

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

**Protocolo De Reabilitação
Intelectual, Transtorno Do Espectro
Autista E Múltiplas Deficiências
(Reabilitação Intelectual)**

Dezembro/2025

Equipe Gestão

Prefeita de Pelotas

Fernando Marroni

Secretária de Saúde

Angela Moreira Vitória

Departamento de Planejamento

Bruna Abbud

Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC)

Viviane Gomes

Diretoria de Atenção Especializada e Hospitalar

Valéria Rojas

Autoria

Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência

Lilian Rocha Gomes Tavares - Coordenadora

Mariana Dumer Borges - Apoiadora Técnica

Mariana Tourinho Vargas - Apoiadora Técnica

Colaboração e Revisão

NUMESC

Viviane Gomes

SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO CONVENIADOS À SMS

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE Pelotas

Centro de Reabilitação de Pelotas - CERENEPE

Lista de Abreviações

TEA - Transtorno do Espectro Autista

RI - Reabilitação Intelectual

PTS - Projeto Terapêutico Singular

AGD - Atraso Global do Desenvolvimento

TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

DEL - Distúrbio Específico de Linguagem

RAPCD - Rede de atenção à Pessoa com Deficiência

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

OMS - Organização Mundial da Saúde

NUMESC - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CERENEPE - Centro de Reabilitação de Pelotas

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	5
OBJETIVO	6
.....	
ACESSO E REGULAÇÃO	6
INDICAÇÕES	7
.....	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	7
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	8
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	8
.	
AÇÕES PRIORITÁRIAS	9
.....	
ESTRUTURA DO ATENDIMENTO	10
MONITORAMENTO PÓS ALTA	16
MONITORAMENTO E REAValiação	16
ESTRUTURA DO ATENDIMENTO EM GRUPO	19
ESTRUTURA DO ATENDIMENTO PARA FAMILIARES	20
CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA O DESLIGAMENTO	21
CONCLUSÃO	23
.....	
ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

A proposta de elaboração e aplicação deste protocolo tem a perspectiva de qualificar a assistência à saúde da pessoa com deficiência nos Centros de Reabilitação conveniados à Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.

A organização de um fluxo contínuo e eficaz de atendimento nos serviços de reabilitação é fundamental para garantir a qualidade do cuidado e a promoção da inclusão de pessoas com deficiência intelectual, múltiplas deficiências e transtorno do espectro do autismo (TEA). No município de Pelotas, na Secretaria Municipal de Saúde, esse processo se torna ainda mais relevante, visto o aumento da demanda por serviços especializados que atendam às necessidades específicas dessa população.

INTRODUÇÃO

Este protocolo de Reabilitação Intelectual (RI) propõe a criação de um fluxo estruturado de atendimento que começa desde o primeiro contato do usuário com o serviço de reabilitação até o momento da alta. A eficiência e a continuidade desse processo são essenciais para assegurar que o usuário receba intervenções adequadas e individualizadas ao longo de todo o percurso terapêutico. A integração de uma equipe multiprofissional e a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) personalizado para cada usuário garantem um atendimento completo e focado nas necessidades particulares de desenvolvimento e inclusão social.

Ao estabelecer diretrizes claras para o encaminhamento, avaliação, acompanhamento e alta, este protocolo busca otimizar os recursos disponíveis, melhorar a comunicação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e, acima de tudo, proporcionar um cuidado mais eficiente, ágil e humanizado. Dessa forma, a implementação de um fluxo contínuo e eficaz torna-se uma ferramenta indispensável para a promoção da saúde e o bem-estar das pessoas com deficiência em Pelotas.

OBJETIVO

O objetivo deste protocolo (RI) é estabelecer um fluxo organizado e padronizado para o atendimento nos serviços de reabilitação destinados a pessoas com deficiência intelectual, múltiplas deficiências e transtorno do espectro do autismo (TEA) na cidade de Pelotas (RS). O protocolo visa garantir um cuidado integral, equitativo e eficiente, desde o acolhimento inicial até o momento da alta, assegurando que as necessidades individuais de cada usuário sejam atendidas por meio de uma abordagem multiprofissional e centrada no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Além disso, o protocolo busca promover a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, favorecendo o acesso adequado e oportuno aos serviços de reabilitação e contribuindo para a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida dos usuários e suas famílias.

ACESSO E REGULAÇÃO

O acesso do usuário ao Serviço de Reabilitação Intelectual deve ser um processo regulado. A regulação assistencial busca promover a equidade do acesso aos serviços de saúde, com foco na integralidade da assistência e possibilitando ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão, tendo como meta ser: equânime, ordenada, oportuna e racional. A identificação da demanda de avaliação e/ou atendimento pode ocorrer pelo hospital, no nascimento, pela família, pela escola, pelo serviço de saúde ou outros. O acesso ocorre, necessariamente, a partir da Atenção Básica.

A Secretaria Municipal de Saúde possui um Departamento de Regulação Ambulatorial que compõe a Diretoria de Atenção Especializada e Hospitalar. Este Departamento é responsável por autorizar e regular os encaminhamentos oriundos da Unidade Básica de Saúde de referência do usuário, na qual irá fazer o encaminhamento via Sistema Gercon com o código Reabilitação Intelectual, constando o descritivo completo do encaminhamento e prioridade elencada, conforme Protocolo de Regulação Ambulatorial da Reabilitação Intelectual. Após passar pela regulação da Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a disponi-

bilidade de agenda, esses usuários são direcionados aos serviços especializados de reabilitação conveniados a SMS - APAE ou CERENEPE.

No caso de reingresso, isto é, de usuário que já realizou atendimento de RI no Serviço, o novo ingresso deve seguir os mesmos procedimentos acima descritos, sendo vedado o ingresso diretamente. O reingresso deve ser embasado pelo acompanhamento da equipe da Atenção Básica, justificado por critérios técnicos como a alteração do quadro, agravamento ou outros.

INDICAÇÕES

A reabilitação intelectual é destinada às pessoas que apresentam Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), com limitações adaptativas em, pelo menos, uma das áreas de habilidades: comunicação, habilidades sociais, auto-organização, autocuidado, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, lazer e trabalho.

A estimulação precoce, atendimento prestado a crianças de zero a três anos (entende-se 3anos, 11meses e 29 dias) com atraso, ou potencial atraso, no desenvolvimento neuropsicomotor devem ser priorizadas nos serviços de RI, pois os melhores resultados do trabalho dependem de que seja realizado especificamente nesta faixa etária (intervenção o mais precoce possível) dadas as peculiaridades desta etapa do desenvolvimento..

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Pessoas com diagnóstico ou hipótese diagnóstica de:

1. Suspeita ou diagnóstico de quadros sindrômicos que curse com deficiência intelectual e/ou transtorno do espectro do autismo;
2. Múltiplas deficiências que curse com deficiência intelectual e/ou TEA;
3. Crianças menores de 3 anos de idade com suspeita ou diagnóstico de atraso global do desenvolvimento (AGD);
4. 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);
5. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH);
2. Dificuldades e/ou Transtornos de aprendizagem (dislexia, disgrafia, discalculia, disortografia);
3. Exclusivamente Distúrbios Específicos de Linguagem (DEL);
4. Exclusivamente Transtornos psiquiátricos, mentais, emocionais e comportamentais. - Paralisia cerebral sem comprometimento intelectual;
5. Deficiência auditiva e visual sem comprometimento intelectual;
6. Condições neurológicas não associadas à deficiência intelectual (tais como enxaquecas, cefaleias e convulsões).

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A equipe técnica multiprofissional do serviço de Reabilitação Intelectual de modalidade única que compõe a rede deve seguir as orientações da Resolução CIB/RS no 074/2008. Esta composição de profissionais, conforme a prática dos serviços em funcionamento, demonstra ser adequada e suprir as necessidades de atendimento aos usuários, permanecendo as exigências técnicas estabelecidas quando da data de seu credenciamento. Deve ser composta por:

- Responsável Técnico de Nível Superior (que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado no Sistema único de Saúde)
- Assistente Social
- Fonoaudiólogo
- Médico (Neurologista e/ou Psiquiatra e/ou Geneticista)
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Fisioterapeuta

Poderão ainda ser inseridos à equipe, em caráter opcional, os seguintes profissionais:

- Psicopedagogo

- Musicoterapeuta
- Nutricionista
- Pedagogo
- Psicomotricista
- Educador Físico

A equipe multiprofissional dos serviços deve executar suas práticas de forma interdisciplinar. Desta forma, a reabilitação/habilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação devem ser estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como, os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos.

Cabe à equipe efetuar os atendimentos, a avaliação, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular, a articulação com os demais pontos da rede de saúde e da rede intersetorial, com avaliação constante e trocas a respeito da evolução e especificidades de cada caso. Para tanto, deve fazer parte da rotina dos Serviços de Reabilitação a reunião de equipe técnica sobre os casos, com foco na atuação interdisciplinar, com o envolvimento de todos os profissionais, mesmo que não estejam diretamente vinculados ao atendimento. Também é atribuição da equipe a realização da busca ativa de pacientes faltosos, a fim de assegurar a continuidade do cuidado e a adesão ao tratamento. Além disso, recomenda-se o desenvolvimento de ações de educação permanente para as equipes profissionais, bem como a realização de cursos de atualização nas áreas específicas de atuação.

AÇÕES PRIORITÁRIAS

O serviço de reabilitação deve assegurar diversas abordagens terapêuticas que promovam o desenvolvimento de habilidades funcionais e uma vida mais autônoma para os usuários. Entre as principais propostas estão:

- Diagnóstico e avaliação funcional: Avaliação detalhada da deficiência para direcionar o tratamento de forma mais eficaz.
- Intervenção precoce: Aplicação de estímulos adequados ao desenvolvimento global da criança, explorando o período de maior plasticidade do sistema nervoso para potencializar suas capacidades.

- *Orientação para cuidadores e familiares:* Capacitar e envolver os cuidadores e familiares no processo terapêutico, colaborando para a inclusão social e continuidade do cuidado no ambiente doméstico.
- *Apoio na adaptação do ambiente:* Auxílio às famílias para ajustes no ambiente doméstico e nas rotinas diárias, com o objetivo de promover maior autonomia pessoal, mobilidade e inclusão social, educacional e profissional.
- *Atendimento personalizado:* Oferecimento de sessões individuais e em grupo, conforme as necessidades específicas de cada usuário, respeitando suas dificuldades e capacidades.
- *Reavaliação contínua do projeto terapêutico:* Revisão periódica (recomenda-se 6/6 meses) do projeto de tratamento para monitorar a evolução e ajustar as metas terapêuticas de curto, médio e longo prazo.
- *Reuniões regulares da equipe:* Encontros periódicos entre os profissionais da equipe para acompanhar o progresso e revisar os projetos terapêuticos, garantindo uma abordagem integrada.
- *Integração com outros níveis de atenção:* Articulação com outros serviços de saúde, como atenção básica, CAPS, hospitais e emergências, visando a continuidade e integralidade do cuidado.
- *Colaboração intersetorial:* Conectar-se com serviços de proteção social, educação, esporte e cultura para ampliar o alcance do cuidado, melhorar a qualidade de vida dos usuários e promover sua inclusão na sociedade.

ESTRUTURA DO ATENDIMENTO

O fluxo de atendimento dentro da instituição de reabilitação deve ser estruturado para garantir que o usuário receba um cuidado integral, personalizado e contínuo, desde o momento de sua entrada no serviço até a alta. Abaixo está a estrutura de todos os atendimentos que o usuário deve passar:

- **Acolhimento e Triagem Inicial**

Recepção e Acolhimento: O acolhimento como termo utilizado para o primeiro atendimento realizado no Serviço de Reabilitação, também chamado de triagem ou primeiro atendimento, deve ser realizado por, no mínimo um (e no máximo três) técnico da equipe que fará uma entrevista de triagem para acolher o

usuário e a família, avaliar a situação que levou ao encaminhamento para o serviço de RI, assim como estabelecer a prioridade da avaliação, como nos casos de estimulação precoce. Neste momento, os dados pessoais e de saúde são registrados no sistema.

O acolhimento por ser o momento para o início do estabelecimento da confiança e da vinculação da família e do usuário com o serviço, é importante que a família compreenda o funcionamento do serviço e que possa esclarecer suas dúvidas.

Tratando-se de caso para atendimento em RI, deve ser agendada a avaliação, a partir das informações coletadas no acolhimento, tais como: profissional a ser agendada a avaliação, condições da família em comparecer, etc.

Encaminhamento para Avaliação: Com base na triagem, o usuário é encaminhado para a primeira etapa do atendimento multiprofissional/interdisciplinar, onde serão avaliadas suas necessidades específicas. Podendo o usuário ser encaminhado para avaliação diagnóstica multiprofissional nos casos em investigação. Nos casos que já chegam na instituição com diagnóstico fechado por médico especialista, este passará pela avaliação multiprofissional/interdisciplinar com vistas ao PTS, para inserção nas intervenções terapêuticas necessárias no momento.

A observação e análise dos sinais clínicos, com destaque para os aspectos motores, sensoriais, cognitivos, fala e expressividade, serve de base para a elaboração do diagnóstico e da construção de um Projeto Terapêutico Singular, desenvolvido por meio do trabalho interdisciplinar.

- **Avaliação Diagnóstica Multiprofissional/Interdisciplinar**

Avaliação Funcional: Equipe multiprofissional composta por profissionais da área de reabilitação realiza uma avaliação biopsicossocial, com a finalidade de estabelecer o impacto e repercussões no desenvolvimento global do indivíduo e na sua funcionalidade em áreas como cognição, mobilidade, comunicação, entre outras.

Avaliação Médica: O usuário passa por uma consulta com médico neurologista, Geneticista ou psiquiatra, para diagnóstico inicial e/ou avaliação da condição geral, confirmando o diagnóstico de deficiência intelectual ou transtorno do espectro do autismo (TEA). No caso de usuários que já tenham diagnóstico estabelecido por profissional médico de fora do serviço de RI, o médico fará sua avaliação, contribuindo com a equipe multidisciplinar para a construção do Projeto Terapêutico Singular, bem como identificando ou não a necessidade de solicitação de exames e do tratamento medicamentoso.

A avaliação deve ser capaz de embasar o Projeto Terapêutico Singular, pois, muito além de um diagnóstico nosológico e a avaliação de sinais e sintomas, visa a possibilidade de compreensão do caso, em toda a sua amplitude e complexidade, envolvendo o usuário, seu contexto familiar e social. Para tanto, o olhar da equipe interdisciplinar é fundamental, mesmo que nem todos os profissionais estejam envolvidos diretamente no atendimento, as trocas devem ser possíveis nas reuniões de equipe e estudos de caso.

Elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS): Com base na avaliação multiprofissional, é elaborado um projeto de atendimento para cada usuário, construído pela equipe do serviço de reabilitação, com a participação do mesmo e sua família,

O PTS objetiva alcançar, através do tratamento oferecido, o ápice de desenvolvimento do usuário de acordo com seu grau de comprometimento, procurando sempre desenvolver a autonomia do mesmo.

É composto por, pelo menos, quatro momentos: avaliação, definição das ações prioritárias, divisão de responsabilidade e reavaliação (BRASIL, 2007). Trata-se de um processo estratégico e dinâmico que articula usuários, famílias, profissionais da equipe de saúde do serviço e redes sociais na determinação das prioridades, necessidades e possibilidades de ações que contribuam para a efetividade do cuidado. E todos, neste processo, são agentes autônomos e protagonistas na construção e manutenção contínua e sustentável do PTS.

Portanto, deve levar em conta que o processo de reabilitação tem início, meio e fim, podendo ser reavaliado de acordo com a necessidade do usuário e o desenvolvimento do processo terapêutico. Como em qualquer outro processo de

trabalho, o projeto terapêutico definido para cada caso deve ser periodicamente reavaliado e ajustado sempre que se fizer necessário, tanto em termos de objetivos, quanto das estratégias a serem utilizadas.

O PTS define as metas terapêuticas específicas de curto, médio e longo prazo e quais intervenções serão necessárias para o alcance dos objetivos traçados. Após isso, o PTS deverá ser disponibilizado às famílias, em forma de devolutiva para que as mesmas tenham ciência e esclarecimento do tratamento que será ofertado pelo serviço e de seu papel fundamental no processo.

Elaboração do Termo de Responsabilidade: Este termo deverá ser elaborado pela equipe e assinado pelos responsáveis no momento da devolutiva inicial do PTS.

Tempo estimado: A avaliação deve ser concluída em até 90 dias da data de seu início, e o começo dos atendimentos deve ser agendado para até 30 dias a contar da data do término da avaliação e a reavaliação do PTS deverá respeitar o tempo de 6 meses.

- **Planejamento e Início das Intervenções**

Os acompanhamentos e atendimentos ao usuário e familiares devem ser baseados no Projeto Terapêutico Singular e seus objetivos. Os profissionais envolvidos serão definidos conforme as necessidades do usuário e sua família baseados na avaliação interdisciplinar, lembrando que para que se configure um processo de reabilitação intelectual, deve haver a necessidade de atendimento em, pelo menos, duas áreas de habilidades: comunicação, habilidades sociais, auto-organização, autocuidado, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, lazer e trabalho.

Definição da Abordagem Terapêutica: A equipe, em conjunto com o usuário e sua família, define as intervenções a serem realizadas (sessões de terapia ocupacional, psicoterapia, fonoaudiologia, dentre outros).

Intervenções Precoce e Focada em Habilidades: As intervenções são iniciadas, com foco no desenvolvimento das habilidades necessárias para a autonomia e inclusão do usuário. As sessões podem ser individuais ou em grupo, de acordo com a avaliação feita, promovendo o acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil, além de orientar as famílias sobre a continuidade do cuidado no seio familiar.

- **Acompanhamento e Execução do PTS**

Sessões de Terapia: O usuário participa de sessões de terapia individual (de 40 a 60 min) e/ou em grupo (de 40 a 60 min), conforme definido no PTS, para o desenvolvimento das suas capacidades funcionais, motoras, cognitivas e sociais.

Orientação para Cuidadores e Família: Durante o acompanhamento, a equipe multiprofissional orienta familiares e cuidadores sobre o manejo do usuário em casa, fornecendo suporte para promover a inclusão social e autonomia no ambiente doméstico e escolar, sempre após cada sessão e semestralmente como forma de devolutiva da reavaliação.

Reuniões de Equipe: A equipe multiprofissional realiza reuniões periódicas para acompanhar o progresso do usuário, discutir ajustes no PTS e garantir que o tratamento esteja alinhado às necessidades do usuário.

Registro em prontuário único: O registro em prontuário deve ser realizado em todas as etapas da reabilitação, incluindo a avaliação, com informações sobre a evolução do usuário. O prontuário consiste no registro pelos profissionais envolvidos de todos os atendimentos, intervenções e informações pertinentes ao caso. É um documento único e específico para cada usuário, que deve seguir uma ordem cronológica dos registros, assinados e carimbados e o conteúdo exposto deve seguir o código de ética profissional e os preceitos éticos do SUS. No caso de término dos atendimentos, o prontuário físico/eletrônico deve ser mantido disponível por, pelo menos, 20 (vinte) anos amparado pela Lei nº 13.787/2018.

Articulação com os outros pontos de atenção em saúde: (atenção básica, especializada, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado.

Comunicação de alta para a rede RAPCD: apontando para a rede casos de alta do Centro de Reabilitação, outros cuidados em saúde, ou de usuários sem o perfil para atendimento no serviço e que necessitem ser organizada outra Linha de Cuidado.

Todos os procedimentos realizados, desde a triagem, avaliações e atendimentos/ evolução devem ser registrados no GERCOM, Sistema Gerenciador da Secretaria Municipal de Pelotas.

- **Reavaliação Periódica**

Avaliações Regulares: O usuário passa por reavaliações periódicas para verificar a evolução das metas estabelecidas no PTS. As reavaliações servem para ajustar o tratamento, definir novas metas ou, se necessário, encaminhar o usuário para outras modalidades de atendimento.

Revisão do Projeto Terapêutico: Após cada reavaliação, o PTS é revisado e, se necessário, redefinido para continuar avançando nas metas de curto, médio e longo prazo.

- **Encaminhamentos Complementares (se necessário)**

Encaminhamento para Outras Áreas: Caso o usuário precise de apoio em áreas fora do escopo da reabilitação, ele poderá ser encaminhado para serviços complementares, como proteção social, apoio educacional, esportes ou cultura.

Parceria com Escolas e Comunidade: A equipe também orienta a inclusão escolar, social ou profissional do usuário, se necessário, fazendo a articulação com outras instituições.

- **Alta/ Critérios de Alta:**

Alcance dos Objetivos do PTS

Cumprimento das Metas Terapêuticas: O usuário alcançou os objetivos terapêuticos estabelecidos no PTS, apresentando melhorias funcionais, cognitivas e sociais que permitem sua maior autonomia e inclusão social.

Evolução Estabilizada: A equipe multiprofissional avalia que o usuário atingiu um ponto de estabilização nas suas funções, e novos avanços significativos não são mais esperados, mesmo com a continuidade das intervenções. Devendo o usuário ser contra referenciado para sua Unidade Básica de Saúde para continuidade dos cuidados.

Independência Funcional

Autonomia nas Atividades de Vida Diária (AVDs): O usuário desenvolveu a capacidade de realizar as atividades diárias com autonomia suficiente, reduzindo a necessidade de intervenções contínuas.

Adaptação ao Ambiente: O usuário ou sua família/cuidadores foram capazes de realizar as adaptações necessárias no ambiente domiciliar e escolar/profissional, facilitando a sua integração e promovendo independência funcional.

Condições Clínicas Estabilizadas

Condição Clínica Controlada: O quadro clínico do usuário está estabilizado, sem a necessidade de intervenções frequentes ou acompanhamento especializado contínuo.

Ausência de Regressões Significativas: Não há regressão significativa nas habilidades adquiridas, e o usuário mantém as conquistas obtidas ao longo do tratamento, sem necessitar de suporte adicional.

- **Orientação Pós-Alta:** Ao receber alta, o usuário e sua família recebem orientações para garantir a continuidade do cuidado em casa e na comunidade, incluindo a inserção em atividades que promovam sua independência e inclusão.
- **Encaminhamento Pós-Alta:** Se for necessário um acompanhamento contínuo em outro serviço ou nível de atenção, o usuário será encaminhado adequadamente, com um relatório detalhado sobre o processo de reabilitação realizado.

MONITORAMENTO PÓS-ALTA

Acompanhamento após Alta: Em alguns casos, pode haver a necessidade de acompanhamento contínuo pós-alta, para garantir que o usuário mantenha os ganhos obtidos durante a reabilitação. Isso pode ser feito por meio de visitas periódicas ou contato com os profissionais da rede de atenção básica.

MONITORAMENTO E REAVALIAÇÃO

O monitoramento e a reavaliação são etapas fundamentais no processo de reabilitação, garantindo que o tratamento permaneça eficaz e adequado às necessidades em evolução do usuário. Abaixo está a estrutura para o monitoramento e reavaliação no serviço de reabilitação:

- **Monitoramento Contínuo**

Registro e Análise das Sessões: Durante cada sessão terapêutica, os profissionais devem registrar os avanços, dificuldades e respostas do usuário ao tratamento no prontuário. Esse registro contínuo permite que a equipe acompanhe a evolução em tempo real e faça ajustes rápidos, se necessário.

Feedback Regular: O usuário e sua família devem receber feedback contínuo dos profissionais sobre o progresso alcançado, orientações sobre práticas a serem implementadas em casa, e ajustes no cuidado diário, se necessário.

Reuniões mensais de Equipe: A equipe multiprofissional deve se reunir regularmente para discutir o progresso de cada usuário. Essas reuniões permitem que todos os profissionais envolvidos alinhem as estratégias e ajustes necessários ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), garantindo uma abordagem integrada.

- **Reavaliação Periódica**

Intervalos de Reavaliação: A reavaliação deve ser realizada em intervalos regulares, dependendo da condição e das necessidades do usuário, geralmente a cada 6 meses, ou conforme definido no PTS. Usuários com evolução mais rápida ou com necessidades específicas podem passar por reavaliações mais frequentes.

Reavaliação Multiprofissional: A reavaliação deve ser conduzida por toda a equipe multiprofissional/interdisciplinar (médico, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, etc.) para obter uma visão completa da evolução do usuário em todas as áreas (física, cognitiva, comunicação e social).

Atualização do PTS: Com base na reavaliação, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) deve ser atualizado. Novas metas podem ser estabelecidas ou ajustadas de acordo com os avanços do usuário, e o projeto de intervenções terapêuticas pode ser modificado para continuar promovendo o progresso.

Documentação e Comunicação: Todos os resultados da reavaliação, bem como as atualizações no PTS, devem ser documentados no prontuário do usuário. As famílias e cuidadores devem ser informados sobre as mudanças no projeto terapêutico e receber orientações claras para garantir a continuidade do cuidado em casa.

- **Ajustes no Projeto Terapêutico**

Redefinição de Metas: Se o usuário atingir as metas estabelecidas ou se surgirem novos desafios, as metas do PTS devem ser redefinidas. Assim, quando as metas estabelecidas forem atingidas ou quando a equipe identificar que novos desafios requerem abordagens além do escopo da reabilitação ofertada, as metas do PTS devem ser revisadas de forma criteriosa, avaliando-se a continuidade, a transição para outros pontos da rede ou a alta responsável. Essa revisão pode incluir ajustes graduais na complexidade das atividades, introdução de estratégias para autonomia da família no cuidado no território e orientação para autogerenciamento, assegurando a rotatividade necessária frente à grande demanda e à lista de espera existente.

Modificações no Tratamento: As intervenções podem ser ajustadas com base na resposta do usuário. Novos profissionais podem ser envolvidos, ou o foco pode ser ajustado conforme as necessidades emergentes, como por exemplo, aumentar o trabalho em habilidades sociais ou reforçar a independência funcional.

- **Crítérios de Continuidade ou Encerramento do Atendimento (ALTA)**

O processo de alta dos atendimentos deve ocorrer de acordo com o desenvolvimento dos atendimentos e a avaliação dos resultados obtidos a partir dos objetivos do PTS do usuário.

O término dos atendimentos no serviço especializado prevê os encaminhamentos/articulações necessárias para a continuidade do cuidado em outros pontos da rede de atenção à saúde ou da rede intersetorial.

Após a alta do usuário, caso identificada a necessidade de retorno para atendimento de RI, o novo ingresso no Serviço deve seguir o fluxo do ingresso via UBS e regulação, ficando vedado o ingresso diretamente.

Avaliação da Eficácia do Tratamento: Durante a reavaliação, a equipe deve analisar se o tratamento está trazendo os resultados esperados. Se for identificado que os objetivos foram alcançados, o usuário pode ser preparado para alta.

Redirecionamento de especialidade: Se for identificado que os objetivos foram alcançados, o usuário pode ser remanejado para outra especialidade que melhor contemple seu PTS.

Determinação da Alta: A alta deve ser discutida pela equipe multiprofissional e ocorrer quando os objetivos terapêuticos forem atingidos, ou quando o usuário demonstrar a estabilização das funções, sem perspectivas de novos avanços significativos. A decisão é baseada na reavaliação e no alinhamento com o usuário, a família e os pontos que irão acolher o mesmo após a alta.

Encaminhamentos após Alta: Se o usuário ainda precisar de suporte ou acompanhamento, ele poderá ser encaminhado para outros serviços, como atenção primária à saúde, serviços educacionais ou sociais.

- **Monitoramento Pós-Alta (quando aplicável)**

Acompanhamento Periódico: Após a alta, em alguns casos, o usuário pode continuar sendo monitorado periodicamente para assegurar a manutenção dos ganhos terapêuticos e prevenir regressões. O acompanhamento pode incluir telemonitoramento semestrais ou anuais.

Suporte à Família e Cuidadores: Mesmo após a alta, as famílias podem continuar recebendo orientações e suporte, especialmente nos primeiros meses, para garantir que a transição do usuário para a vida autônoma ou para novos serviços seja bem-sucedida.

ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO EM GRUPO

Objetivos do Atendimento em Grupo

- **Promover a Interação Social:** Facilitar a socialização entre os participantes, desenvolvendo habilidades de interação e comunicação.
- **Desenvolver Habilidades Funcionais:** Trabalhar em habilidades específicas que promovam a autonomia, como habilidades de vida diária, resolução de problemas e trabalho em equipe.
- **Fortalecer o Apoio Mútuo:** Criar um ambiente onde os participantes possam se apoiar e compartilhar experiências, favorecendo a inclusão social e emocional.

Composição do Grupo

- **Tamanho do Grupo:** Idealmente entre 2 e 4 participantes por profissional de saúde, permitindo um atendimento mais individualizado e dinâmico.

- Perfil dos Participantes: Considerar características semelhantes entre os participantes, como faixa etária, nível de habilidade e diagnóstico, para promover um ambiente confortável e seguro.
- Facilitadores: Um ou mais profissionais (de acordo com o nº de participantes) da equipe multiprofissional (terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo) responsáveis pela condução das atividades.

Duração e Frequência das Sessões

- Duração da Sessão: 40 a 60 minutos, dependendo da atividade e das necessidades do grupo.
- Frequência das Sessões: Semanal ou quinzenal, conforme a disponibilidade e o planejamento terapêutico.

Avaliação do Atendimento em Grupo

- Avaliação Contínua: Monitorar a evolução dos participantes ao longo das sessões, registrando comportamentos, interações e habilidades desenvolvidas.
- Reavaliação Periódica: Conduzir reavaliações a cada seis meses, considerando a evolução individual e grupal, para ajustar o projeto de intervenções.
- Feedback da Equipe: Reuniões regulares da equipe para discutir o andamento das atividades em grupo, ajustar estratégias e compartilhar observações sobre os participantes
- Feedback para os pais: Reuniões regulares com familiares para discutir o andamento das atividades do grupo.

ESTRUTURA PARA ATENDIMENTO EM GRUPO PARA FAMILIARES

Objetivos do Atendimento em Grupo para Familiares

- Proporcionar Apoio Emocional: Criar um espaço seguro onde os familiares possam compartilhar suas experiências, dúvidas e sentimentos em relação ao cuidado do usuário.
- Promover a Troca de Experiências: Facilitar a troca de informações e estratégias entre os familiares para lidar com desafios comuns no cuidado.
- Fornecer Informações e Orientações: Oferecer informações sobre recursos, serviços disponíveis e estratégias de cuidado que podem ser aplicadas no dia a dia.
- Fortalecer a Rede de Apoio: Criar vínculos entre os familiares, promovendo um senso de comunidade e apoio mútuo.

- Capacitar familiares/cuidadores para o cuidado cotidiano: Instrumentar os responsáveis no uso de técnicas, estratégias e rotinas que favoreçam a autonomia, segurança e bem-estar do usuário no ambiente domiciliar.
- Fortalecer vínculos e a corresponsabilização no processo de reabilitação: Garantir o envolvimento da família no processo terapêutico, promovendo corresponsabilização, comunicação efetiva e parceria entre familiares e equipe multiprofissional.

Composição do Grupo

- Tamanho do Grupo: Idealmente entre 6 e 20 participantes, permitindo uma interação rica e dinâmica.
- Perfil dos Participantes: Familiares de pessoas com deficiência intelectual, múltiplas deficiências e TEA, com diferentes graus de experiência e vivência.
- Facilitadores: Profissionais da equipe multiprofissional, como psicólogos, assistentes sociais ou terapeutas ocupacionais, que conduzirão as sessões e oferecerão apoio e informações.

Duração e Frequência das Sessões

- Duração da Sessão: 45 a 90 minutos, permitindo tempo suficiente para discussões e interação.
- Frequência das Sessões: Mensal ou quinzenal, conforme a demanda e a disponibilidade dos familiares.

Avaliação do Atendimento em Grupo

- Avaliação Contínua: Monitorar a participação e o engajamento dos familiares ao longo das sessões, registrando feedbacks e interações.
- Reavaliação Periódica: Realizar uma avaliação a cada seis meses, para discutir o progresso do grupo e ajustar as atividades conforme necessário.
- Feedback da Equipe: Reuniões regulares da equipe facilitadora para discutir o andamento das atividades e compartilhar observações sobre os participantes.

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS DE DESLIGAMENTO

O desligamento de um usuário do serviço de reabilitação deve ocorrer de forma planejada, após a avaliação criteriosa do progresso no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e com base em indicadores que demonstram a conclusão do processo de reabilitação ou a impossibilidade de novos avanços significativos. Abaixo estão os critérios específicos para o desligamento do serviço:

- **Quando atendido os critérios de ALTA anteriormente citados**
- **Encaminhamento para Outros Serviços**

Encaminhamento para Rede de Suporte Social/Educacional: O usuário está apto a ser integrado em outros serviços, como educação inclusiva, proteção social, ou atividades ocupacionais e de lazer, com o suporte necessário.

- **Fatores Externos**

Desistência Voluntária: O usuário ou seus responsáveis optam por interromper o tratamento por decisão própria, após receberem orientação completa sobre as consequências dessa decisão.

Mudança de Localidade: Em caso de mudança de cidade ou localidade que impossibilite a continuidade do atendimento no serviço, o usuário será desligado e encaminhado para serviços de reabilitação na nova região, se aplicável.

- **Critérios Administrativos**

Ausência Injustificada Prolongada: Se o usuário faltar consecutivamente a um número significativo de sessões (3) sem justificativa adequada, e ou 5 sessões alternadas no período de 2 meses, o desligamento pode ser considerado, após tentativas de contato com a família e orientação sobre as consequências, conforme pré estabelecido e assinado no Termo de Responsabilidade e PTS.

Desrespeito às Normas do Serviço: Comportamentos que infrinjam as normas do serviço e prejudiquem o andamento do tratamento, como atitudes desrespeitosas ou não cumprimento do projeto terapêutico, poderão ser motivos para o desligamento, desde que sejam comunicados e orientados previamente.

Incompatibilidade com a especificidade do serviço de reabilitação: Quando o usuário não possui diagnóstico compatível com os específicos atendidos no serviço, este deverá ser contra referenciado para seu território (UBS de referência).

Ao final de cada mês, todos os desligamentos devem ser comunicados a SMS, por meio de e-mail para a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (rapcdsms@gmail.com), com as devidas justificativas.

CONCLUSÃO

Este protocolo estabelece uma estrutura clara e abrangente para os serviços de Reabilitação Intelectual (RI da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (RS), com foco na promoção do desenvolvimento integral de pessoas com deficiência intelectual, múltiplas deficiências e transtorno do espectro do autismo (TEA). Ao definir um fluxo de atendimento que abrange desde o acolhimento inicial até o desligamento, este documento busca garantir que cada usuário receba um cuidado adaptado às suas necessidades específicas, sempre baseado em princípios de inclusão e autonomia.

A ênfase na avaliação multiprofissional e no monitoramento contínuo assegura que as intervenções sejam ajustadas conforme a evolução do usuário, proporcionando uma abordagem personalizada que favorece o progresso e a superação de desafios. Além disso, a implementação deste protocolo contribuirá para que mais pessoas tenham acesso oportuno aos serviços de Reabilitação Intelectual, aumentando a resolutividade e eficiência do sistema de saúde local.

Os critérios para o desligamento foram elaborados para garantir que essa transição ocorra de forma segura e planejada, promovendo a continuidade do cuidado em outros serviços, se necessário. Com isso, espera-se não apenas otimizar o atendimento, mas também fortalecer a rede de apoio disponível para essas populações, contribuindo para uma sociedade mais inclusiva e equitativa.

A busca por melhorias constantes e a articulação com outros setores são fundamentais para assegurar que os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência sejam respeitados e promovidos de maneira efetiva.

ANEXOS

ANEXO A

Modelo Base de Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Dados do usuário

Nome do usuário:

Data de Nascimento:

Sexo:

Endereço:

Telefone:

Responsável:

Informações de Saúde

Diagnóstico Principal:

Outros Diagnósticos:

Histórico Médico:

Medicamentos em Uso:

Equipe Multiprofissional Envolvida

Médico Responsável:

Terapeuta Ocupacional:

Psicólogo:

Fonoaudiólogo:

Outros (Especificar):

Avaliação Inicial

1. Avaliação Funcional:

Habilidades Cognitivas:

Descrever as capacidades cognitivas do usuário (memória, atenção, raciocínio, etc.).

Habilidades Motoras:

Descrever as capacidades motoras (coordenação, força, equilíbrio, etc.).

Habilidades de Comunicação:

Descrever as capacidades de fala e linguagem, e formas de comunicação alternativa, se necessário.

Habilidades Sociais:

Descrever as interações sociais e habilidades de relacionamento do usuário .

2. Necessidades Identificadas:

Listar as principais necessidades do usuário identificadas durante a avaliação e anamnese com o responsável.

Objetivos Terapêuticos (curto, médio e longo prazo)

Objetivos Gerais:

- **Objetivo 1:**
 - Descrição do objetivo.
- **Objetivo 2:**
 - Descrição do objetivo.

Objetivos Específicos:

- **Objetivo Específico 1:**
 - Descrição do objetivo com metas para tal.
- **Objetivo Específico 2:**
 - Descrição do objetivo com metas para tal.

Intervenções Planejadas (EXEMPLOS)

1. Intervenções Terapêuticas:

- **Terapia Ocupacional:**
 - Descrever as atividades e abordagens específicas a serem utilizadas.
- **Psicoterapia:**
 - Descrever as abordagens psicológicas e intervenções a serem implementadas.
- **Fisioterapia:**
 - Descrever as atividades e abordagens específicas a serem utilizadas.

- **Outras Intervenções:**

- Descrever quaisquer outras intervenções planejadas.

2. Frequência e Duração das Sessões:

- **Terapia Ocupacional:** 2 vezes por semana, 40 minutos por sessão.
- **Psicoterapia:** 1 vez por semana, 40 minutos por sessão.
- **Fonoaudiologia:** 1 vez por semana, 40 minutos por sessão.

Monitoramento e Avaliação

1. Reavaliações Programadas:

- **Data da Próxima Reavaliação:**
- **CrITÉrios de Avaliação:**

Descrever como será feita a avaliação do progresso (observações, testes, feedback familiar).

2. Registro de Evolução:

- **Evolução em Cada Área (Cognitiva, Motora, Comunicacional, Social):**
 - Descrever a evolução do usuário em cada área após as intervenções.

Considerações Finais

1. Encaminhamentos Necessários:

- **Outros Serviços:** (se necessário)

2. Orientações à Família:

- Instruções específicas para a família em relação ao suporte ao usuário.

3. Assinaturas da Equipe Multiprofissional e dos familiares:

- Assinaturas dos profissionais envolvidos no PTS e dos familiares.

ANEXO B

Modelo de Termo de Responsabilidade para Tratamento em Serviço de Reabilitação

Eu, [Nome do Responsável], nacionalidade, estado civil, profissão, portador do documento de identidade nº [número do documento], residente e domiciliado à [endereço completo], na qualidade de responsável legal pelo usuário [Nome do usuário], inscrito no CPF nº [número do CPF], declaro que:

1. Informações sobre o usuário :

- Nome do usuário :
- Data de Nascimento:
- Diagnóstico:

2. Compromissos e Responsabilidades:

- Estou ciente de que a participação do usuário nos serviços de reabilitação requer o cumprimento das orientações e recomendações fornecidas pela equipe multiprofissional.
- Comprometo-me a acompanhar e facilitar a participação do usuário nas sessões terapêuticas conforme o cronograma estabelecido no Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Declaro que, em caso de impossibilidade de comparecimento às sessões, informarei com antecedência de até 24h à equipe responsável.
- Declaro estar ciente de que o atendimento nos serviços de reabilitação do SUS possui duração finita, com início, meio e fim estabelecidos a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- Reconheço que a continuidade do tratamento depende do cumprimento das orientações e recomendações estabelecidas pela equipe.

3. Faltas sem Justificativa:

- Reconheço que 3 (três) faltas consecutivas ou não às sessões de terapia sem justificativa adequada podem resultar no desligamento do usuário do serviço de reabilitação.
- 5 (cinco) faltas não consecutivas no período de 2 meses sem justificativa adequada podem resultar no desligamento do usuário.

- Estou ciente de que a equipe se reserva o direito de analisar as circunstâncias das faltas e, se necessário, encaminhar o caso para discussão sobre a continuidade do tratamento.

4. Apoio Familiar:

- Reconheço a importância do apoio familiar e da colaboração durante o processo de reabilitação e me comprometo a seguir as orientações da equipe multiprofissional para a continuidade do tratamento em casa.
- Estou ciente de que é minha responsabilidade promover um ambiente favorável ao desenvolvimento e bem-estar do usuário.

5. Autorização para Tratamento:

- Autorizo a realização das intervenções terapêuticas necessárias ao tratamento do usuário, conforme prescrição e avaliação da equipe multiprofissional.
- Estou ciente de que o tratamento será conduzido por profissionais habilitados e que qualquer dúvida sobre o processo poderá ser esclarecida diretamente com a equipe.

6. Responsabilidade sobre Informações:

- Comprometo-me a fornecer informações verídicas e completas sobre a saúde e condições do usuário, que possam impactar no tratamento.
- Estou ciente de que a omissão ou falsidade nas informações prestadas pode comprometer a eficácia do tratamento.

7. Disposições Finais:

- Este Termo de Responsabilidade é firmado em duas vias de igual teor e forma, ficando uma via em poder do responsável e outra arquivada na instituição de reabilitação.
- O presente documento é válido durante todo o período em que o usuário estiver em tratamento na instituição.

Local e Data:

Assinatura do Responsável:

Nome do Responsável:

Nome do Profissional:

Cargo:

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.
2. BRASIL. Instrutivo de Reabilitação auditiva, Física, Intelectual e Visual. Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas. Referências: Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Versão 3.0 atualizado em agosto de 2020.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da pessoa com transtornos do espectro do autismo (TEA). Brasília: Ministério da Saúde, 2014
4. Organização Mundial da Saúde (OMS). (2011). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2010
6. RIO GRANDE DO SUL. Resolução CIB/RS nº 322/19. Anexo único - Diretrizes da Reabilitação Intelectual do Estado do Rio Grande do Sul - Atenção à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro Autista. Disponível em www.saude.rs.gov.br, acesso em 06/2024.



GOVERNO DE
PELOTAS
SECRETARIA DE
SAÚDE

Elaborado por:

Lilian Rocha Gomes Tavares
Mariana Dumer Borges
Mariana Tourinho Vargas

Revisado por:

RAPCD
Coordenação Centro de Reabilitação CERENEPE,
Coordenação Centro de Reabilitação APAE
NUMESC