

O processo de alta na reabilitação intelectual: caminhos para funcionalidade, inclusão social e qualidade de vida

The terminality process in Intellectual Rehabilitation: paths to functionality, social inclusion and quality of life

GLÁUCIA TOMAZ MARQUES PEREIRA¹
PAULYANE CRISTINE DA SILVA OLIVEIRA²
SAMARA LAMOUNIER SANTANA PARREIRA³

Resumo

Trata-se de um relato de experiência com método na análise documental, tendo como recorte temporal o período entre 2014 a 2020. O banco de dados foram os documentos oficiais do Centro Especializado de Reabilitação Intelectual da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-Anápolis e o Instrutivo do Programa Viver Sem Limites. Os dados revelaram que foram realizadas 109 altas, sendo 38 correspondentes à encaminhamentos para o Projeto ReabAPAE, 7 altas monitoradas e 64 altas com articulação de rede conforme disponibilidade de serviços no município. O fluxo de alta foi estruturado para atender as necessidades do Programa Viver Sem Limites, em um modelo baseado na tríade – Classificação Internacional de Funcionalidade, Projeto Terapêutico Singular e Programas e/ou Projetos Terapêuticos de Reabilitação. Considera-se que o procedimento para a alta teve por base a compreensão das potencialidades, da participação social e da redução das barreiras que podem impedir a aquisição de autonomia da pessoa com deficiência intelectual, sendo a família participativa em todo o processo.

Palavras Chave: Alta. Reabilitação. Deficiência Intelectual.

Abstract

This is an experience report with a method in document analysis, with the period between 2014 and 2020 as a time frame. The database was the official documents of the Specialized Center for Intellectual Rehabilitation of the Association of Parents and Friends of the Exceptionals-Anápolis and the Instruction of the Living Without Limits Program. The data revealed that 71 discharges were carried out, 38 corresponding to referrals to the ReabAPAE Project, 6 monitored discharges and 27 discharges with network articulation according to the availability of services in the municipality. The discharge flow was structured to meet the needs of the Viver Sem Limites Program, in a model based on the triad – International Classification of Functioning, Unique Therapeutic Project and Therapeutic Rehabilitation Programs and/or Projects. It is considered that the discharge procedure was based on the understanding of the potential, social participation and the reduction of barriers that can prevent the acquisition of autonomy of the person with intellectual disability, with the family participating in the entire process.

Keywords: Terminality. Rehabilitation. Intellectual Disability.

Introdução

¹ Mestre em Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, IFG, Anápolis, Brasil. Musicoterapeuta na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Anápolis, Brasil. ORCID <http://orcid.org/0000-0002-3373-2385>. E-mail. gltomazmt@hotmail.com.

² Mestre em Sociedade, Ciência e Tecnologia pelo Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Brasil. Coordenadora do Serviço de Reabilitação Intelectual, CER III Intelectual, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Anápolis, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9813-0019>. E-mail. paulyanecso@gmail.com.

³ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Docente no Centro Universitário de Anápolis, UniEVANGÉLICA, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1682-6352>. E-mail. samaralamouniersp@gmail.com

A alta, em serviços de reabilitação intelectual, é um tema pouco difundido e que denota incertezas, pois acredita-se que essa clientela necessita de um programa de reabilitação sistematizado e sem terminalidade. Contudo, do ponto de vista cognitivo e adaptativo é necessário pensar sobre a funcionalidade e adaptabilidade desses indivíduos na sociedade, de forma que a reabilitação seja eficaz e generalizada em todas etapas da vida.

Do ponto de vista social, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) de 06 de julho de 2015, institui igualdade de direitos e benefícios, assegurando o exercício das liberdades fundamentais visando a inclusão social e a cidadania (BRASIL, 2015). Portanto, ações que promovam esse processo inclusivo da pessoa com Deficiência Intelectual (DI) deve perpassar por ações nas áreas da saúde, assistência social e educação. Na área da saúde, as ações devem fornecer estratégias para que a pessoa com deficiência possa romper suas dificuldades e desenvolver suas potencialidades.

Dessa forma, o Governo Federal, à partir do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolveu o Programa Viver Sem Limites que foi lançado em 17 de novembro de 2011, pelo Decreto presidencial nº 7.612, contendo iniciativas para implementar e intensificar ações desenvolvidas em benefício das pessoas com deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A implementação do Programa Viver Sem Limites e sua rede de cuidados apresenta-se primordial para que as ações previstas na LBI sejam concretizadas, sendo o serviço de atenção à saúde fundamental para a reabilitação da pessoa com deficiência. No fluxo desse processo, a alta é uma etapa de transformação na vida desses usuários. Portanto, esse artigo tem como objetivo investigar como é estruturada a alta e quais são as estratégias utilizadas no fluxo desse processo em Centro Especializado de Reabilitação Intelectual (CER III Intelectual).

Referencial teórico

Reabilitar se difere do processo de habilitar, sendo este último a capacidade de se tornar hábil, com destreza. Segundo o Ministério da Saúde (2020, p. 9), a reabilitação é o processo de “voltar atrás, tornar ao que era”. Essa distinção remonta ao desafio enfrentado pelos programas de reabilitação, sendo que, em sua grande maioria os serviços de saúde, têm como premissa “habilitar o sujeito a uma nova realidade biopsicossocial” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 9). Contudo, em alguns casos, a reabilitação acontece quando o sujeito necessita readquirir

uma capacidade pré-existente. Desta forma, os serviços de reabilitação/habilitação com modalidade intelectual, têm como premissa a prestação de atendimento que garante a linha de cuidado em saúde com ações direcionadas para o “desenvolvimento singular no âmbito do projeto terapêutico voltadas à funcionalidade, cognição, linguagem, sociabilidade e desempenho de habilidades necessárias para as pessoas com deficiência intelectual” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, p. 50).

A Deficiência Intelectual (DI), segundo o DSM-5 (APA, 2014) é caracterizada como um transtorno que tem início no desenvolvimento infantil, incluindo déficit funcional, intelectual e adaptativo, de domínio conceitual, social e prático. Estes critérios, sem o apoio continuado, limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade (APA, 2014).

Os níveis de DI são definidos com base no funcionamento adaptativo e não apenas em relação ao Quociente Intelectual (QI). Determinar o nível de DI é importante para estabelecer os tipos de apoio necessários, sendo estes apresentados de modo leve, moderado, grave e profundo (APA, 2014). Conforme são apresentados os níveis de deficiência, o indivíduo pode ter redução na participação social, necessitando de reabilitação para a sua adaptação funcional.

Essas particularidades intrínsecas da DI necessitam de ações multiprofissionais, terapêuticas contínuas, objetivos alcançáveis e mensuráveis, engajamento e motivação do indivíduo e da família no processo. Nesse ínterim, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), é uma ferramenta que considera os “componentes de saúde” para que o indivíduo seja funcional e participativo na sociedade (OMS, 2004, p. 8; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Como ferramenta para classificação de funcionalidade, a CIF apresenta-se com múltiplas finalidades, retratando as questões relacionadas à saúde pessoal, incluindo prevenção, promoção e melhoria na participação “removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e facilitadores sociais” (OMS, 2004, p. 10).

A CIF é dividida em domínios, sendo “descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Actividades e Participação” (OMS, 2004, p. 7). A CIF também identifica os fatores ambientais que interagem nesses constructos, ressaltando como são organizados do ponto de vista individual e social. O

fator individual se encarrega os espaços do domicílio, trabalho e escola e todas as relações construídas com outros indivíduos. O fator social se encarrega das estruturas sociais “formais e informais, serviços e regras de conduta ou sistemas na comunidade ou cultura que têm um impacto sobre os indivíduos” (OMS, 2004, p. 19).

Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho. A sociedade pode limitar o desempenho de um indivíduo criando barreiras (e.g., prédios inacessíveis) ou não fornecendo facilitadores (e.g. indisponibilidade de dispositivos de auxílio) (OMS, 2004, p. 19).

Nesse ínterim, o Programa Viver Sem Limites pretende articular rede de cuidados à pessoa com deficiência em serviços de reabilitação integrados, articulados e efetivos nos diferentes pontos de atenção para “atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente e contínua; auditiva, física, intelectual ou visual” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, 2020).

O eixo que atende os Centros Especializados de Reabilitação é o eixo da saúde na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012 (PRT de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI) e GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012 (Consolidação nº 6 /GM/MS, de 28 de setembro de 2017, TÍTULO VIII, Capítulo IV), para “ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, 2020), de forma a valorizar a pessoa com deficiência como cidadã, respeitando suas características e especificidades. Com a Portaria 496/2013, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Anápolis, foi habilitada pelo Ministério da Saúde como CER III – Centro Especializado em Reabilitação Auditiva, Física e Intelectual em 03 de maio de 2013 (BRASIL, 2013).

Para a efetivar as ações de cuidados em saúde previstas no Instrutivo do Programa Viver Sem Limites, é fundamental que usuário e família participem de todo o processo. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para o atendimento individual ou em grupo ao usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Conforme Pinto *et al* (2011), o PTS tem como base a atuação interdisciplinar, que se inicia a partir da avaliação compartilhada sobre as condições do usuário e definição dos procedimentos que serão realizados. Posteriormente, a equipe de referência realiza uma discussão prospectiva do caso e empreende a “construção de responsabilidade singular e de vínculo estável entre

equipe de saúde e usuário/família” (Pinto *et al*, 2011, p. 494). Destarte, é selecionado um profissional de referência, esse tem a responsabilidade de acompanhar o usuário em todo o seu processo terapêutico, fornecendo o suporte necessário e assegurando que tenha acompanhamento adequado em todas as etapas estabelecidas.

Portanto, à partir das estratégias estabelecidas no PTS que se torna possível efetuar a finalização do processo. Na terapia, o processo de alta não pode “estar desvinculado dos princípios ético-filosóficos e técnicos” que caracterizam cada profissão (FERIGATO, BALLARIN, 2011, p. 363). Portanto, a alta deve estar vinculada com as singularidades de cada indivíduo, sendo o seu processo construído nos objetivos terapêuticos para fortalecimento do sujeito e de sua “*autonomia*, e não de uma dependência permanente de outro para a aquisição de novas possibilidades de vida” (FERIGATO, BALLARIN, 2011, p. 363).

Metodologia

Este estudo trata-se de um relato de experiência no formato de análise documental. A coleta para a análise documental considerou o Instrutivo do Programa Viver Sem Limites e os documentos oficiais da APAE-Anápolis, tendo como recorte temporal o período 2013 à 2020⁴. As etapas realizadas foram: leitura completa dos documentos oficiais; pesquisa nos documentos de registro de inserção, tabelas e controle de lançamento dos atendimentos (mensal, semestral e anual); relatórios de alta e relatórios de contrarreferência para a rede de atenção à saúde e educação do município de Anápolis.

Nos dados levantados, não foram considerados os processos de alta por setor, visto que as altas setoriais acontecem quando o objetivo terapêutico e/ou demanda familiar são alcançados. Nestes casos, o indivíduo permanece em intervenção nas áreas que ainda necessita de (re)habilitação.

Análise de resultados

Nos documentos oficiais da APAE-Anápolis, as ações realizadas para estruturação do fluxo do serviço⁵ foram: estabelecer critérios para a permanência do usuário; reestruturar o modelo de

⁴ A escolha deste recorte temporal deve-se à data de habilitação e aprovação do funcionamento do CER III na APAE-Anápolis e o encerramento anual dos atendimentos que ocorre em dezembro de cada ano.

⁵ Por não corresponder ao objetivo do trabalho, não serão apresentados os números dos usuários desligados do serviço. Porém, a maioria dos desligamentos acontece por faltas, mudança de cidade ou abandono do tratamento, alguns desligamentos correspondem à óbitos ou remanejamento interno para outra unidade.

atendimento; realocar usuários que não correspondiam aos critérios do programa de reabilitação intelectual para outras unidades do CER III da APAE-Anápolis como, por exemplo, a Reabilitação Física.

Nesse ínterim, o processo de alta foi construído à partir do estudo detalhado do Instrutivo do Programa Viver Sem Limites, de forma à atender as necessidades preconizadas no Programa Viver Sem Limites. Portanto, identificou-se o número total de cento e nove (109) altas, distribuídas conforme tabela 1.

Quantidade	Encaminhamento	Detalhamento das informações
38 altas	Projeto ReabAPAE.	Serviço de Reabilitação Cognitiva (PRONAS ⁶)
7 altas	Monitoramento realizado por profissionais da APAE.	Os usuários devem retornar anualmente para reavaliação, orientação e troca de OPMS (órtese, prótese e meio de locomoção).
64 altas	Articulação de rede de acordo com os serviços disponíveis no município.	Centro de Reabilitação e Fisioterapia Dr. Sírio Quinan (CREFA), Centro Municipal de Atendimento à Diversidade “Maria Onilza Borges (CEMAD), Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Tabela 1: Terminalidade no CER III Intelectual no período de 2014 à 2020		

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021)

Salienta-se que o encaminhamento para as redes de atenção tem como o intuito estabelecer ponto de apoio à saúde e fortalecer suporte para as demais necessidades que a pessoa com DI apresenta durante toda a vida. Essa pactuação com a rede fortalece a alta para pessoa com deficiência, que não mais necessita de reabilitação, mas necessita de apoios pontuais para suas demandas específicas.

Em agosto de 2021, a média de usuários atendidos foi a de 180/mês. A triagem para ingresso no CER III Intelectual acontece semanalmente e, conforme elegibilidade, os usuários são encaminhados para os programas terapêuticos ofertados pela instituição. As vagas são disponibilizadas por setor conforme demanda, PTS e Programas Terapêuticos (individual, grupo ou treino para cuidadores).

⁶ Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) foi desenvolvido para incentivar ações e serviços desenvolvidos por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos, que atuam no campo da pessoa com deficiência.

Ressalta-se que a capacidade de atendimento ofertada no CER III Intelectual é 200 usuários/mês. No final de cada semestre, o usuário passar por reavaliação e, caso seja elegível para a terminalidade do programa, são abertas novas vagas e acolhidos novos usuários, buscando manter a meta estabelecida de atendimentos/mês. Porém, em função do próprio quadro de saúde dos usuários, ocorrem uma flutuação nesse quantitativo, sendo encontrados nos documentos oficiais uma média de 10% de faltas, o que reflete a realidade nas redes de atenção à saúde ofertada pelo SUS.

Não obstante, com a pandemia do SARS-CoV – Covid 19 –, o quadro de inserção, intervenção e terminalidade nos serviços de saúde foi modificado. Em todos os setores, foram necessárias reformulações da prática para manutenção do tratamento do usuário. Essa realidade remontou à uma nova realidade, permitindo que, em alguns casos específicos, não houvessem desligamentos por faltas (usuários com comorbidades, baixa imunidade, febre, sintomas gripais, contato direto com contaminados, entre outros). Outrossim, a pandemia impactou diretamente no processo de triagem e de manutenção da média/mês de atendimento, acarretando uma flexibilização da meta e promovendo ajustes no acompanhamento, seja no formato individual, grupal ou teleatendimento.

Outro fator importante é salientar que os atendimentos virtuais apresentam uma característica que difere dos atendimentos presenciais, de forma a promover uma reestruturação do processo. Nesse ínterim, alguns Programas Terapêuticos, principalmente os de Treino de Habilidade Social (THS)⁷, foram reformulados, influenciando no retardamento dos processos de alta para que, no retorno das atividades presenciais, os objetivos terapêuticos pudessem ser alcançado.

Discussão

O processo de alta na reabilitação intelectual inicia-se desde o encaminhamento até a terminalidade da intervenção. Para reduzir problemas nas etapas iniciais – sistema de regulação do município e triagem –, criaram-se critérios e perfis de elegibilidade do usuário, sendo estas

⁷ O THS consiste em atividades realizadas em grupo com objetivo de desenvolver habilidades sociais. Neste caso, os usuários podem participar de atividades com outros participantes, tais como cumprimentar, brincar com jogos diversos e interativos, dividir brinquedos, entre outros. Por isso, em função dos protocolos e cuidados para reduzir a contaminação da Covid-19, os processos foram modificados, retardando a terminalidade no programa.

ações fundamentais para restringir problemas, tais como filas de espera e institucionalização do sujeito nas unidades de atendimento.

Buscando formas de minimizar essas dificuldades a SPAIS promoveu oficinas de discussão e estabelecimento de perfil do usuário do CER e divulgou a Nota Técnica N° 001/2015 que dispõe sobre Encaminhamento de Usuários de Acordo com a Modalidade de Reabilitação Ofertada pelos Centros Especializados em Reabilitação – CER da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. No anexo da nota técnica estabelece que:

ENCAMINHAMENTOS PARA A MODALIDADE DE ATENDIMENTO INTELECTUAL		
CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO: SÃO ATENDIDOS	PROCEDIMENTOS GERAIS REALIZADOS	CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO: NÃO SÃO ATENDIDOS
<p>Pessoas com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deficiência intelectual (definida pelo MS como atividade intelectual abaixo da média de normalidade preestabelecida, e que está associada a déficit nos aspectos relacionados ao funcionamento adaptativo, tais como: autocuidado, comunicação, habilidades sociais e interpessoais; aprendizagem acadêmica, trabalho, lazer, manutenção da saúde e segurança) 2. Síndrome de Down 3. Outras síndromes associadas à deficiência intelectual 4. Transtorno do Espectro do Autismo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico. 2. Avaliação funcional. 3. Atendimento especializado multiprofissional visando à reabilitação funcional. 4. Estimulação global, orientações aos cuidadores e familiares baseadas no Projeto Terapêutico Singular, visando o processo de inclusão social e a continuidade do cuidado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de avaliação clínica médica contendo hipótese diagnóstica. 2. Presença de distúrbios/transtornos psiquiátricos, emocionais e de conduta, depressão, ansiedade e fobias. 3. Condições neurológicas não associadas à deficiência intelectual (tais como enxaquecas, cefaleias e convulsões). 4. Transtornos hipercinéticos (transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH)

Tabela 2: Encaminhamentos para a Modalidade de Atendimento Intelectual
Fonte: Nota técnica N° 001/2015. Secretaria do Estado da Saúde (GOIÁS, 2015)⁸.

Não obstante, o processo de alta para a pessoa com DI parece apresentar-se como um labirinto nos Centros Especializados de Reabilitação, devido sua característica enigmática, dotada de problemática ética e social. De igual modo, é uma etapa do tratamento fundamentalmente necessária, porém complexa na articulação e na execução da finalização de um projeto e/ou

⁸ GOIÁS. **Nota Técnica n° 001/2015**. Encaminhamento de usuários de acordo com a modalidade de reabilitação ofertada pelos Centros Especializados em Reabilitação – CER da rede de cuidados à pessoa com deficiência. Subcoordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Coordenação de Redes e Políticas de Atenção à Saúde. Gerência de Programas Especiais. Sistema Único de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Governo de Goiás, 2015.

programa terapêutico. Outrossim, a alta não deve ser tratada apenas como objeto para desafogar o fluxo do serviço e gerar rotatividade, mas deve ser um processo inclusivo e de promoção da funcionalidade e adaptabilidade da pessoa com deficiência na sociedade.

Diante disso, quais fatores devem ser considerados para fundamentar a alta dos usuários em reabilitação intelectual? Apresentamos três bases fundamentais para esse processo: a CIF, o PTS e os Programas e/ou Projetos Terapêuticos de Reabilitação.

A CIF é fundamental para os Centros Especializados de Reabilitação, pois além de identificar as necessidades de saúde específicas de cada indivíduo, possibilita identificar e medir os efeitos do ambiente físico e social sobre as vantagens e desvantagens vivenciadas diariamente pela pessoa com deficiência. A classificação se torna singular no planejamento terapêutico e possibilita identificar as implicações das necessidades específicas no contexto social e ambiental do indivíduo. Além do mais, a CIF promove uma mudança de conduta na prática profissional, pois, é possível identificar o papel central do ambiente no estado funcional do indivíduo, de modo a atenuar barreiras e ampliar recursos facilitadores para a participação social (PANHAN, MONTEIRO, 2009). Portanto, a CIF é uma ferramenta norteadora para o estabelecimento de programas e projetos terapêuticos, aliados com a participação da família e da escola no processo, potencializando respostas efetivas na reabilitação intelectual.

O PTS, como dito anteriormente, se baseia em um conjunto de propostas de condutas articuladas para uma pessoa ou para um coletivo, que podem ser famílias, grupos ou comunidades, valorizando os vários saberes tanto dos profissionais que atuam com o paciente, quanto os saberes da família e do próprio cliente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Este instrumento de trabalho considera o usuário como um ser biopsicossocial e todas as variáveis do contexto que está inserido. O entendimento da realidade do sujeito, a inserção da família e do usuário na elaboração do plano terapêutico é fundamental. O processo inicia-se através do levantamento das demandas e metas com família e usuário, essas devem ser mensuráveis e alcançáveis. Contudo, quando as demandas apresentadas são irreais e há prejuízo na conscientização real do diagnóstico e prognóstico, a família é encaminhada para programas de acompanhamento familiar, os quais deverão facilitar o entendimento das etapas do tratamento. Além do mais, o profissional elabora o instrumento com toda a equipe, por meio de discussões e estudo de caso do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia.

Os Programas e/ou Projetos Terapêuticos de Reabilitação⁹ são revestidos de estratégia que “deve englobar métodos, recursos e técnicas que, em conjunto, viabilizem manutenção e/ou recuperação de funções necessárias para o desempenho (...) dos sujeitos”, sendo que “seguir o potencial de cada componente de reabilitação funcional” potencializa atingir os objetivos terapêuticos propostos (DIAS, RODRIGUES JUNIOR, 2016, p. 356, 357).

Os Programas e/ou Projetos Terapêuticos de Reabilitação são fundamentais para o serviço de reabilitação intelectual, pois é por meio dos planos terapêuticos que o tratamento é direcionado. No CER III Intelectual da APAE-Anápolis, os Programas e/ou Projetos Terapêuticos de Reabilitação são formatados conforme a particularidade de cada terapêutica, considerando seus objetivos e sua dinâmica, fundamentados na CIF e no Instrutivo do Programa Viver Sem Limites. Ademais, a elegibilidade do usuário em cada programa/projeto de reabilitação considera o PTS, fortalecendo assim a tríade necessária para alta: CIF – PTS – Programas e/ou Projetos Terapêuticos de Reabilitação.

A alta do Programa de Reabilitação é determinada no seu plano terapêutico individualizado. Depende do nível do acometimento individual e das condições globais de reabilitação do paciente, tais como empenho individual, suporte psicossocial e condições físicas e incapacidade apresentada (REDE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO, 2015, p. 1).

Segundo Bonfim & Vizzotto (2013), a alta deve acontecer quando o indivíduo reconhece que precisou de ajuda e que, no alcance das suas necessidades, pode seguir em frente. Para as pessoas com DI, considerando as especificidades do transtorno e a necessidade contínua de ajuda, torna-se fundamental fortalecer a rede de apoio. Nesse caso, a família é o agente ímpar no processo e, portanto, deve ser conscientizada sobre a finalização do tratamento de reabilitação multiprofissional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Diante disso, o emprego de atividades e técnicas devem ter como finalidade a manutenção das competências aprendidas durante a terapia, mantendo o treinamento e a prática, para redução da sintomatologia (SEGALLA, BICCA, 2016). Dessa forma, o PTS corrobora para que os

⁹ Esclarecemos que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto Terapêutico de Reabilitação (PTR) se diferem nas bases conceituais. Sendo que, o PTS integra a família no processo terapêutico e o PTR trata-se de projeto específico desenvolvido pela equipe multidisciplinar para atender necessidades de familiares, cuidadores e usuários. Citamos como exemplos os Projetos Mães que Cantam, Canções e Momentos, Amparo, Psicoeducação, entre outros (ver figura 1).

cuidadores compreendam o processo de habilitação, reabilitação, adaptação e funcionalidade do indivíduo, sendo os programas terapêuticos fundamentais para eficácia do tratamento.

Portanto, o CER III Intelectual para efetividade do cuidado, observação dos resultados e acompanhamento do processo de reabilitação promoveu um fluxo específico que direciona todo o processo de reabilitação. As etapas propostas pelo serviço correspondem desde a inserção até o processo de alta (ver figura 1).

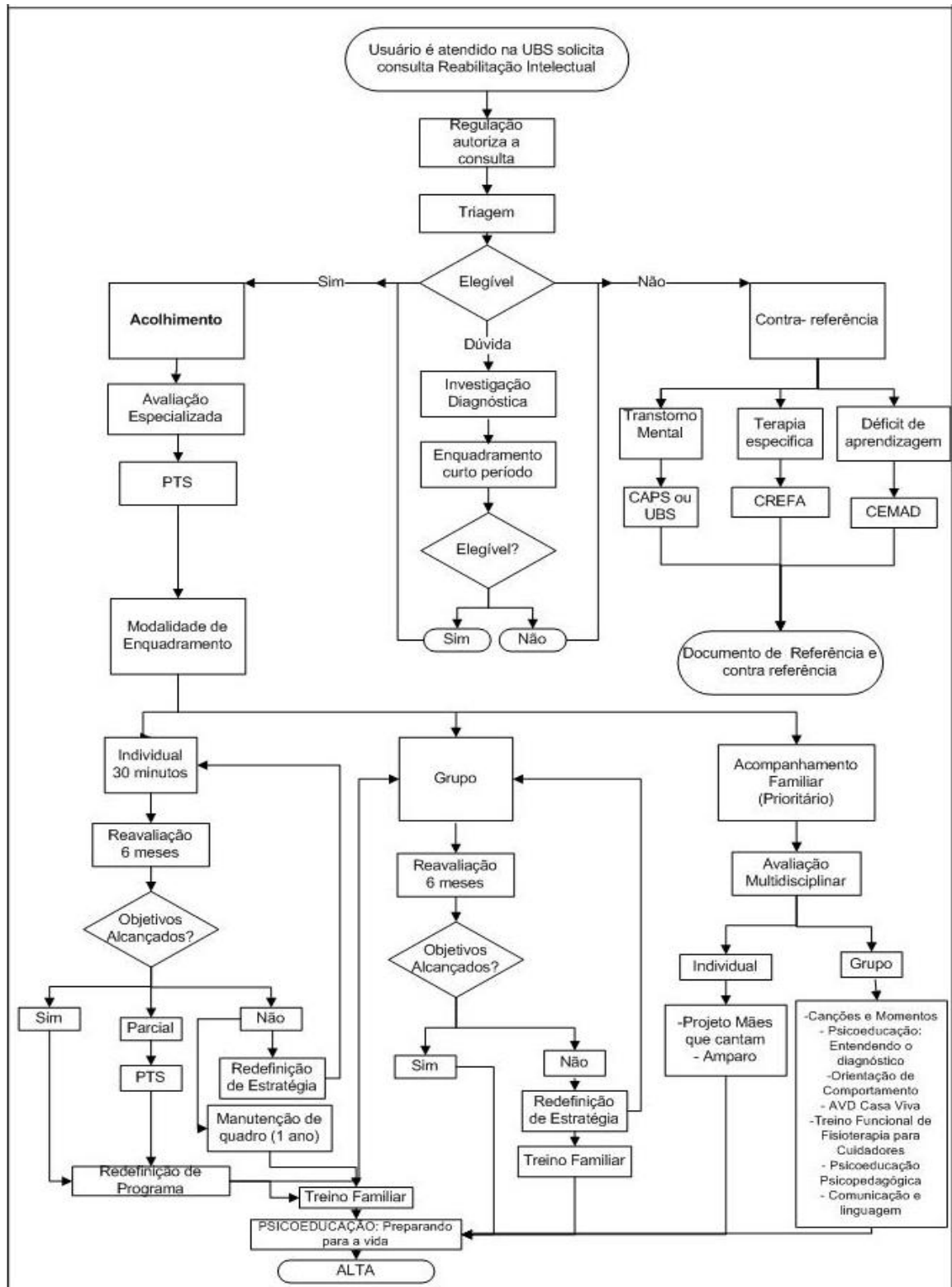


Figura 1 – Fluxo para atendimento de usuários do CER III Intelectual da APAE

Fonte: Elaborada pelas autoras (2020)

Quando o indivíduo é elegível para o programa de reabilitação intelectual, pode ser inserido no programa de atenção individual ou grupal, conforme demandas e PTS. Nesse caso, o acompanhamento familiar é prioritário, sendo os programas terapêuticos para essa demanda

correspondentes à avaliação psicológica e necessidades específicas da família. Para tanto, os Projetos Psicoeducativos estão presentes durante todo o tratamento, pois, conforme o PTS estabelecido, a participação da família é fundamental para generalização das respostas do usuário no ambiente.

A avaliação do processo é semestral e, à partir dela, será verificado qualitativamente e quantitativamente o desenvolvimento e a evolução do usuário em cada Programa Terapêutico. Essa etapa é fundamental para definição da finalização, continuidade, mudança de estratégia para a intervenção ou reestruturação do atendimento. Nos casos de manutenção ou estagnação do quadro clínico, são reavaliadas as demandas familiares e reformulados objetivos terapêuticos, sendo que, em alguns casos, é necessário reforçar a orientação familiar, estabelecer o treino para cuidadores e a psicoeducação para que a tríade proposta pelo serviço possa direcionar para uma alta consciente, ética e inclusiva.

Quando o usuário não é elegível, o serviço realiza a articulação de rede proposta pelos instrutivos, direcionando o usuário para outros serviços do município de acordo com as demandas apresentadas na triagem e na avaliação multidisciplinar.

O fluxo final do processo de alta acontece quando:

- a) Usuário apresenta evolução compatível com os objetivos terapêuticos traçados no Programa e/ou Projeto de Reabilitação que o usuário foi inserido e mediante PTS estabelecido com a família, sendo os critérios: idade, quadro clínico, metas e demandas terapêuticas;
- b) Usuário adquiriu habilidades suficientes para alta e é elegível para outro Programa e/ou Projeto de Reabilitação. Por exemplo, o usuário adquiriu as habilidades básicas¹⁰ no atendimento individual e será encaminhado para um atendimento em grupo;

¹⁰ As habilidades básicas consistem em: olhar, permanecer sentado, realizar troca de turno, fazer escolha com pelo menos uma variável (1:1), não apresentar comportamentos disruptivos, entre outros.

- c) Usuário apresenta estabilização do quadro neuropsicomotor, família participou dos Treinos Específicos para Cuidadores, recebe alta monitorada.

Em todo o processo há o acompanhamento familiar para identificar as necessidades de orientação quanto ao diagnóstico e prognóstico do usuário.

Para os usuários adultos ou idosos que procuram o serviço, os quais apresentam funcionalidade e adaptabilidade social, é ofertada a participação da família/cuidadores nos programas/projetos psicoeducativos.

Conclusão

O retrato da alta nos serviços de reabilitação intelectual reflete incertezas, instaurada pela dificuldade em compreender a atenção à saúde da pessoa com DI à longo prazo. Do ponto de vista neurocognitivo e adaptativo, o DI pode apresentar níveis de gravidade que aumentam as barreiras na funcionalidade cotidiana. Diante disso, torna-se necessário fomentar programas terapêuticos capazes de atuar estabelecendo estratégias que compreendem a dinâmica de resposta, funcionalidade e estimulação desse indivíduo.

Portanto, o processo de alta acontece quando a equipe multidisciplinar realiza PTS com metas mensuráveis e alcançáveis, direcionamento para programas terapêuticos bem estruturados com critérios de inclusão e exclusão, além da psicoeducação e do treino familiar em todo o processo do tratamento.

De igual modo, os serviços de reabilitação devem compreender qual é esse ponto de partida para possibilitar a terminalidade. De forma que o próprio quadro do usuário direciona o tratamento, ou seja, à partir das especificidades da pessoa com deficiência intelectual podem ser estabelecidas estratégias adequadas para:

- a) Definir quais serão os programas e/ou projetos terapêuticos de reabilitação elegíveis;
- b) Classificar a funcionalidade à partir da CIF, considerando a participação e as barreiras que podem limitar a inclusão social;

- c) Estabelecer com a família o PTS – metas e objetivos terapêuticos alcançáveis;
- d) Definir o tempo e o fluxo da intervenção;
- e) Realizar articulação com a rede de apoio municipal.

Conquanto, para algumas famílias e grupos sociais, ainda é um desafio perceber que tais estratégias são caminhos possíveis para finalização no processo de reabilitação. Para estes, a afecção neurocognitiva e comportamental, remete a um processo de reabilitação contínuo e permanente, atendendo todas as especificidades do sujeito e em todas as etapas da sua existência. Contudo, a emancipação da pessoa com deficiência ocorre quando são fomentadas ações para a vida – educação, trabalho, lazer e cultura. Os serviços de habilitação, reabilitação e atenção na saúde devem fortalecer essa independência, funcionalidade e/ou adaptabilidade para que sejam alcançadas inclusão social e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

APA - American Psychiatric Association. **Transtorno do Espectro Autista**. In: DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento (et al). 5ª edição. Porto alegre: Artmed. 2014.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. **Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência**. 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 03 de jun. de 2020.

BRASIL. Portaria nº 496, de 3 de maio de 2013. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0496_03_05_2013.html. Acesso em: 03 de jun. de 2020.

BONFIM, T. E.; VIZZOTTO, M. M. **A finalização do processo psicoterapêutico**. Psicólogo *in* Formação, ano 17, n. 17, pp. 201-207, jan./dez. 2013.

DIAS, T., & RODRIGUES JUNIOR, J. Programa de reabilitação funcional para sujeitos com sequelas de hanseníase. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, vol. 27, n. 3, pp. 355-360. 2016.

FERIGATO, S.; BALLARIN, M. L. G. S. A alta em Terapia Ocupacional: reflexões sobre o fim. **Cad. Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, v. 19, n. 3, pp. 361-368. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms>.

saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_ doencas_cronicas.pdf.
Acesso em: 02 de jun. de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas)**. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/August/10/Instrutivo-de-Reabilitacao-Rede-PCD-10-08-2020.pdf>. Acesso em: 16 de set. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.. **Viver sem Limites**. Material de Referência Programas com Obras Fundo a Fundo. SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras. Governo Federal. Brasil. 2013. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/viver-sem-limite>. Acesso em: 03 de jun. de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde**. Tradução e revisão: Amélia Leitão. Direção-Geral de Saúde. Lisboa, 2004.

PANHAN, H. M. S. & MONTEIRO, C. B. M. Apresentação e Proposta de Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade na Comunicação Suplementar e Alternativa. In: DELIBERATO, D.; GONÇALVES, M. J. & MACEDO, E. C. **Comunicação Alternativa: Teoria, prática, tecnologia e pesquisa**. São Paulo: MEMNON, 2009.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C. M.; FLORES, A. Z. T. **Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: uma construção coletiva**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. jul-set, p. 493-502. 2011.

REDE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO. **Acompanhamento pós-alta do programa de reabilitação**. Instituto de Medicina Física e Reabilitação. HC FMUSP. São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.redelucymontoro.org.br/site/acompanhamento-pos-alta-do-programa-de-reabilitacao.html>. Acesso em: 02 de jun. de 2020.

SEGALLA, C. D.; BICCA, C. Processo de alta e prevenção à recaída: um relato de caso em clínica psicológica. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**. Canoas, v. 4, n. 1, pp. 18-25. 2016.