alteração de funcionalidade, temporária ou permanente, parcial ou total, por sequelas neuromotoras, por patologias ou traumas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (classificar as paresias/plegias, descrever segmentos comprometidos, informar a origem do comprometimento da sensibilidade, informar condições da pele, tempo transcorrido desde o evento da lesão e/ou do diagnóstico);
2. grau de independência/dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) ([quadro 2](#));
3. apresenta alterações na linguagem, fala e/ou deglutição (sim ou não). Se sim, descreva;
4. apresenta alterações de cognição (sim ou não). Se sim, descreva;
5. comorbidades (sim ou não). Se sim, descreva;
6. terapias de reabilitação realizadas (sim ou não). Se sim, descreva;
7. necessita de adaptação/reparo ou reposição de Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
8. se casos de Atraso Global do Desenvolvimento (AGD, 0 a 3 anos), descrever os indicadores do atraso no desenvolvimento ([quadro 3](#)) e intercorrências pré, peri e pós-natal;
9. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 3 – Comprometimento do Aparelho Locomotor por Alterações Ortopédicas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- alteração de funcionalidade, temporária ou permanente, parcial ou total, com ou sem alterações morfológicas, por trauma ou patologias do aparelho locomotor congênitas ou adquiridas.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (origem da lesão, segmentos comprometidos, tempo transcorrido desde a ocorrência da lesão);
2. grau de independência/dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) ([quadro 2](#));
3. procedimento cirúrgico relacionado à perda de função (sim ou não). Se sim, descreva;
4. desvios angulares da coluna vertebral (sim ou não). Se sim, descreva;
5. necessidade de estabilizar uma articulação comprometida (sim ou não). Se sim, descreva;
6. terapia de reabilitação realizada (sim ou não). Se sim, descreva;
7. necessita de adaptação/reparo ou reposição de Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.



Protocolo 4 – Comprometimento do Aparelho Locomotor por Obesidade

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- alteração de funcionalidade, parcial ou total, com ou sem alterações morfológicas que dificultem a mobilidade.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. peso e altura atuais;
2. grau de independência/dependência para as Atividades de Vida Diária (AVD) ([quadro 2](#));
3. acompanhamento nutricional na Atenção Primária à Saúde;
4. acometimento osteoarticular (sim ou não). Se sim, descreva;
5. história de lesões por pressão ou comorbidades associadas (sim ou não); Se sim, descreva;
6. necessita de adaptação/reparo ou reposição de Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 5 – Comprometimento do Aparelho Locomotor por Fatores Oncológicos

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- alteração de funcionalidade, temporária ou permanente, parcial ou total, por sequelas e amputações, resultantes de tratamento oncológico.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. procedimentos cirúrgicos prévios, data da cirurgia, tempo de quimioterapia/radioterapia;
2. tratamento oncológico em andamento (sim ou não). Se sim, descreva;
3. linfedema associado (sim ou não). Se sim, descreva;
4. grau de independência/dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) ([quadro 2](#));
5. uso prévio de Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
6. necessita de adaptação/reparo ou reposição de OPM ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
7. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 6 – Comprometimento do Aparelho Locomotor por Patologias Reumatológicas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Reabilitação Física:

- alteração de funcionalidade, temporária ou permanente, parcial ou total, por sequelas por patologia reumatológicas com necessidade de uso de Órteses, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) ([quadro 1](#)).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. segmentos acometidos;
2. uso prévio de OPM (sim ou não). Se sim, qual;
3. necessita de adaptação/reparo ou reposição de OPM ([quadro 1](#) - sim ou não). Se sim, descreva;
4. terapia de reabilitação realizada (sim ou não). Se sim, descreva;
5. procedimento cirúrgico diretamente relacionado à mobilidade (sim ou não). Se sim, descreva;
6. grau de independência/dependência para Atividades de Vida Diária (AVD) ([quadro 2](#));
7. comorbidades (sim ou não). Se sim, descreva;
8. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Apêndices – Quadros auxiliares

Quadro 1 – Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS).*

Adaptação abdutor tipo cavalo para cadeira de rodas.	Adaptação de assento para deformidades de quadril.
Adaptação de encosto para deformidades de tronco.	Adaptação de OPM ortopédica.
Adaptação de OPM auxiliares de locomoção.	Adaptação do apoio de braços da cadeira de rodas.
Adaptação do apoio de pés da cadeira de rodas	Almofada de assento para prevenção de úlceras de pressão em células de ar.
Almofada de assento para cadeira de rodas para prevenção de úlceras de pressão – simples.	Andador fixo / articulado em alumínio com quatro ponteiros.
Apoios laterais de quadril para cadeira de rodas.	Apoios laterais do tronco em 3 ou 4 pontos.
Apoio para estabilização da cabeça na cadeira de rodas.	Bengala canadense regulável em altura (par).
Bengala de 4 pontas.	Cadeira de rodas adulto / infantil (tipo padrão).
Cadeira de rodas (acima 90kg).	Cadeira de rodas monobloco
Cadeira de rodas motorizada adulto ou infantil.	Cadeira de rodas para banho com aro de propulsão.
Cadeira de rodas para banho com assento sanitário.	Cadeira de rodas para banho com encosto reclinável.
Cadeira de rodas para banho em concha infantil.	Cadeira de rodas para tetraplégico - tipo padrão.
Calçados anatômicos com palmilhas para pés neuropáticos (par).	Calçados ortopédicos confeccionados sob medida até número 45 (par).
Calçados ortopédicos pré-fabricados com palmilhas até número 45 (par).	Calçados sob medida para compensação de discrepância de membros inferiores a partir do número 34.
Calçados sob medida para compensação de encurtamento até número 33 (par).	Carrinho dobrável para transporte de criança com deficiência.
Cinta para transferências.	Manutenção de OPM auxiliares de locomoção.
Manutenção de OPM ortopédica.	Materiais elásticos para modelagem de cotos, controle cicatricial ou controle de edema de membros superiores e inferiores faixa elástica compressiva.
Mesa de atividades para cadeira de rodas (tábua mesa).	Muleta axilar regulável de madeira (par).
Muleta axilar tubular em alumínio regulável na altura (par).	Palmilhas confeccionadas sob medida (par).
Palmilhas para pés neuropáticos confeccionadas sob medida para adultos ou crianças (par).	Palmilhas para sustentação dos arcos plantares até o número 33 (par).
Palmilhas para sustentação dos arcos plantares números acima de 34 (par).	Prótese canadense endoesquelética em alumínio ou aço (desarticulação do quadril).
Prótese canadense exoesquelética.(desarticulação do quadril).	Prótese endoesquelética para desarticulação de joelho em alumínio ou aço.
Prótese endoesquelética transfemural em alumínio ou aço.	Prótese endoesquelética transtibial tipo PTB-PTS-KBM em alumínio ou aço.

Prótese exoesquelética para desarticulação do joelho.	Prótese exoesquelética passiva para desarticulação do punho ou amputação transradial.
Prótese exoesquelética transfemural.	Prótese exoesquelética transtibial com coxal ou manguito de coxa.
Prótese exoesquelética transtibial tipo PTB-PTS-KBM.	Prótese funcional endoesquelética para amputação transumeral.
Prótese funcional exoesquelética para desarticulação de cotovelo (punho de rosca).	Prótese funcional exoesquelética para desarticulação de cotovelo (punho universo).
Prótese funcional exoesquelética para amputação transradial.	Prótese funcional exoesquelética transradial com gancho de dupla força.
Prótese funcional exoesquelética transradial coto curto.	Prótese funcional exoesquelética transradial p/ punho de troca rápida com gancho de dupla força.
Prótese funcional exoesquelética transumeral.	Prótese mamária.
Prótese para amputação tipo Chopart.	Prótese passiva endoesquelética para desarticulação de ombro e escapulectomia parcial ou total.
Prótese passiva endoesquelética transumeral.	Prótese passiva para amputação parcial da mão.
Prótese tipo palmilha para amputação em nível do ante pé.	Órtese / cinta LSO tipo Putti (baixa).
Órtese / cinta TLSO tipo Putti (alto).	Órtese / colete CTLSO tipo Milwaukee.
Órtese / colete tipo Williams.	Órtese / colete TLSO tipo Knight.
Órtese cruromaleolar infantil em polipropileno para imobilização de joelho em extensão articulada.	Órtese cruromaleolar para limitação dos movimentos do joelho.
Órtese cruropodálica com distrator para genuvalgo / genuvaro (infantil e adolescente).	Órtese dinâmica pélvico-crural tipo Atlanta / Toronto.
Órtese dinâmica suropodálica tipo mola de codeville (unilateral).	Órtese estática imobilizadora axilo-palmar tipo aeroplano.
Órtese genupodálica em polipropileno tipo sarmiento.	Órtese HCTO tipo minerva imobilizadora cervical com apoio torácico (colar).
Órtese metálica cruropodálica adulto.	Órtese metálica cruropodálica (infantil e adolescente).
Órtese metálica suropodálica (infantil).	Órtese pélvico-podálica de descarga isquiática.
Órtese pélvico-podálica metálica com ou sem apoio isquiático (infantil e adolescente).	Órtese pélvico-podálica metálica para adulto com ou sem apoio isquiático.
Órtese rígida para luxação congênita do quadril.	Órtese suropodálica articulada em polipropileno infantil.
Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (adulto).	Órtese suropodálica sem articulação em polipropileno (infantil).
Órtese suropodálica metálica (adulto).	Órtese suropodálica unilateral articulada em polipropileno (adulto).
Órtese suspensório de Pavlik.	Órtese tipo Sarmiento para úmero.
Órtese TLSO / colete tipo Boston.	Órtese TLSO / tipo colete em metal tipo Jewett.
Órtese TLSO corretiva tóraco-lombar em polipropileno.	Órtese TLSO tipo colete / jaqueta de Risser.
Órtese torácica colete dinâmica de compressão torácica.	Tábua (prancha) para transferência.

*Dados coletados em janeiro de 2021.

Fonte: adaptado de Brasil [2021].

Quadro 2 – Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD).

Nome:		Data de avaliação:
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho		
A avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os pacientes que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho). ()	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna). ()	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. ()
Vestir		
Para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência. ()	Pega a roupa e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos. ()	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente vestido. ()
Banheiro		
A função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os pacientes considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo). ()	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite. ()	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. ()
Transferência		
A função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo indivíduo para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador). ()	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. ()	Não sai da cama. ()
Continência		
A “continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. ()	Tem “acidentes”* ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais. ()	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente. ()
Alimentação		
A função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência. ()	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. ()	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral. ()

Índex de AVD (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificam em C, D, E e F.

Fonte: adaptado de Brasil (2006).

Quadro 3 – Marcos do desenvolvimento motor em crianças de 0 a 3 anos.

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO
2 semanas	• Adaptação ao meio externo; • reflexo de sucção, de Moro e preensão, marcha automática; • busca fonte luminosa; • reage aos sons. Cabeça proporcionalmente maior do resto do corpo; • estruturas cartilaginosas, como as costelas e o esterno; • coluna em formato de “C”, adaptações posturais; • sons guturais, choro nasal (reação biológica, dor e fome); • língua ocupando grande parte da cavidade oral; • posição de prono: braços e pernas fletidos sob o tronco; • posição de supino: cabeça e tronco descansam sob a superfície com a cabeça virada para o lado.
1 mês	• Supino: membros flexionados, mãos fechadas devido à hipertonia fisiológica; cabeça virada para o lado; membros inferiores mais livres, geralmente fletidos sobre o abdome; movimentos amplos, variados e estereotipados; reflexo de Moro. • Prono: peso sobre a face; levanta a cabeça voluntariamente; flexão de membros inferiores.
2 meses	• Sorri quando estimulada. Emite sons. Abre mãos espontaneamente. Movimenta ativamente membros superiores e inferiores. • Supino: postura assimétrica; presença do Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA); acompanha visualmente os objetos e face humana, geralmente até linha média. • Prono: consegue elevar a cabeça à 45°, porém não a mantém elevada; Membros inferiores um pouco mais estendidos, ainda em flexão. • Sentado: cabeça elevada intermitentemente; Postura cifótica de tronco.
3 meses	• Sorriso social. Segura objetos. • Supino: melhora do controle cervical; cabeça na linha média; acompanha com os olhos objetos para ambos os lados. • Prono: descarga de peso nos antebraços; Eleva a cabeça a 90°; Movimento de tronco e cabeça na linha média. • Sentado: cabeça elevada, com oscilações.
4 meses	• Postura mais simétrica, mãos na linha média, mantém cabeça centralizada; • olhos mais ativos, atenção visual com melhora da estabilidade cefálica e orientação no espaço. • Supino: coloca as mãos em linha média (leva mão à boca ou abdome); tenta alcançar objetos, agarra, pode levá-los à boca, mas não consegue soltá-los com facilidade; alcança os joelhos; rola para decúbito lateral; vira em direção ao som. • Prono: apoio das mãos com o cotovelo estendido, apoio apenas no abdome; rola acidentalmente para supino. • Sentado: mantém a cabeça ereta, porém instável.
5 meses	• Supino: leva os pés à boca, faz movimento de “ponte” podendo se arrastar; inicia o rolar para prono. • Prono: faz transferência de peso látero-lateral; rola para supino; faz movimento de “nadar” no chão, pode pivotar. • Sentado: cabeça mais estável; Senta com apoio.
6 meses	• Transfere objetos de uma mão para outra. • Supino: rola para prono; levanta a cabeça espontaneamente. • Prono: suporte de peso nas mãos, liberando uma delas para alcançar objetos; reação de equilíbrio nesta posição; inicia o arrastar. • Sentado: permanece por mais tempo com apoio; reação de proteção a frente; pode cair para os lados ou para trás.
7 meses	• Supino: reações de equilíbrio presentes. • Prono: mantém cabeça elevada, apoio no abdome e nas mãos, pode girar ou arrastar-se; brinca em decúbito lateral. • Sentado: músculos de tronco e pelve mais desenvolvidos, melhor estabilidade e retificação de tronco nessa postura; equilíbrio de tronco, senta sem apoio.
8 meses	• Supino: rola ou puxa-se para sentar. • Prono: posição de quatro apoios, passa para sentado e vice-versa. • Sentado: inclina-se para frente; reação de proteção para os lados; controle das rotações; diferentes posturas (“sidesitting” ou sentado de lado, “longsitting” ou sentado com as pernas estendidas, sentado em “w”), permitindo a passagem para diferentes posturas.
9 meses	• Faz movimento de pinça. Transfere peso para frente, para trás e para os lados, quando em quatro apoios;



	• melhor controle de tronco na posição sentada, realizando facilmente rotações para pegar objetos atrás ou acima; • transferência para diferentes posturas; • início do engatinhar; • fica de joelhos e permanece de pé com apoio.
10 meses	• Transfere-se de sentado para quatro apoios, para joelhos, para semi-ajoelhado e puxa-se para de pé; • engatinha ou move-se como “urso”; • reação de extensora de proteção para trás, roda em círculos quando sentado; • marcha lateral apoiado nos móveis e caminha quando sustentado pelas mãos.
11 meses	• Desenvolvimento da postura em pé, capaz de liberar uma das mãos quando realiza marcha lateral; • caminha empurrando um móvel. • Linguagem: pode repetir palavras ditas pelos outros sem o mesmo padrão fonológico; Refinamento da motricidade oral; Mantém uso de jargão.
12 meses	• Indica o que quer; coloca blocos na caneca; diz uma palavra; capaz de ficar na postura de pé sem apoio; • passa da posição em pé para sentado, com dissociação dos membros inferiores; • primeiros passos independentes; • a marcha terá base alargada, abdução de membros superiores e pouco movimento de tronco.
12 a 18 meses	• Usa colher ou garfo; constrói uma torre de dois cubos; anda para trás; melhora do equilíbrio; • redução da base de apoio; • sobe e desce escadas engatinhando; • refinamento das habilidades motoras grossas e finas; • dá tchau e bate palma.
18 a 24 meses	• Melhora do equilíbrio e desempenho da marcha; • senta sozinho numa cadeira; • sobe e desce escadas segurando o corrimão; • salta com os dois pés; • come sozinho com colher, permanece com o antebraço pronado; • tira as roupas; • empilha torre de 3-4 cubos; • palavra frase. Aponta duas figuras.
2 anos	• Corre com mais coordenação de membros superiores e inferiores; • chuta uma bola, quando solicitado; • pula no mesmo lugar; • pode subir em um banco; • sobe e desce escadas sem ajuda; • arremessa uma bola; • junta duas palavras. Veste-se com supervisão. Imita o desenho de uma linha.
3 anos	• Não sabem virar ou parar repentina e rapidamente; • pode ficar em um pé só; • saltam uma distância de 38 a 61 cm; • sabem saltar, usando basicamente uma série regular de pulos com algumas variações; • sobe e desce escadas sem ajuda; • sobe alternando os membros inferiores; • recorta com tesoura; • desenha círculos e a figura humana simplificada; • lava-se sozinho; • veste-se sozinho; • frases gramaticais.

Fonte: adaptado de Universidade Federal de Santa Catarina (2020).