

**A TERMINALIDADE DO TRATAMENTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM UM CENTRO ESPECIALIZADO DE REABILITAÇÃO INTELLECTUAL: CAMINHOS PARA A FUNCIONALIDADE E A INCLUSÃO SOCIAL**

***TERMINALITY OF THE TREATMENT OF PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES AND AUTISTIC SPECTRUM DISORDER IN THE SPECIALIZED INTELLECTUAL REHABILITATION CENTER: PATHWAYS TO FUNCTIONALITY AND SOCIAL INCLUSION***

Glaucia Tomaz Marques Pereira <sup>1</sup>

Paulyane Cristine da Silva Oliveira <sup>2</sup>

**RESUMO**

A alta no programa de reabilitação intelectual é um assunto que emerge muitas reflexões. Nos Centros Especializados de Reabilitação, o desfecho de um tratamento é uma prática que deve considerar os princípios ético-filosóficos, a condição de saúde, a política social, a inclusão total e a qualidade de vida do sujeito. Nesse processo são necessários procedimentos que tenham como base a compreensão das potencialidades e da participação social, reduzindo as barreiras que podem impedir a aquisição de autonomia da pessoa com deficiência. Portanto, este manuscrito apresenta um relato de experiência da construção do processo de alta no Centro Especializado de Reabilitação Intelectual da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Anápolis. De igual modo, propõe-se um modelo baseado na tríade - Classificação Internacional de Funcionalidade, Projeto Terapêutico Singular e Programas de Reabilitação, refletindo sobre às necessidades do sujeito e a sua funcionalidade para a inclusão social. Como resultado, tem-se que a alta em serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência é possível quando considera a unicidade do indivíduo e a aquisição máxima das suas potencialidades, amparando e preparando os cuidadores para a jornada da vida.

**Palavras-chave:** Alta. Reabilitação. Deficiência Intelectual.

**ABSTRACT**

Discharge of an intellectual rehabilitation program is a subject that raises many reflections. In Specialized Rehabilitation Centers, the outcome of a treatment is a practice that must consider the ethical-philosophical principles, health condition, social policy, total inclusion and the subject's quality of life. It is necessary procedures that are based on the understanding of potential and social participation, reducing the barriers that can prevent the acquisition of autonomy of the person with disability. Therefore, this manuscript presents an experience report of the construction of the discharge process at the Specialized Center for Intellectual Rehabilitation of the "Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais" from Anápolis. Likewise, a model based on the triad – International Classification of Functioning, Singular Therapeutic Project and Rehabilitation Programs – is proposed, reflecting on the subject's needs and functionality

<sup>1</sup> Pós-graduada em Artes pela Faculdades Integradas de Jacarepaguá, Bacharel em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás.

<sup>2</sup> Pós-graduada em Artes pela Faculdades Integradas de Jacarepaguá, Bacharel em Musicoterapia pela Universidade Federal de Goiás.

for social inclusion. As a result, the discharge in health care services for people with disabilities is possible when considering the uniqueness of the individual and the maximum acquisition of their potential, supporting and preparing caregivers for the journey of life.

**Keywords:** Discharge. Rehabilitation. Intellectual Disability.

## INTRODUÇÃO

A terminologia é um conjunto de termos especializados próprios de uma ciência, arte, técnica e profissão, tornando-se importante para expressar, comunicar e transferir um pensamento especializado (DIAS, 2000). O conceito de Deficiência Intelectual (DI), ao longo do tempo, foi sendo alterado por nomenclaturas, tais como débil mental, imbecil, demente, oligofrenia, para conceitos como doença mental, retardo mental e pessoas com necessidades especiais. (AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION, 2006; DIAS; OLIVEIRA, 2013).

Os principais marcos aconteceram no século XIX quando o psiquiatra Philippe Pinel começou a descrever o termo “idiotismo” como alienação mental de base orgânica, caracterizado pela falta de desenvolvimento das faculdades intelectuais (DIAS; OLIVEIRA, 2013). Na transição do século XX, o psiquiatra Jaspers Kraepelin desenvolveu um sistema de classificação, que compreendia a debilidade mental com diversos graus de deterioração mental. Com isso, a psiquiatria humanista começou a relatar sobre às possibilidades de educar as crianças “retardadas” quando apoiadas em processos adequados de reabilitação (DIAS; OLIVEIRA, 2013).

De acordo com as recomendações da American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (Associação Americana sobre Deficiências Intelectuais e do Desenvolvimento – AAIDD), a terminologia adequada é “Deficiência Intelectual”. Tal terminologia atualizada propõe uma visão ecológica da DI, na qual, de forma dinâmica, devem relacionar pessoa, ambiente e sistemas de apoio disponíveis. (WHITBOURNE; HALGIN, 2015).

No DSM-5 (APA, 2014), a DI é caracterizada como um transtorno que tem início no desenvolvimento infantil, incluindo déficit funcional, intelectual e adaptativo, de domínio conceitual, social e prático. Esses 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 esses 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.

Ainda nesse cenário dos distúrbios biopsicossociais da infância, o Transtorno do Espectro Autista (TEA) se refere a uma série de alterações no desenvolvimento, de causa multifatorial, sendo uma delas a incidência genética. A nomenclatura autismo foi descrita em 1908, pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, para descrever a fuga da realidade para um mundo interior observado em pacientes esquizofrênicos (STELZER, 2010; SILVA, 2012). Em 1943, Leo Kanner descreveu, pela primeira vez, 11 casos do que denominou “distúrbios autísticos do contato afetivo” (ROSENBERG, 2011, p. 22).

As características principais da pessoa com TEA são prejuízos na comunicação e o comportamento restrito e estereotipado. Essas especificidades se apresentam de forma e grau diferentes e cada autista apresenta suas particularidades e avarias nas áreas motoras, acadêmicas, cognição e sensopercepção (APA, 2014). A DI, como comorbidade do TEA, apresenta-se como um fator que pode agravar o quadro clínico geral do autista.

Em 2012, a Lei 12.764/2012 instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da

Pessoa com TEA, estabelecendo diretrizes que se referem ao autista com deficiência persistente significativa na comunicação e interação social, deficiência na comunicação verbal e não verbal para interação social, ausência de reciprocidade social e dificuldade em desenvolver e manter relações apropriadas, além dos padrões restritivos e repetitivos do comportamento, interesses restritos e fixos (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1970, inovou na maneira de discutir sobre as consequências funcionais geradas pela doença. Em função disso surgiram várias discussões, buscando o desenvolvimento de uma proposta de avaliação que fosse compatível com o CID. Foi em 2001 que a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) foi aprovada. A CIF é uma classificação integrada que apresenta informações de domínios relacionados à saúde. Ela possui uma linguagem universal, permitindo, assim, uma comparação padronizada, integrando todos os aspectos determinantes que se relacionam em si (OMS, 2004).

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 CIF é uma ferramenta que considera os “componentes de saúde” para que o indivíduo seja funcional e participativo na sociedade. (OMS, 2004, p. 8).

Os sistemas de classificação devem funcionar de forma integrada, buscando uma visão holística do ser humano. O CID e o DSM classificam condições físicas e mentais e a CIF descreve os aspectos funcionais do indivíduo com deficiência, observando-se os seus contextos específicos de vida e desenvolvimento (FARIAS; BUCHALLA, 2005; AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION, 2006).

Como ferramenta para a classificação de funcionalidade, a CIF se apresenta 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 aborda a Funcionalidade e a Incapacidade, que são componentes do corpo (estrutura e função) e Fatores Contextuais (facilitadores e barreiras). Cada domínio descrito possui pontos positivos que correspondem à funcionalidade, ou negativos que correspondem à incapacidade, ampliando o olhar para a funcionalidade e a incapacidade, não mais com foco na doença (OMS, 2004).

Destarte, 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) Atividades e Participação” (OMS, 2004, p. 7). A CIF também identifica os fatores ambientais que interagem nesses construtos, ressaltando como são organizados do ponto de vista individual e social. O fator individual se encarrega dos 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).

Em relação aos fatores contextuais, a CIF tem um enfoque relacionado aos facilitadores e as barreiras, reconhecendo o papel central do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, agindo como barreiras ou facilitadores no desempenho das suas atividades e na participação social. Essa mudança altera o foco do problema da natureza biológica para a interação da disfunção apresentada e o contexto ambiental de onde a pessoa está inserida. (PANHAN; MONTEIRO, 2009).

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).

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 e visando a inclusão social e a cidadania (BRASIL, 2015). Portanto, ações que promovam esse processo inclusivo da pessoa com DI devem perpassar por ações nas áreas da saúde e da educação. Na área da saúde, as ações devem fornecer estratégias para que a pessoa com deficiência possa romper as suas dificuldades e desenvolver as suas potencialidades (BRASIL, 2015).

A partir dessa perspectiva histórica, vários sistemas de classificação passam a ser desenvolvidos. Os principais são a Classificação Internacional de Doenças (CID), que já se encontra na sua 11ª versão, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que está na 5ª versão, e a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Essas são, portanto, ferramentas importantes para os profissionais de saúde e para nortear os serviços de atenção à pessoa com DI e TEA.

Nesse ínterim, o serviço de reabilitação intelectual é uma das modalidades de reabilitação do Centro Especializado em Reabilitação (CER) e presta atendimento a pessoas com DI, TEA e/ou Síndromes diversas, que interferem no desenvolvimento intelectual do indivíduo. O processo de reabilitação intelectual é enredado e, por vezes, torna-se complexo em função da extensão do apoio que a pessoa com DI e TEA necessita ao longo da vida. Estabelecer programas de reabilitação que visem a inclusão social e efetiva, com alta nos serviços de reabilitação, é um processo que demanda muitos estudos, considerando a realidade biopsicossocial e cultural dos sujeitos daquela comunidade (BRASIL, 2020).

Dessa forma, o Governo Federal, a 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 (BRASIL, 2013).

A implementação do Programa Viver Sem Limites e a sua rede de cuidados se apresenta como 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, este estudo 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.

De igual modo, 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” (BRASIL, 2013, p. 1).

O eixo que atende os Centros Especializados de Reabilitação é o da saúde na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, para “ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência” no SUS (BRASIL, 2013, p. 1), de forma a valorizar a pessoa com deficiência como cidadã, respeitando as suas características e especificidades. Com a Portaria 496/2013, a 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 efetivar as ações de cuidados em saúde previstas no Instrutivo do Programa Viver Sem Limites, é fundamental que o usuário e a 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 grupal. 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).

Portanto, a 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). Segundo Ferigato e Ballarin (2011, p. 363), a alta deve estar vinculada com as singularidades de cada indivíduo, sendo o seu processo construído nos objetivos terapêuticos para fortalecimento do sujeito e da sua “*autonomia*, e não de uma dependência permanente de outro para a aquisição de novas possibilidades de vida”.

## **METODOLOGIA**

Este estudo se trata de um relato de experiência no formato análise documental, tendo como recorte temporal os anos de 2013 a 2020. A eleição específica desse recorte temporal se deve ao período de estruturação do CER III Intelectual da APAE – Anápolis, conforme previsto nos instrutivos do Programa Viver Sem Limites. A análise documental considerou o Instrutivo do Programa Viver Sem Limites e documentos oficiais da APAE - Anápolis. Além do mais, como estrutura para definição do fluxo de alta, foram utilizados como referência a CIF, o PTS e os Programas e/ou Projetos Terapêuticos de Reabilitação.

Na análise dos documentos oficiais da APAE-Anápolis, o processo de alta no CER III Intelectual foi construído a partir do estudo detalhado do instrutivo, sendo o serviço estruturado para atender as necessidades preconizadas no Programa Viver Sem Limites. As ações realizadas para estabelecer o fluxo do serviço foram definir critérios para a permanência do usuário, reestruturar o modelo de atendimento e realocar usuários que não correspondiam aos critérios do programa de reabilitação intelectual para outras unidades do CER III da APAE-Anápolis.

## **RESULTADOS**

Identificou-se o número total de 71 altas, dentre as quais, 38 correspondiam à encaminhamentos para o Projeto ReabAPAE – Serviço de Reabilitação Cognitiva (PRONAS<sup>3</sup>); seis altas monitoradas<sup>4</sup> e 27 se referem à articulação da rede de acordo com os serviços disponíveis no município<sup>5</sup>. 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 DI, que não mais necessita de reabilitação, mas precisa de apoios pontuais para as suas demandas específicas.

Os construtos deste trabalho emergem para investigar como o processo de terminalidade pode integrar um tratamento com ética e qualidade multiprofissional. Para tanto, o relato dessa experiência se dá com a Portaria 496/2013, em 03 de maio de 2013, a qual norteou uma reestruturação do atendimento na instituição fidelizando os serviços de reabilitação física, auditiva e intelectual, tendo como foco uma ampliação na rede de atendimento (BRASIL, 2013).

Nesse ano, os primeiros avanços para o estabelecimento de uma estrutura coerente do atendimento se deram a partir do estudo do instrutivo e da adequação do serviço, que outrora era realizado na unidade denominada Centro de Reabilitação e Atenção à Saúde Auditiva (CRASA). As etapas do processo consideraram não apenas estudo detalhado e formação conti-

3 O Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) foi desenvolvido para incentivar ações e serviços realizados por entidades, associações e fundações privadas sem fins lucrativos, que atuam no campo da pessoa com deficiência (BRASIL, 2013).

4 Os usuários devem retornar anualmente para reavaliação, orientação e troca de OPMS (órtese, prótese e meio de locomoção).

5 Centro de Reabilitação e Fisioterapia Dr. Sírio Quinan (CREFA), Centro Municipal de Atendimento à Diversidade “Maria Onilza Borges (CEMAD), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

nuada sobre a pessoa com DI, mas também o atendimento especializado dos usuários com TEA, os quais, outrora, não eram atendidos na instituição.

Portanto, para que essa nova forma de reabilitar fosse compreendida, os profissionais de saúde e da equipe gestora participaram de oficinas, capacitações e treinamentos direcionando a assistência a pessoa com deficiência. A Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde (SPAIS) proporcionou encontros e oficinas de discussão e estruturação das ações do CER. Um dos principais enfoques abordados nos encontros foram o direito ao usuário de ter acesso aos serviços de reabilitação, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, para isso, a necessidade do acesso ao CER ser feito exclusivamente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelo Sistema de Regulação (SISREG).

Nos primeiros anos de habilitação, o CER III da APAE-Anápolis promoveu várias reuniões com as equipes das UBSs, bem como com os médicos reguladores do SISREG, a fim de discutir e estabelecer na cidade os critérios e perfil dos pacientes para o CER, minimizando encaminhamentos inadequados de usuários não elegíveis para o serviço. O volume de usuários que solicitavam consulta no Sisreg era superior a capacidade de atendimento do serviço, gerando fila de espera extensa<sup>6</sup>.

Buscando formas de minimizar essas dificuldades, também vivenciadas em outros serviços CER, a SPAIS promoveu oficinas de discussão e estabelecimento de perfil do usuário do CER e divulgou a Nota Técnica Nº 001/2015, que dispõe sobre o 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, é estabelecido:

Figura 1: Encaminhamentos para a Modalidade de Atendimento Intelectual

<b>ENCAMINHAMENTOS PARA A MODALIDADE DE ATENDIMENTO INTELECTUAL</b>		
<b>CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO: SÃO ATENDIDOS</b>	<b>PROCEDIMENTOS GERAIS REALIZADOS</b>	<b>CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO: NÃO SÃO ATENDIDOS</b>
<p>Pessoas com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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; pode ocorrer durante o período do desenvolvimento, até os 18 anos).</li> <li>Síndrome de Down</li> <li>Outras síndromes associadas à deficiência intelectual.</li> <li>Transtorno do Espectro do Autismo - TEA</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico.</li> <li>Avaliação funcional.</li> <li>Atendimento especializado multiprofissional visando à reabilitação funcional.</li> <li>Estimulação global, orientações aos cuidadores e familiares baseadas no Projeto Terapêutico Singular, visando o processo de inclusão social e a continuidade do cuidado.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ausência de avaliação clínica médica contendo hipótese diagnóstica.</li> <li>Presença de distúrbios/transtornos psiquiátricos, emocionais e de conduta, depressão, ansiedade e fobias.</li> <li>Condições neurológicas não associadas à deficiência intelectual (tais como enxaquecas, cefaleias e convulsões).</li> <li>Transtornos hipercinéticos (transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH)</li> </ol>

<sup>6</sup> As informações contidas nesse parágrafo foram fornecidas pela Coordenadora do CER III Intelectual, que também é autora deste trabalho.

Posteriormente à discussão inicial do perfil do usuário do CER, foi amplamente debatido sobre a rede de cuidado a pessoa com deficiência e a necessidade de articulação com outros pontos de atenção, iniciando a discussão sobre processos internos e terminalidade no cuidado nos serviços de reabilitação. Esse cenário foi o palco fundamental para que a coordenação, juntamente com a gestão e a com equipe multiprofissional, refletisse sobre as necessidades dos serviços fluindo para o raciocínio necessário que fortalecesse ações de atenção à saúde total destes usuários. Destarte, deu-se a estruturação dos Programas Terapêuticos e dos protocolos utilizados em cada programa, prerrogativas para o fluxo de terminalidade no CER III Intelectual.

Adentrando ao processo de alta, diversos autores afirmam que a “alta” refere-se ao processo de terminalidade de um processo terapêutico (FERIGATO; BALLARIN, 2011; BONFIM; VIZZOTTO, 2013; SEGALLA; BICCA, 2016). Segundo Bonfim e Vizzotto (2013), a alta na psicoterapia deve ser compreendida a partir do processo e da relação entre terapeuta e paciente, tendo como ponto de partida alguns fatores:

- a) A modificação, a intensidade, a frequência dos sintomas e as atitudes que se adotam perante eles;
- b) As relações familiares; a modificação e harmonização das relações sociais;
- c) Os indicadores linguísticos;
- d) A visualização da diminuição da angústia e da culpa.

Segalla e Bicca (2016, p. 24) ressaltam que, para efetivar uma alta com sucesso, é imprescindível conceituar o caso de forma clara, realizar a psicoeducação e discutir sobre os objetivos da terapia, “a respeito dos possíveis retrocessos durante a após o término, bem como o domínio de técnicas e atividades que corroborem com o planejamento da prevenção”.

Nos Centros Especializados de Reabilitação, o processo de alta para a pessoa com DI parece apresentar-se como um labirinto, devido à 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 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 evidenciar 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 reconhecer 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 averiguar 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, potencia-

7 GOIÁS. **Nota Técnica** nº 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.

lizando respostas efetivas na reabilitação intelectual. Mediante os apontamentos supracitados, a CIF se apresentou como estratégia fundamental para o estabelecimento do fluxo de alta.

O PTS 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 (BRASIL, 2013). Esse 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, bem como a inserção da família e do usuário na elaboração do plano terapêutico são fundamentais. A partir desses constructos, o PTS corrobora para estabelecer o fluxo de alta, mediante uma ação unificada.

O processo se inicia por um levantamento das demandas e metas com família e usuário, que devem ser mensuráveis e alcançáveis. Contudo, quando as demandas apresentadas são irrealistas 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 discussões e estudo de caso do usuário e, conseqüentemente, a construção da sua autonomia.

Os Programas e/ou Projetos Terapêuticos 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).

O Programa e/ou Projeto Terapêutico viável compreende o atendimento a pessoa com DI que atendam os critérios de elegibilidade e que considere as condições globais de reabilitação do paciente, tais como empenho individual, suporte psicossocial e condições psicossociais (REDE DE REABILITAÇÃO LUCY MONTORO, 2015).

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

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).

Portanto, para a pessoa com DI e TEA, é necessário não só refletir sobre a terminalidade além da relação terapeuta-paciente, mas compreender como esse indivíduo desempenha as suas atividades diárias, quais condições físicas e neurobiológicas necessitam de recursos facilitadores e como a rede de apoio está preparada para o acompanhamento desse indivíduo.

## **1 A terminalidade no CER III Intelectual da APAE-Anápolis**

O CER III Intelectual para efetividade do cuidado, a observação dos resultados e o acompanhamento do processo de reabilitação promoveram um fluxo específico que direciona todo o processo de reabilitação. As etapas propostas pelo serviço correspondem desde a inser-

ção até o processo de alta (conforme a Figura 2).

Os programas ofertados podem ser de caráter individual e/ou grupal, conforme demanda familiar e preconizado no PTS. Os Projetos Psicoeducativos são ofertados durante todo o tratamento e as indicações, conforme estabelecido no PTS.

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

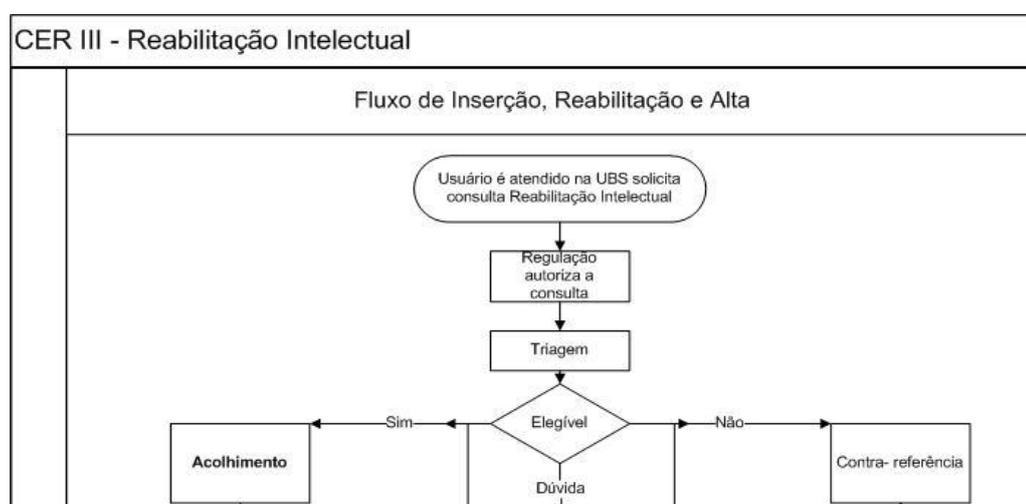
Quando o usuário não é elegível, o serviço realiza a articulação de rede proposta pelos instrutivos, direcionando o usuário para outros serviços do município, de acordo com as demandas apresentadas na triagem e na avaliação multidisciplinar.

O fluxo final do processo de alta acontece quando:

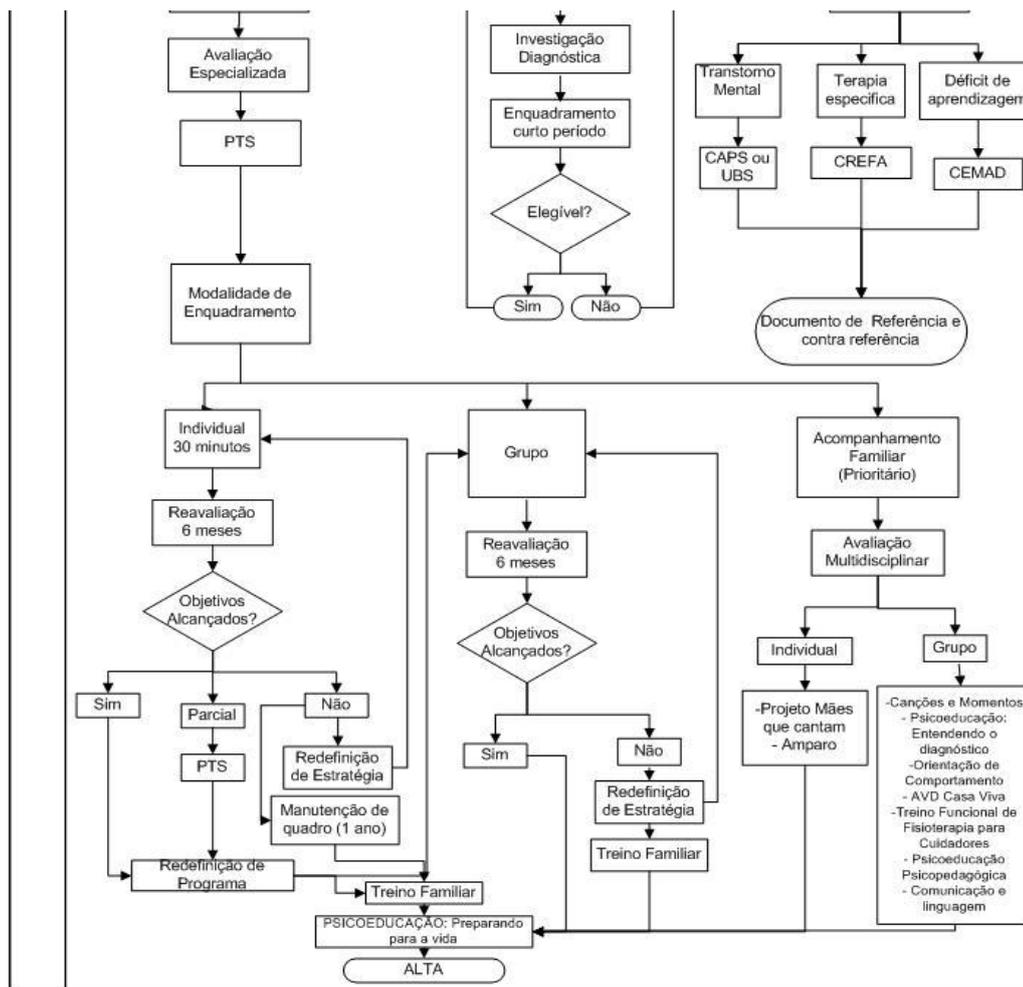
- a) Usuário apresenta evolução compatível com os objetivos terapêuticos traçados no Programa e/ou Projeto de Reabilitação que o usuário foi inserido e mediante PTS estabelecido com a família, sendo os critérios: idade, quadro clínico, metas e demandas terapêuticas;
- b) Usuário adquiriu habilidades suficientes para alta e é elegível para outro Programa e/ou Projeto de Reabilitação - por exemplo: o usuário adquiriu as habilidades básicas<sup>8</sup> no atendimento individual e será encaminhado para um atendimento em grupo;
- c) Usuário que 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.

Figura 2: Fluxo para atendimento de usuários do CER III Intelectual da APAE-Anápolis



8 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 aspectos.



Fonte: Autoras (2020)

## CONCLUSÕES

A pessoa com deficiência, ao longo da história da humanidade, tem enfrentado dificuldades, porém tem adquirido reconhecimento, pertencimento e inclusão social. Tais conquistas corroboram para que haja reestruturação social, reduzindo barreiras e ampliando facilitadores, promovendo o alcance de autonomia e funcionalidade cotidiana. Dentre essas conquistas, o processo reabilitação em saúde é fundamental para que o indivíduo alcance novas competências e fortaleça as suas potencialidades. Contudo, ainda são necessários avanços políticos-sociais-econômicos para garantir um *status* não setorizado, mas em todos os fundamentos da vida, sejam eles nas áreas da saúde, da educação, do trabalho, do lazer e da cultura.

Nesse cenário, o retrato da alta/terminalidade nos serviços de reabilitação intelectual ainda reflete incertezas, instaurada pela dificuldade em compreender a atenção à saúde da pessoa com DI em longo prazo. Do ponto de vista neurocognitivo e adaptativo, o DI pode apresentar níveis de afecções 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 direcione o tratamento, ou seja, à partir das especificidades da pessoa com DI, podem ser estabelecidas estratégias adequadas para: definir quais serão os programas e/ou projetos de reabilitação elegíveis; classificar a funcionalidade à partir da CIF, considerando a participação e as barreiras que podem limitar a inclusão social; estabelecer com a família o PTS - metas e objetivos terapêuticos alcançáveis; definir o tempo e o fluxo da intervenção, bem como realizar articulação com a rede de apoio municipal.

Para algumas famílias e grupos sociais, ainda é um desafio perceber que tais estratégias são caminhos possíveis para a finalização no processo de reabilitação. Porém, a emancipação da pessoa com deficiência ocorre quando são fomentadas ações para a vida.

## REFERÊNCIAS

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

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. **Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio**. Tradução de M. F. Lopes. 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm). Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/l13146.htm). Acesso em: 03 de jun. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 496, de 3 de maio de 2013**. 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0496\\_03\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0496_03_05_2013.html). Acesso em: 03 jun. 2020.

BONFIM, T. E; VIZZOTTO, M. M. A finalização do processo psicoterapêutico. In: **Psicólogo InFormação**, São Paulo, ano 17, n, 17, p. 201-207, jan./dez. 2013

DIAS, C. A. Terminologia: conceitos e aplicações. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 90-92, jan./abr. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ci/v29n1/v29n1a9>. Acesso em: 21 set. 2020.

DIAS, S. S.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. **Revista Brasileira Educação Especial**, Marília, v. 19, n. 2, p. 169-182 abr./jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382013000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382013000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 set. 2020

DIAS, T.; RODRIGUES JUNIOR, J. Programa de reabilitação funcional para sujeitos com sequelas de hanseníase. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 355-360. 2016. FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERIGATO, S.; BALLARIN, M. L. G. S. A alta em Terapia Ocupacional: reflexões sobre o fim.

**Cadernos de Terapia Ocupacional.** UFSCar, São Carlos, v. 19, n. 3, p. 361-368, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias.** Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 02 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Viver sem Limites.** 2013. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sismob/instrutivo-e-legislacao-dos-programas/viver-sem-limite>. Acesso em: 03 jun. 2020.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde.** Tradução e revisão de Amélia Leitão. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 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. *et al.* Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 493-502, jul.-set, 2011.

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

ROSENBERG, R. História do autismo no mundo. *In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A (org.). Transtornos do espectro do autismo.* São Paulo: Memnon, 2011. p. 19-26.

SEGALLA, C. D.; BICCA, C. Processo de alta e prevenção à recaída: um relato de caso na clínica psicológica. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, Canoas, v. 4, n. 1, p. 19-25, maio 2016. Disponível em: [http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude\\_desenvolvimento](http://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento). Acesso em: 19 out. 2020.

SILVA, A. B. B. **Mundo singular: entenda o autismo.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

STELZER, F. G. **Uma pequena história do autismo.** Cadernos Pandorga de Autismo, São Leopoldo-RS, v. 1, p. 5- 36 jun. abreviado 2010.

WHITBOURNE, S. K.; HALGIN, R. P. **Psicopatologia: Perspectivas clínicas dos Transtornos Psicológicos.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed. 2015.