



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

RESOLUÇÃO Nº 322/19 - CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, (atual Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017 - anexo VI) e seus Instrutivos (última versão publicada em 02 de junho de 2014);

a Portaria GM/MS nº 835 de 25 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 06 de 28 de setembro de 2017);

a Resolução nº 510/12 – CIB/RS que institui o Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual da Saúde do RS;

o Parecer nº 01/2019 do Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, de 15 de maio de 2019, que aprova as Diretrizes da Reabilitação Intelectual;

a necessidade de qualificação da Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Sul;

a necessidade de nortear e padronizar o processo terapêutico nos serviços de reabilitação do Estado do RS, que possuem habilitação na área de reabilitação intelectual;

a pactuação realizada na reunião da CIB/RS de 19/06/2019.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar o documento com as Diretrizes Estaduais da Reabilitação Intelectual, anexo desta Resolução.

Art. 2º – Esta Resolução entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Porto Alegre, 14 de agosto de 2019.

ARITA BERGMANN
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

**DIRETRIZES DA REABILITAÇÃO INTELECTUAL
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

**Atenção à Pessoa com Deficiência Intelectual e/ou
Transtorno do Espectro Autista**

ANEXO ÚNICO

PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2019

SECRETÁRIA DE SAÚDE

Arita Bergmann

**DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E
AMBULATORIAL**

Lisiane Wasem Fagundes

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial – DAHA

Saúde da Pessoa com Deficiência – SPD

Av. Borges de Medeiros, 1.501 – 4º andar /Ala Sul

CEP 90110-150 Porto Alegre – RS

Telefones: (51) 3288-5935/5976

E-mail: reabilitacaointelectual@saude.rs.gov.br

ELABORAÇÃO:

Coordenação Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência

Coordenadorias Regionais de Saúde

Grupo de Trabalho Diretrizes da Reabilitação Intelectual:

Adriana Trombini Trindade / André Kraemer Betts – CERII Cachoeirinha

Antônio Leonardo Sarmiento / Janaína Tenn Pas – APAE Esteio

Ayesa Donini Castilhos Lorentz / Carla Guimarães da Silva / Cristiane Schuller / Mariana Viana da Silva / Sara Roxo Farias – DAHA / Saúde da Pessoa com Deficiência

Beatriz de Arruda Pereira Galvão – Grupo Condutor Estadual da RCPcD

Cibele Gabineski – DAHA/Alta Complexidade

Fernanda Girardi – Federação das APAES do Rio Grande do Sul (FEAPAES/RS)

Janete Mengue da Silva – SMS de Porto Alegre/Saúde da Pessoa com Deficiência

Luciane Pujol – DAS/Primeira Infância Melhor (PIM)

Márcia Falcão Fabrício – DRE/Central de Regulação Ambulatorial (CRA)

Marília Carlotto Brum Santos – DAS/Saúde da Criança

Priscila Helena M. Soares – DAS/Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB)

ORGANIZAÇÃO:

Coordenação Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência:

Carla Guimarães da Silva

Cristiane Schuller

Mariana Viana da Silva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. PESSOA COM DEFICIÊNCIA	6
3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	7
3.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	10
3.2 REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	11
3.2.1 APOIO MATRICIAL	12
3.2.2 LINHA DE CUIDADO.....	13
4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL	14
5. TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA	16
6. PROCESSO DE REABILITAÇÃO	19
7. SERVIÇO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL	20
7.1 PÚBLICO ALVO.....	20
7.2 ESTIMULAÇÃO PRECOCE (EP)	21
7.3 ACESSO E REGULAÇÃO	23
7.4 EQUIPE TÉCNICA MULTIPROFISSIONAL.....	24
8. ETAPAS DA REABILITAÇÃO INTELECTUAL	26
8.1 ACOLHIMENTO	26
8.2 AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL	26
8.3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)	27
8.4 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO	28
8.4.1 PRONTUÁRIO ÚNICO	30
8.4.2 TECNOLOGIA ASSISTIVA.....	30
8.5 PROCESSO DE ALTA	31
8.6 ACOMPANHAMENTO PÓS ALTA	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	37

1. INTRODUÇÃO

O credenciamento das primeiras Unidades de Reabilitação Intelectual (RI) no Rio Grande do Sul ocorreu a partir de 2005 amparado pela Portaria nº 1635/GM de 12 de setembro de 2002 e desde então a rede do Sistema Único de Saúde para este tipo de atendimento foi se constituindo. Em 2012, com a publicação da Portaria nº 793/MS de 24 de abril (atual Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – Anexo VI) se institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e as novas habilitações de serviços de reabilitação passam a priorizar os Centros Especializados em Reabilitação (CER), que ofertam reabilitação em duas ou mais modalidades (auditiva, física, intelectual e visual), em detrimento dos serviços de modalidade única. Atualmente o RS possui 64 serviços de RI credenciados no Estado, sendo 4 Centros Especializados em Reabilitação (CER) e 60 serviços de modalidade única, operando de forma regionalizada a fim de ampliar a cobertura assistencial. O foco dos serviços em funcionamento deve ser a melhoria da funcionalidade e a inclusão social dos usuários através da linha de cuidados estruturada e com acesso regulado, além da articulação com a rede das demais políticas públicas.

O objetivo desta diretriz é oferecer orientações às equipes multiprofissionais dos Serviços de RI da Rede SUS para o cuidado em saúde à pessoa que necessita de reabilitação intelectual no Estado do Rio Grande do Sul. Os Serviços no Estado vêm sendo executados, em sua maioria, pelas APAES (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), em modalidade única de atendimento. Muitas destas instituições também atuam na área da educação (como escolas) e da assistência social. O credenciamento destes serviços com o SUS faz com que seja necessária a separação das ações de saúde, das ligadas às áreas educacionais e de assistência social, a fim de qualificar o atendimento em saúde e o cumprimento dos objetivos de um serviço de reabilitação, apesar da necessidade de integração na atenção às necessidades da pessoa com deficiência.

Desta forma, levando-se em conta a realidade atual dos Serviços de RI do RS, a diretriz parte de uma revisão teórica e da legislação que norteiam o tema, além de aspectos pensados a partir da contribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde e de um Grupo de Trabalho, instituído pela Coordenação Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência e composto por representantes das áreas técnicas de espaços envolvidos com a temática. A complexidade do assunto faz com que a diretriz seja um guia sugestivo, que não esgota as possibilidades de reflexão, mas busca traçar um caminho ao atendimento prestado nos serviços e traz questões norteadoras relevantes ao processo de reabilitação intelectual. Entendendo também a diversidade da realidade dos serviços credenciados, até mesmo em termos de estrutura para a prestação dos atendimentos de saúde, a diretriz propõe uniformizar informações e orientações, através da

definição de conceitos e fluxos, a fim de nortear o trabalho dos mesmos e das equipes multiprofissionais em atuação.

2. PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Conforme a Lei Brasileira de Inclusão (Lei 13.146/2015-Estatuto da Pessoa com Deficiência) são consideradas pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (NY, 2007), promulgada pelo Estado brasileiro por meio do Decreto nº 6.949 de 2009, reconhece que a deficiência é um conceito em evolução e que a mesma “resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária”, portanto, não se restringe somente a um atributo da pessoa, mas também do ambiente à sua volta.

A partir desta perspectiva, a inclusão pode ser entendida como a capacidade da sociedade de acolher todo e qualquer cidadão, considerando suas singularidades, prevendo o tratamento necessário, com equidade, em todas as áreas de atuação humana, seja na estrutura de formação, de trabalho, de expressão, de convívio e de atenção à saúde. Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. O SUS privilegia esta lógica de cuidado, valorizando a abordagem de acordo com as necessidades e demandas do usuário. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade.

A implementação de políticas públicas para as pessoas com deficiência visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida, relacionada com a acessibilidade. Conforme a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), a acessibilidade é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 23,8% da população do Rio Grande do Sul se declara com algum tipo de deficiência, o que representa no RS uma estimativa de 2.699.378 pessoas e cerca de 1,4% possui deficiência intelectual, sendo

aproximadamente 158.521 pessoas. Porém nem todas necessitam utilizar os serviços de reabilitação que compõem a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Outros dados relevantes constam na Pesquisa Nacional de Saúde 2013 Ciclos de Vida, realizada através de convênio do IBGE com o Ministério da Saúde. A mesma disponibiliza base de dados sobre as características de saúde da população brasileira a ser utilizada pelas instâncias executivas e legislativas, profissionais e pesquisadores, Conselhos de Saúde e demais agentes interessados no setor, pois apresenta amplo conjunto de informações para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas relacionadas à saúde.

A pesquisa traz os seguintes dados: dentre a população brasileira de 200,6 milhões, 6,2% possui alguma forma de deficiência; 0,8% possui deficiência intelectual (destes, 0,5% desde o nascimento e 0,3% adquirida por acidente ou doença); 54,8% da população com deficiência intelectual possui grau intenso ou muito intenso de limitação. Na região Sul, 0,7% da população possui deficiência intelectual. Aplicando-se o percentual da pesquisa aos dados de estimativa populacional do Rio Grande do Sul (IBGE, 2017), aproximadamente 702.019 pessoas possuem algum tipo de deficiência e 79.260 possuem deficiência intelectual no Estado.

Independentemente do diagnóstico, os números indicam uma quantidade significativa de pessoas com deficiência na sociedade gaúcha, o que justifica uma atenção específica e adequada por parte das políticas públicas de saúde a esta população.

3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) são:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS):

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades.

Ministério da Saúde: Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES): Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS): Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde: O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Comissão Intergestores Bipartite (CIB): Foro de negociação e pactuação entre gestores estaduais e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (CONASS): Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS): Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS): São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos.

A atenção às Pessoas com Deficiência no Sistema Único de Saúde tem uma mudança paradigmática das condutas a elas oferecidas, a partir da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (NY, 2007), promulgada pelo Estado brasileiro por meio do Decreto nº 6.949 de 2009, elegendo a acessibilidade como ponto central para a garantia dos direitos individuais. Em dezembro de 2011 foi lançado o Viver sem Limite - Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência e, como parte do referido programa, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS que propõe a integração e articulação de políticas públicas, programas e ações com foco no exercício pleno e equitativo das pessoas com deficiência.

As políticas públicas para a pessoa com deficiência passam a gerar ações relativas a educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde. As ações de atenção à saúde foram estabelecidas pela Portaria nº 793/MS de 24 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – Anexo VI) que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e diretrizes terapêuticas. Dentre suas principais ações estão a identificação precoce das deficiências, o estabelecimento dos Centros Especializados de Reabilitação, o transporte para acesso à saúde e as oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. São oportunas aos serviços de RI as seguintes Diretrizes Terapêuticas: Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral e Diretrizes de Atenção à Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo.

Ainda em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em 2012 o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa

com Transtorno do Espectro Autista (TEA), através da Lei 12.764 de 27 de Dezembro de 2012, segundo a qual a pessoa com TEA é considerada uma pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Cabe destacar também que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança PNAISC, instituída pela Portaria 1.130, de 5 de agosto de 2015, no Eixo Estratégico VI, aborda a "Atenção à Saúde de Crianças com Deficiências ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade" de forma a promover a organização dos fluxos e a garantia de acesso aos serviços, oportunizando o encaminhamento e atendimento da criança com deficiência de forma a priorizar o cuidado integral à Saúde da Criança nos diferentes pontos de atenção da rede de serviços.

A PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Estrutura-se a partir de 7 eixos estratégicos que contemplam diretrizes quanto ao crescimento e desenvolvimento infantil, destacando ações como: as triagens neonatais (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Coraçõzinho e Teste do Olhinho), seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, aleitamento materno, a utilização da Caderneta de Saúde da Criança como ferramenta de acompanhamento integral das crianças, atenção às crianças com doenças crônicas, entre outras.

3.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

Conforme as Diretrizes para a Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS (Portaria nº4279/MS de 30 de dezembro de 2010) a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. As RAS são uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

3.2 REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Conforme a Portaria nº 793/MS de 24 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – Anexo VI) que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, os pontos de Atenção Especializada em Reabilitação, Serviços de Modalidade Única em Reabilitação ou Centro Especializado em Reabilitação (CER), devem estar articulados aos demais pontos da rede de atenção, mediante regulação do acesso, garantindo-se a integralidade da linha de cuidado e o apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência, observadas as seguintes diretrizes:

- I - proporcionar atenção integral e contínua às pessoas com deficiência;
- II - garantir acesso à informação, orientação e acompanhamento às pessoas com deficiência, famílias e acompanhantes;
- III - promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde; e
- IV - adequar os serviços às necessidades das pessoas com deficiência.

Além disso, estes serviços devem seguir as seguintes regras de funcionamento:

- I - constituir-se em serviço de referência regulado, que funcione articulado em base territorial e que forneça atenção especializada às pessoas com deficiência;
- II - estabelecer-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação intelectual;
- III - produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;
- IV - garantir que a indicação de dispositivos assistivos devem ser criteriosamente escolhidos, bem adaptados e adequados ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente;
- V - melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da função atual;
- VI - estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;
- VII - realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;

VIII - articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;

IX - articular-se com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

3.2.1 APOIO MATRICIAL

A importância dos processos de apoio matricial torna-se evidente na lógica do trabalho em rede, sendo fundamental na atuação dos NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família) na Atenção Básica, quando estes estão presentes nos municípios. Porém, os pontos de atenção especializados da rede também devem contemplar, sempre que necessário esse tipo de intervenção. As regras de funcionamento dos Pontos Especializados de Reabilitação que constam na Portaria nº 793/MS de 24 de abril de 2012 (atual Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – Anexo VI) que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS prevêem: a) a realização do Projeto Terapêutico Singular de forma matricial com os demais pontos da rede de atenção e b) a realização de ações de apoio matricial na Atenção Básica no âmbito da região de saúde dos usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde.

Este tipo de abordagem não ocorre de forma sistemática na maioria dos serviços de RI e sua implementação é um importante desafio na atuação dos profissionais destes locais. Conforme Camargo (2003, citado por Campos, 2007): “Em Medicina e na saúde em geral houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos saúde e doença concretos” (p.402).

O apoio matricial sugere modificações entre as relações dos níveis hierárquicos em sistemas de saúde; nesse caso, o especialista integra-se organicamente a várias equipes que necessitam do seu trabalho especializado. Além da retaguarda assistencial, objetiva-se produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre as várias especialidades e profissões. O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar

recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. (Campos, 2007. p.401)

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado, no entanto, essa articulação entre equipe de referência e apoiadores pode desenvolver-se em três planos fundamentais: a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência; b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade; c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência. (Campos, 2007. p.401)

3.2.2 LINHA DE CUIDADO

Linha de cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. A Linha de cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita (FIOCRUZ, 2011).

A Linha de Cuidado incorpora a ideia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações de promoção e de proteção da saúde; prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde da população; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar. Requer, ainda, uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato

acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde. Segundo Cecílio e Merhy (2003), a maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (FIOCRUZ, 2011).

Para mais contribuições para a implementação da linha de cuidado nos municípios indica-se a leitura do seguinte material da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz:

www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_379517240.pdf

O desenho abaixo ilustra os espaços de cuidado, não apenas da saúde, que devem estar implicados no atendimento às necessidades das pessoas com deficiência.



Fonte: Ministério da Saúde (adaptado)

4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014), a Deficiência Intelectual faz parte dos Transtornos do Neurodesenvolvimento, sendo um grupo de condições com início no período do desenvolvimento (infância ou adolescência). A deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) caracteriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência. Os

déficits resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspectos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento acadêmico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade.

O atraso global do desenvolvimento, como o nome implica, é diagnosticado quando um indivíduo não atinge os marcos do desenvolvimento esperados em várias áreas do funcionamento intelectual. Esse diagnóstico é utilizado para indivíduos que estão incapacitados de participar de avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual, incluindo crianças jovens demais para participar de testes padronizados (menos de 5 anos de idade). A deficiência intelectual pode ser consequência de uma lesão adquirida no período do desenvolvimento, decorrente por exemplo, de traumatismo craniano grave, situação na qual um transtorno neurocognitivo também pode ser diagnosticado (DSM-5,2014).

Para o diagnóstico de Deficiência Intelectual, conforme o manual acima, os três critérios a seguir devem ser preenchidos:

A. Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência, confirmados tanto pela avaliação clínica quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.

B. Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação 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.

C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período do desenvolvimento.

Conforme consta no DSM-5 o sistema de classificação da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento - AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) é mais multidimensional que categórico, baseado no construto da incapacidade. Este conceito de Deficiência Intelectual (DI) é compreendido como uma condição caracterizada por limitações nas habilidades adaptativas, sociais e práticas, tanto no funcionamento intelectual, quanto no comportamento adaptativo, manifestando-se antes dos dezoito anos de idade.

Entende-se a deficiência intelectual como uma atividade intelectual abaixo da média de normalidade pré estabelecida e que é associada a aspectos do funcionamento adaptativo, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da

comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, a comunicação, o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e a sociabilidade.

Os três principais critérios diagnósticos da Deficiência Intelectual segundo a classificação da Associação Americana de Deficiência Intelectual e Desenvolvimento - AAIDD (sigla em inglês) são:

- A. Funcionamento intelectual significativamente inferior à média;
- B. Limitações significativas no funcionamento adaptativo em, pelo menos, duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer e segurança;
- C. O início deve ocorrer antes dos 18 anos de idade.

Além disso, é necessário o entendimento de que o nível de deficiência está associado não somente às condições pessoais e individuais, mas também à forma com que a sociedade se organiza e se adapta às mais diversas condições das pessoas com deficiência. Sabe-se que existem fatores de risco que podem levar à deficiência e estes fatores são compostos de quatro categorias: biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais. Os fatores podem ser descritos de acordo com o momento de ocorrência, como: pré-natais (durante a gestação), perinatal (no momento do parto) e pós-natais (após o nascimento).

Segundo o Instrutivo de RI a deficiência intelectual resulta de uma variedade de fatores, como condições sindrômicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, dentre outros. Todo esse conjunto de situações tem como fator resultante comum disfunções cognitivas e de linguagem, resultando em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem.

5. TRANSTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA

A partir de 2012 a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista estabelece que o indivíduo com TEA deve ser considerado uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais.

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014), os critérios diagnósticos de Transtorno do Espectro Autista são os seguintes:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que segue, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos):

1. Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para estabelecer uma conversa normal a compartilhamento reduzido de interesses, emoções ou afeto, a dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais.

2. Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo, de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal.

3. Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesse por pares.

B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por, pelo menos, dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia (os exemplos são apenas ilustrativos, e não exaustivos):

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex., estereotipias motoras simples, alinhar brinquedos ou girar objetos, ecolalia, frases idiossincráticas).

2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldades com transições, padrões rígidos de pensamento, rituais de saudação, necessidade de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente).

3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco (p. ex., forte apego a ou preocupação com objetos incomuns, interesses excessivamente circunscritos ou perseverativos).

4. Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (p. ex., indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes ou movimento).

C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento (mas podem não se tornar plenamente manifestos até que as demandas sociais excedam as capacidades limitadas ou podem ser mascarados por estratégias aprendidas mais tarde na vida).

D. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente.

E. Essas perturbações não são mais bem explicadas por deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou por atraso global do desenvolvimento.

Conforme as Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), o conceito de autismo infantil se modificou desde a sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de transtornos globais (ou invasivos) do desenvolvimento (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os Transtornos do Espectro Autista para se referir a uma parte dos TGD: o autismo, a síndrome de Asperger e o transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação. Para a atenção integral à pessoa com TEA seja efetiva, as ações de saúde devem estar articuladas a outros pontos de atenção da Rede SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), bem como aos serviços de proteção social e de educação.

Assim como nos casos de Deficiência Intelectual, a identificação inicial de sinais de problemas de desenvolvimento que podem estar futuramente associados aos TEA é fundamental. Para fins de diagnóstico, as manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os 3 anos de idade, desta forma, desde a detecção dos sinais até o diagnóstico propriamente dito, são necessários o acompanhamento e a intervenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A atenção básica em saúde, enquanto ordenadora do cuidado, deve proceder ao encaminhamento para avaliação em serviço especializado, conforme as peculiaridades do caso e o desenho da linha de cuidado do município, sempre que houver suspeita ou identificação de atrasos no desenvolvimento, sem a necessidade de um diagnóstico fechado. A equipe da atenção básica pode realizar matriciamento com as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou serviços da atenção especializada: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Serviço de Reabilitação Intelectual, a fim de definir o melhor encaminhamento para cada caso.

As *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) trazem elementos para a identificação inicial, indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta, indicadores comportamentais de TEA, avaliação diagnóstica e classificações, entre outras informações pertinentes a detecção precoce, acompanhamento e intervenção.

*http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

6. PROCESSO DE REABILITAÇÃO

O termo reabilitação no campo da saúde diz respeito aos processos de cuidado que envolve medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e medidas de compensação da função perdida e da manutenção da função atual. O prefixo “re” de Reabilitação/Reabilitar se aplica quando existe o sentido estrito da volta a uma capacidade pré existente, porém, em muitos casos, o processo habilitará o sujeito, no sentido de tornar hábil, não tendo o sentido de “voltar atrás” e “tornar o que era”, neste sentido o prefixo “re” não se aplica. (INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO, 2014)

A Reabilitação, de acordo com o Programa Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, é um processo de duração limitada e com o objetivo definido, destinado a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, cognitivo e /ou social funcional que lhe proporcione autonomia, favorecendo assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional, como ajudas técnicas e outras medidas facilitadoras. O olhar da reabilitação no contexto da funcionalidade amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva mais social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade. Organiza-se a partir de três componentes (INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO, 2014):

- O corpo, compreendido em sua dimensão funcional e estrutural;
- Atividade e Participação, como aquilo que o corpo é capaz de realizar. Representa aspectos da funcionalidade individual e social, englobando todas as áreas vitais, desde as atividades básicas do cotidiano, até interações interpessoais e de trabalho;
- Contexto em que cada um vive para realizar suas atividades, entre os quais estão incluídos os fatores ambientais, que têm um impacto sobre todos os três componentes.

Os conceitos de reabilitação/habilitação na RI utilizam como referência os marcos do desenvolvimento típico, isto é o que seria esperado para cada etapa do desenvolvimento servirá como parâmetro para a construção do Projeto Terapêutico Singular. Outra dimensão importante que merece destaque é que as ações de reabilitação/habilitação devem ser executadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade.

7. SERVIÇO DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL

7.1 PÚBLICO ALVO

A reabilitação intelectual é destinada às pessoas que apresentam Deficiência Intelectual e/ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), com limitações adaptativas em, pelo menos, duas 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 3 anos, 11 meses 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.

O encaminhamento da Atenção Básica aos serviços de RI para avaliação e possível atendimento em serviço especializado não necessita de um diagnóstico fechado, até mesmo por tratar-se de encaminhamento para avaliação por equipe multidisciplinar especializada e pela faixa etária do usuário, muitas vezes bebês e crianças (em desenvolvimento). Além disso, um diagnóstico precipitado pode gerar impacto negativo na família, na relação da família com a criança e com o próprio serviço de RI, com repercussões que não auxiliam no processo de cuidado em saúde.

Nos casos de comorbidade, isto é, em que o usuário possui mais de um diagnóstico ou em que a sintomatologia traga a necessidade ou possibilidade do usuário ser atendido em mais de um ponto de atenção especializada na rede de saúde, como por exemplo os casos de TEA que podem ser atendidos nos serviços de RI e/ou nos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a definição do encaminhamento deverá ser da equipe técnica. Ocorrerá de acordo com a sintomatologia e demais fatores da condição atual do usuário e sua família. Nos casos em que seja identificada a necessidade, pode haver o cuidado compartilhado concomitante com mais de um ponto de atenção da RAS ou encaminhamento de um ponto para o outro, mediante avaliação e diálogo das equipes dos pontos de atenção envolvidos, sempre com foco no melhor atendimento do usuário e sua família. Nestes casos, pode ser efetuado matriciamento na Atenção Básica pelo NASF, ou pelos serviços especializados de RI ou do CAPS.

Os casos de usuários adultos que já realizaram ou realizam RI e não apresentam mais mudanças no quadro sintomatológico, conforme avaliação da equipe multidisciplinar, não são perfil para atendimento no serviço de RI, devendo ser encaminhados, conforme a necessidade e a

possibilidade, para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, da Rede Intersetorial ou da própria Instituição, quando disponibilizado. O tema é melhor abordado nesta diretriz no tópico 8.5 Processo de Alta.

7.2 ESTIMULAÇÃO PRECOCE (EP)

Estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de 0 a 3 anos de idade. A identificação de sinais iniciais de deficiência possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes uma vez que os resultados positivos destas estão relacionados a precocidade com que iniciam. Desta forma, as ações de assistência em saúde materno-infantil da Atenção Básica são fundamentais, pois este cuidado pode possibilitar a identificação de algum tipo de problema no desenvolvimento que necessite de acompanhamento e intervenção.

Conforme as diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças. Além de patologias orgânicas, problemas de constituição psíquica também deve ser o foco do trabalho em EP.

A EP tem como meta aproveitar este período crítico para estimular a criança a ampliar suas competências, tendo como referência os marcos do desenvolvimento típico, e reduzindo desta forma, os efeitos negativos de uma história de risco (PAINEIRA, 2005 em Diretrizes da EP do MS). Deve ser realizada em crianças do nascimento até os 3 anos de idade, devido a maior plasticidade das estruturas anátomo fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida de um bebê para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, o que torna este período um momento sensível e privilegiado para intervenções.

A participação dos pais ou responsáveis no atendimento é muito importante, visto que, em muitas situações, ao terem um filho com deficiência, os pais facilmente perdem seus referenciais de como cuidar e educar uma criança. As intervenções do terapeuta devem favorecer o resgate da autonomia e do saber parental acerca dos cuidados com a criança, tranquilizando-os e incentivando-os no exercício de suas funções cotidianas. Desta forma, o terapeuta, através de seu conhecimento teórico e técnico, pode propor atividades de estimulação motora, cognitiva e

de linguagem, considerando que estas possam fazer parte do dia a dia da família de forma lúdica, prazerosa e com maior frequência.

Recomenda-se que a equipe multiprofissional trabalhe de maneira interdisciplinar, principalmente nos casos de atendimento de estimulação precoce, e, preferencialmente, com um menor número de terapeutas envolvidos diretamente com a criança e a família. Considera-se que a presença de muitos terapeutas pode fragmentar as intervenções, seccionando a criança conforme as áreas de atendimento e dificultando a integralidade do cuidado, podendo causar empecilhos na sua estruturação subjetiva. Os pais também podem sentir-se confusos quando recebem orientações diferentes de cada profissional. Sendo assim, sugere-se que se estabeleça um terapeuta de referência que estará mais próximo da criança e de sua família, sendo que esse receberá o suporte interdisciplinar da equipe para auxiliá-lo a dar conta das demandas que surgirem nos atendimentos.

Deve-se ter em mente que, em muitos casos de deficiência, a criança não atingirá os marcos do desenvolvimento no tempo esperado. Nesses casos, há de se ter cuidado para que esse referencial não se estabeleça como um ideal que coloque a criança em uma posição de permanente déficit a ser corrigido. Por outro lado, é possível observar em que etapa do seu desenvolvimento se encontra e ajudá-la a ir construindo novas aquisições, de acordo com suas possibilidades pessoais.

Desta forma, os Serviços de RI devem priorizar os atendimentos aos pacientes que necessitam de EP, por todas as peculiaridades desta etapa do desenvolvimento e os resultados que podem ser alcançados com a atuação profissional neste momento do ciclo de vida. Indica-se que o serviço possua profissional com formação em Estimulação Precoce, que atue em ambiente com recursos apropriados para este fim e que priorize a participação dos pais ou responsável pelo cuidado da criança nos atendimentos.

Como orientação para os atendimentos em EP recomendamos as leituras:

- Diretrizes de estimulação precoce, crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estimulacao_crianças_0a3anos_neuropsicomotor.pdf

- Jerusalinsky, J. Enquanto o futuro não vem: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma, 2002.

- Farias, R. Diagnóstico e Estimulação precoce: análise de um caso clínico. Escritos da criança, Porto Alegre, n. 5, p. 87-94, 1998.

- Teperman, D. W. Clínica psicanalítica com bebês: uma intervenção a tempo. São Paulo: Casa do Psicólogo/Fapesp, 2005.
- Goretti, A.; Almeida, S. & Legnani, V. (2014). A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico. Estilos da Clínica, 19(3), 414-435.

7.3 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. Para tanto, uma das estratégias utilizadas pelo SUS é a organização de centrais de regulação do acesso por temas ou áreas assistenciais.

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, através da Ficha de Encaminhamento – Serviços de Reabilitação (Anexo I). A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de residência do usuário insere a solicitação no Sistema Estadual de Regulação, com exceção dos serviços que estão em municípios que utilizam sistema de regulação próprio, e a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) de referência procede à regulação do caso, conforme critérios de prioridade, e efetua o agendamento no Serviço de referência da região.

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.

Nos CER, serviços que ofertam mais de uma modalidade de reabilitação (física, visual, auditiva ou intelectual) o ingresso regulado deve se dar em uma modalidade de reabilitação e, se necessário, o usuário pode ser encaminhado pelo próprio serviço para as demais modalidades de atendimento, sem a necessidade de percorrer o fluxo de ingresso. Nestes casos, os serviços irão inserir a solicitação no sistema, na modalidade “agenda local”, e proceder ao agendamento da consulta, após a validação pela Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Na regulação para atendimento em RI é importante ter o maior número de informações sobre o usuário para definir a necessidade de reabilitação e classificar o grau de prioridade do caso. Além das informações pessoais, sugere-se que os itens abaixo estejam contemplados na

Ficha de Encaminhamento – Serviços de Reabilitação e que o serviço de RI que irá acolher o usuário também tenha acesso às informações nela contidas.

- 1 - Indicar o profissional do SUS que fez o encaminhamento;
- 2 - Breve histórico clínico e funcional (situação escolar);
- 3 - Queixas que levaram ao encaminhamento;
- 4 - Indicar as alterações nos testes componentes da Triagem Neonatal (Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Coraçãozinho e Teste do Olhinho), se houver;
- 5 - Indicar os tratamentos que o usuário já recebeu ou recebe para atender as necessidades que motivaram a solicitação;

7.4 EQUIPE TÉCNICA MULTIPROFISSIONAL

A equipe técnica multiprofissional do serviço de Reabilitação Intelectual de modalidade única que compõe a rede deve seguir as orientações da Resolução CIB/RS N° 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 Pediatra)
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional
- Fisioterapeuta

Com relação aos Centros Especializados em Reabilitação (CER), a composição da equipe técnica de Reabilitação Intelectual segue as orientações do Anexo I dos Instrutivos de Reabilitação. Inclui os seguintes profissionais:

.Responsável Técnico de Nível Superior (que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço credenciado no Sistema único de Saúde)

- Médico neurologista ou psiquiatra
- Fonoaudiólogo
- Psicólogo
- Terapeuta Ocupacional

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

- Assistente Social
- Enfermeiro
- Musicoterapeuta
- Nutricionista
- Pedagogo
- Técnico de Enfermagem

Além disso, a composição das equipes dos CER deve seguir a referência para composição de equipe por modalidade de reabilitação para CER II, CER III ou CER IV, conforme Anexo II dos Instrutivos de Reabilitação.

Os profissionais das equipes de saúde dos serviços de RI devem estar cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do Serviço e possuir carga horária de 20, 30 ou 40 horas semanais. É atribuição dos serviços de reabilitação manter a composição das equipes sempre atualizada no CNES.

A equipe multiprofissional dos serviços deve executar suas práticas de forma interdisciplinar. Segundo Meireles (1999), a interdisciplinaridade é considerada uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum. Nesse caso, ocorre uma unificação conceitual dos métodos e estruturas em que as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas. Estabelece-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias, com o objetivo de construir um novo conhecimento.

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. Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais da equipe são fundamentais para a qualificação do cuidado e para a eleição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo de reabilitação.

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 RI a reunião de equipe técnica sobre os casos, com foco na atuação interdisciplinar, com o envolvimento de todos os profissionais, mesmo que não

estejam envolvidos diretamente no atendimento destes. 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.

8. ETAPAS DA REABILITAÇÃO INTELECTUAL

8.1 ACOLHIMENTO

Conforme a Cartilha do Plano Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2012), o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Nesta visão, o acolhimento é uma postura que leva à humanização em todo o processo de trabalho e não aquele que se dá somente no ingresso inicial do usuário no Serviço, isto é, o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde.

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 dois) 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. O acolhimento é um importante momento para o início do estabelecimento da confiança e da vinculação da família e do usuário com o serviço, influenciado pela postura e disponibilidade do técnico que o realiza. É um momento que exige suporte à família pelas expectativas, ansiedade e pelas dificuldades ligadas ao quadro e tratamento da criança.

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

O início do processo de avaliação deve ser agendado para até 30 dias a contar da data do acolhimento.

8.2 AVALIAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

A avaliação deve ser realizada pela equipe multiprofissional, composta por profissionais da área de reabilitação, com a finalidade de estabelecer o impacto e repercussões no

desenvolvimento global do indivíduo e na sua funcionalidade. 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 junto à pessoa com Deficiência Intelectual e com Transtorno do Espectro Autista, bem como suas famílias. (INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO, 2014)

Conforme a classificação Internacional de Funcionalidade, firmada pela Organização Mundial de Saúde, a avaliação, sob o ponto de vista da funcionalidade, abrange as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos de sua condição de saúde e seus fatores contextuais, isto é, ambientais e pessoais. Para que a avaliação tenha tal abrangência, muitas vezes faz-se necessário que a equipe técnica obtenha informações de outros locais da rede intersetorial, como a escola, a assistência social, outros pontos de atenção da rede de saúde, etc.

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.

A avaliação deve ser concluída em até 90 dias da data de seu início e o início dos atendimentos deve ser agendado para até 30 dias a contar da data do término da avaliação.

8.3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um plano de atendimento para cada usuário, construído pela equipe do serviço de reabilitação, com a participação do usuário e sua família, de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e da Rede Intersetorial. Envolve uma série de etapas, tais como: diagnóstico e avaliação funcional da deficiência. De acordo com os Instrutivos de Reabilitação o enfoque do trabalho em saúde com pessoas com deficiência deve estar centrado na produção da autonomia e na participação efetiva dos usuários na construção de projetos de vida pessoais e sociais.

O objetivo de aumentar a cognição é menos concreto do que atenuar outros tipos de deficiência porque os mecanismos cognitivos utilizados pelas pessoas para atingir seus objetivos variam entre os indivíduos e ao longo do tempo. Habilidades cognitivas variam muito, mesmo entre indivíduos com o mesmo diagnóstico. Deste modo, os serviços de reabilitação/habilitação

para pessoas com deficiência intelectual e com Transtornos do Espectro do Autismo, deverão garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade.

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. 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 avaliado e ajustado sempre que se fizer necessário, tanto em termos de objetivos, quanto das estratégias a serem utilizadas. A alta deve ser prevista, observando que o trabalho se dará em prol do desenvolvimento das potencialidades de cada um, dentro de seu território, portanto o usuário e os familiares devem ser preparados para a alta, bem como a rede de saúde, de assistência social, de educação e outras.

Na construção do PTS, indica-se o estabelecimento de um técnico de referência, que será o profissional mais próximo do usuário e sua família, já que os atendimentos de RI poderão envolver o atendimento de vários profissionais. O estabelecimento do técnico de referência tem o objetivo de estreitar vínculos e facilitar a comunicação com os familiares. Além disso, o mesmo responde pelos atendimentos na interlocução com outros Serviços da rede de saúde, intersetorial e nas demandas que forem necessárias.

8.4 ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO

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. Necessidade de atendimento em, pelo menos, duas áreas, não significa a obrigatoriedade de atendimento por mais de um profissional, como nos casos de EP, em que o atendimento pode se dar por terapeuta único.

Os atendimentos podem ocorrer de forma individual, com duração mínima de 45 minutos, ou em grupo, com duração mínima de uma hora. O processo de reabilitação deve, preferencialmente, ocorrer com frequência mínima de dois atendimentos semanais.

De acordo com os Instrutivos de Reabilitação (2014), o Atendimento/acompanhamento em Reabilitação Intelectual e das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo consiste no atendimento multiprofissional para o desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida autônoma, entre as quais se destacam: estimulação precoce, orientações à família; orientações à escola; reabilitação/habilitação, visando, entre outras, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, de interação social, e de aprendizado.

Os Instrutivos de Reabilitação apontam que, embora o quadro clínico e o grau de incapacidade seja variável em cada caso, o cuidado em habilitação/reabilitação para as pessoas com deficiência intelectual e com transtornos do espectro do autismo, deve ofertar:

- *Técnicas que auxiliem usuários a utilizar e criar recursos e estratégias no desenvolvimento mnemônico, diminuindo impactos nas atividades da vida diária que necessitem fazer uso da memória;

- *Técnicas de expressão corporal que estimulem as funções cognitivas, em seus aspectos sensoriais, motores, visuais, de orientação temporal espacial potencializando o conhecimento do próprio corpo, bem como possibilitar situações de relações interpessoais, de reconhecimento e contato tanto com as pessoas que compõem o convívio familiar, quanto com outras pessoas em espaços fora do ambiente doméstico;

- *Situações planejadas, de acordo com as necessidades de cada indivíduo, para propiciar o desenvolvimento de habilidades comunicativas, trabalhando a comunicação a partir de situações que envolvam o ambiente cotidiano do usuário;

- *Atividades de estimulação da fase articulatória da linguagem expressiva, direta e indireta, oral e escrita, trabalhando aspectos de compreensão e expressão, com o intuito de enriquecimento funcional da linguagem;

- *Atividades que façam uso de recursos como leitura, escrita, música, jogos, recursos multimídia, recortes, colagem, com o intuito de estimular os processos de desenvolvimento cognitivo, assim como contribuir com o desenvolvimento da linguagem oral e escrita.

Os principais procedimentos efetuados para atendimento pelos serviços de reabilitação intelectual, conforme o SIGTAB (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) atualmente são os seguintes:

- * Consulta médica na Atenção Especializada – código 0301010072

- * Acompanhamento psicopedagógico de paciente em reabilitação – código 0301070059: destina-se a elaboração de situação de ensino que favoreça a superação da dificuldade apresentada pelo paciente com deficit de aprendizagem

* Acompanhamento de paciente em reabilitação em comunicação alternativa – código 0301070024. Destina-se ao treinamento para utilização de recursos alternativos de comunicação, visando a aquisição de habilidades que favoreçam a reinserção social do paciente.

* Acompanhamento neuropsicológico de paciente em reabilitação – código 0310700040. Destina-se a reeducação das funções cognitivas sensoriais e executivas do paciente.

* Atendimento/ acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor – código 0301070075. Destina-se à avaliação, estimulação e orientação relacionados ao neurodesenvolvimento do paciente.

* Atendimento/ Acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências – código 0301070067. Destina-se a atendimento multiprofissional que consiste na adaptação de recursos ópticos e não ópticos no desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida diária e estimulação precoce para favorecer o desenvolvimento global do paciente com múltiplas deficiências.

8.4.1 PRONTUÁRIO ÚNICO

O Serviço de Reabilitação Intelectual deve manter um prontuário, físico ou digital, atualizado, para cada usuário em atendimento. 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 deve ser mantido disponível por, pelo menos, 20 (vinte) anos e no caso de documento digitalizado mantido por tempo indeterminado.

8.4.2 TECNOLOGIA ASSISTIVA

Conforme as Diretrizes da Estimulação Precoce do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a Tecnologia Assistiva (TA) ainda é um termo novo, usado para identificar uma extensa gama de equipamentos, recursos e serviços utilizados para reduzir os problemas funcionais e promover vida independente e conseqüente melhoria da qualidade de vida e inclusão social da Pessoa com Deficiência. Criar ferramentas tecnológicas eficazes para ajudar as pessoas desta população é uma tarefa desafiadora. Estudos mostram que, embora os indivíduos com alterações cognitivas tenham maior incapacidade funcional do que indivíduos com outros tipos

de deficiências, eles usam o menor número de auxílios tecnológicos. Sugerem que isto é devido, pelo menos em parte, à falta de tecnologia concebida para esta população. Como exemplos de Tecnologia Assistiva podemos citar: Comunicação Alternativa, Softwares, Adaptações para Atividade da Vida Diária, Adaptações para Acesso a Informática, Lupas, etc.

8.5 PROCESSO DE ALTA

O processo de alta dos atendimentos em Reabilitação Intelectual deve ocorrer de acordo com o desenvolvimento dos atendimentos em reabilitação e a avaliação dos resultados obtidos a partir dos objetivos propostos no Projeto Terapêutico Individual do usuário. Os critérios para a alta são estabelecidos através da avaliação da equipe multidisciplinar, sendo completamente vinculados a peculiaridade de cada caso. Desta forma, não é adequado o estabelecimento, a priori, de um período mínimo ou máximo de tempo ou objetivos a serem alcançados em outro contexto se não o da relação terapêutica.

A alta, assim como os objetivos de curto, médio e longo prazo, deve estar prevista no Projeto Terapêutico Individual, elaborado com o usuário, quando possível, e o familiar ou responsável. Desta forma, o entendimento de que o processo de reabilitação prevê um término, deve ser explicitado e compartilhado com os envolvidos desde o início do processo de reabilitação.

O término do processo de reabilitação prevê os encaminhamentos necessários para outros pontos da rede de atenção à saúde ou da rede intersetorial, como assistência, trabalho, educação, cultura e lazer. Como o Projeto Terapêutico Singular já prevê tal articulação durante o processo de reabilitação, a alta deve ocorrer em conjunto com as ações dos demais pontos de atenção.

No caso das APAES habilitadas como serviço SUS da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência a alta do processo de reabilitação, pertencente a área da saúde, não impede a plena participação do usuário nos demais pontos de atenção da instituição: da assistência social (como grupos de convivência e fortalecimento de vínculos e oficinas), da área da educação ou quaisquer outras atividades desenvolvidas (como lazer, eventos culturais, grupos, preparação para o trabalho, etc.)

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 e regulação descrito no item 7.2 desta diretriz, ficando vedado o ingresso diretamente.

Como critérios para a alta, sugerimos que os seguintes itens sejam avaliados pela equipe multidisciplinar, sem prejuízo aos demais considerados relevantes pela mesma:

- * Os objetivos estabelecidos no Projeto Terapêutico Singular foram atingidos?
- * O paciente não está evoluindo sua condição, isto é, os atendimentos não estão gerando alteração em sua condição atual?
- * O tempo de tratamento do usuário no Serviço de reabilitação é elevado e que a equipe multidisciplinar esgotou as possibilidades de novas intervenções?
- * A idade do paciente é elevada e a cronificação da sintomatologia impede a aquisição de benefícios da reabilitação?

No caso de alta por evasão, indica-se a busca ativa do usuário por parte da equipe do serviço, através de contato telefônico, visita domiciliar e, quando necessário, a mesma deve acionar a rede intersetorial (CRAS, CREAS, escola, atenção básica ou instituição a que o mesmo estiver vinculado) a fim de que se identifique a causa da evasão e de que o processo seja retomado. Todas estas ações devem ser registradas no prontuário do usuário.

8.6 ACOMPANHAMENTO PÓS ALTA

Ao final do processo de reabilitação, poderão ser agendados retornos ao serviço de RI em que o usuário estava vinculado, com o profissional de referência, para o acompanhamento do usuário e sua família quanto a evolução após a alta. O objetivo dos atendimentos pós alta é dar suporte ao usuário e sua família na fase de transição e acompanhar os atendimentos na rede de saúde e/ou intersetorial aos quais esteja vinculado. Indica-se atendimentos mensais e após bimensais, ou de acordo com a demanda identificada pelo profissional ou equipe do Serviço de RI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BRASIL. Decreto nº 3.298/99, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.
- BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo assinado em Nova York, 30 de março de 2007.
- BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. - Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência Mental – Plano Viver sem Limites.
- BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Resolução nº 74/2008- CIB/RS. Aprova o roteiro para habilitação das unidades de Deficiência Mental e Autismo.
- BRASIL. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Resolução nº 237/2011- CIB/RS. Aprova cronograma e regras gerais de implantação da Regulação Ambulatorial.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivos de Reabilitação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.** Referente à Portaria GM/MS 793 de 24 de abril de 2012 consolidada Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017 – versão 02 de junho de 2014.
- BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos a pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Anexo VI (Origem Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012 que Instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS e seus Instrutivos -

última versão publicada em 02 de junho de 2014). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Seção 1, p. 192.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. CAPÍTULO IV(Origem Portaria MS/GM nº 835, de 25 de abril de 2012 que define o financiamento para a Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.Seção 1, p. 569.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente da atenção especializada da rede de cuidados à pessoa com deficiência no SUS.

- BRASIL Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37.

-BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.687, de 22 de dezembro de 2017. Estabelece a alteração de valores de procedimento e define estratégia para ampliação do acesso a procedimentos de Reabilitação da Tabela SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2017. Seção 1, p. 858-860.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora MS, 2014.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à pessoa com Síndrome de Down** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 1. reimp. – Brasília: Editora do MS, 2013.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Editora do MS, 2016.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº1635, de 12 de setembro 2002. Inclui procedimentos no sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS para acompanhamento de usuários com Deficiência Mental e Autismo.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora MS, 2010.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora MS, 2010.

- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 23,n. 2,p. 399-407, Feb. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>.

- Fiocruz, Fundação Oswaldo Cruz.**Manual do Gerente: Desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro, 2011.

- Meireles BHS, Erdmann AL. **A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde.** Texto Contexto Enfermagem 1999 jan/abr; 8(1):149-65.

- Pesquisa nacional de saúde: 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 92 p.

- Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012.

- Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: março 2019.

II - Referências de Atendimento à Pessoa com Deficiência Intelectual no Rio Grande do Sul

	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE HABILITADO	MUNICÍPIO	REGIÃO DE SAÚDE	CRS	MACRORREGIÃO DE SAÚDE
1.	APAE SÃO SEPÉ	SÃO SEPÉ	1 VERDES CAMPOS	4ª	CENTRO OESTE
2.	CERII – APAE SANTA MARIA	SANTA MARIA	1 VERDES CAMPOS	4ª	
3.	APAE SANTANA DO LIVRAMENTO	SANTANA DO LIVRAMENTO	3 FRONTEIRA OESTE	10ª	
4.	APAE ESTEIO	ESTEIO	8 VALE DO CAÍ E METROPOLITANA	1ª	METROPOLITANA
5.	APAE SAPUCAIA DO SUL	SAPUCAIA DO SUL	8 VALE DO CAÍ E METROPOLITANA	1ª	
6.	APAE SÃO FRANCISCO DE PAULA	SÃO FRANCISCO DE PAULA	6 VALE DO PARANHANA E COSTA S	1ª	
7.	APAE MONTENEGRO	MONTENEGRO	8 VALE DO CAÍ E METROPOLITANA	1ª	
8.	APAE BARÃO	BARÃO	8 VALE DO CAÍ E METROPOLITANA	1ª	
9.	CERII CACHOEIRINHA	CACHOEIRINHA	10 CAPITAL E VALE DO GRAVATAÍ	2ª	
10.	APAE CAMAQUÃ	CAMAQUÃ	9 CARBONÍFERA COSTA DOCE	2ª	
11.	APAE CHARQUEADAS	CHARQUEADAS	9 CARBONÍFERA COSTA DOCE	2ª	
12.	APAE OSÓRIO	OSÓRIO	5 BONS VENTOS	18ª	
13.	APAE SANTO ANTONIO DA PATRULHA	SANTO ANTONIO DA PATRULHA	5 BONS VENTOS	18ª	
14.	APAE TORRES	TORRES	4 BELAS PRAIAS	18ª	
15.	APAE TRAMANDAÍ	TRAMANDAÍ	4 BELAS PRAIAS	18ª	
16.	APAE TRÊS CACHOEIRAS	TRÊS CACHOEIRAS	4 BELAS PRAIAS	18ª	
17.	APAE SANTA BÁRBARA DO SUL	SANTA BÁRBARA DO SUL	12 PORTAL DAS MISSÕES	9ª	
18.	APAE SANTO ANGELO	SANTO ANGELO	11 SETE POVO DAS MISSÕES	12ª	
19.	APAE SÃO BORJA	SÃO BORJA	11 SETE POVO DAS MISSÕES	12ª	
20.	APAE ALEGRIA	ALEGRIA	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
21.	APAE GIRUÁ	GIRUÁ	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
22.	CERII - FUMSSAR	SANTA ROSA	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
23.	APAE SANTA ROSA	SANTA ROSA	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
24.	APAE INDEPENDÊNCIA	INDEPENDÊNCIA	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
25.	APAE HORIZONTINA	HORIZONTINA	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
26.	APAE BOA VISTA DO BURICÁ	BOA VISTA DO BURICÁ	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
27.	APAE TRÊS DE MAIO	TRÊS DE MAIO	14 FRONTEIRA NOROESTE	14ª	
28.	APAE AJURICABA	AJURICABA	13 REGIÃO DA DIVERSIDADE	17ª	
29.	APAE IJUI	IJUI	13 REGIÃO DA DIVERSIDADE	17ª	
30.	APAE PANAMBI	PANAMBI	13 REGIÃO DA DIVERSIDADE	17ª	

31.	APAE CARAZINHO	CARAZINHO	17 PLANALTO	6ª	NORTE	
32.	APAE CASCA	CASCA	17 PLANALTO	6ª		
33.	APAE MARAU	MARAU	17 PLANALTO	6ª		
34.	APAE SOLEDADE	SOLEDADE	19 BOTUCARAÍ	6ª		
35.	APAE PASSO FUNDO	PASSO FUNDO	17 PLANALTO	6ª		
36.	APAE ERECHIM	ERECHIM	16 ALTO URUGUAI GAÚCHO	11ª		
37.	APAE GETÚLIO VARGAS	GETÚLIO VARGAS	16 ALTO URUGUAI GAÚCHO	11ª		
38.	APAE NONOAI	NONOAI	16 ALTO URUGUAI GAÚCHO	11ª		
39.	APAE PALMEIRA DAS MISSÕES	PALMEIRA DAS MISSÕES	15 CAMINHO DAS ÁGUAS	15ª		
40.	APAE SARANDI	SARANDI	20 ROTA DA PRODUÇÃO	15ª		
41.	APAE ERVAL SECO	ERVAL SECO	15 CAMINHO DAS ÁGUAS	19ª		
42.	APAE TRÊS PASSOS	TRÊS PASSOS	15 CAMINHO DAS ÁGUAS	19ª		
43.	APAE FREDERICO WESTPHALEN	FREDERICO WESTPHALEN	15 CAMINHO DAS ÁGUAS	19ª		
44.	APAE TENENTE PORTELA	TENENTE PORTELA	15 CAMINHO DAS ÁGUAS	19ª		
45.	APAE ANTONIO PRADO	ANTONIO PRADO	26 UVA VALE	5ª		SERRA
46.	APAE BENTO GONÇALVES	BENTO GONÇALVES	25 VINHEDOS E BASALTO	5ª		
47.	APAE GARIBALDI	GARIBALDI	25 VINHEDOS E BASALTO	5ª		
48.	APAE SÃO MARCOS	SÃO MARCOS	26 UVA VALE	5ª		
49.	APAE GUAPORÉ	GUAPORÉ	25 VINHEDOS E BASALTO	5ª		
50.	APAE VERANÓPOLIS	VERANÓPOLIS	25 VINHEDOS E BASALTO	5ª		
51.	APAE CANGUÇU	CANGUÇU	21 REGIÃO SUL	3ª	SUL	
52.	APAE JAGUARÃO	JAGUARÃO	21 REGIÃO SUL	3ª		
53.	APAE PELOTAS	PELOTAS	21 REGIÃO SUL	3ª		
54.	APAE ARROIO GRANDE	ARROIO GRANDE	21 REGIÃO SUL	3ª		
55.	APAE PIRATINI	PIRATINI	21 REGIÃO SUL	3ª		
56.	APAE SÃO JOSÉ DO NORTE	SÃO JOSÉ DO NORTE	21 REGIÃO SUL	3ª		
57.	APAE BAGÉ	BAGÉ	22 PAMPA	7ª		
58.	APAE CACHOEIRA DO SUL	CACHOEIRA DO SUL	27 JACÚÍ CENTRO	8ª	VALES	
59.	APAE SANTA CRUZ DO SUL	SANTA CRUZ DO SUL	28 VINTE E OITO	13ª		
60.	APAE VENANCIO AIRES	VENANCIO AIRES	28 VINTE E OITO	1		
61.	APAE ESTRELA	ESTRELA	30 VALE DA LUZ	16ª		
62.	APAE LAJEADO	LAJEADO	29 VALES E MONTANHAS	16ª		
63.	APAE ENCANTADO	ENCANTADO	29 VALES E MONTANHAS	16ª		
64.	APAE TEUTÔNIA	TEUTÔNIA	30 VALE DA LUZ	16ª		

Atualizado em Junho de 2019.

III- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na área da Reabilitação Intelectual do Rio Grande do Sul

REDE DE CUIDADOS A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO RS						
Macro	CRS	Auditiva	Física	Intelectual	Visual	
Metropolitana	1ª	HU/Canoas	ACADEF	APAE- São Francisco	Hospital Banco de Olhos	
				APAE- Esteio		
				APAE- Barão		
				APAE-Montenegro		
				APAE- Sapucaia do Sul		
	2ª	-HCPA/POA -GHC/POA	AACD- POA	CER II APAE Cachoeirinha		
			CEREPAL- POA	APAE- Camaquã		
			CER II APAE Cachoeirinha	APAE- Charqueadas		
	18ª	CER III/Osório	CER III/Osório	APAE- Santo Antônio da Patrulha		CER III/Osório
				APAE- Osório		
APAE- Tramandaí						
APAE- Três Cachoeiras						
APAE- Torres						
Misioneira	14ª	-CER II - FUMSSAR Santa Rosa -CER II APAE Três de Maio	CER II- Hospital São José de Giruá	APAE- Alegria	CER II Hospital São José Giruá	
				APAE- Giruá		
				APAE- Santa Rosa		
				APAE- Independência		
				APAE- Horizontina		
				APAE- Boa Vista do Buricá		
				CER II APAE Três de Maio		
				CER II FUMSSAR Sta Rosa		
	9ª	-CER II São Borja - Centro Auditivo Próaudi - Ijuí	UNIR -Ijuí	APAE- Santa Barbará do Sul		
	12ª		CER II São Borja	APAE- Santo Angelo		
CER II H.S.José Giruá			APAE- São Borja			
17ª	UNIR -Ijuí		APAE- Ajuricaba			
		APAE- Ijuí				
Norte	6ª	Próaudi- Passo Fundo	CER II- ACD Passo Fundo	APAE- Carazinho	CER II- ACD Passo Fundo	
				APAE- Casca		
				APAE- Marau		
				APAE- Soledade		
	11ª			APAE- Passo Fundo		
				APAE- Nonoai		
				APAE- Erechim		
				APAE- Getúlio Vargas		

	15 ^a	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela	APAE- Palmeiras das Missões	CER III- H. Santo Antônio Tenente Portela
	19 ^a			APAE- Sarandi	
				APAE- Erval Seco	
				APAE- Três Passos	
				APAE- Frederico Westphalen	
				APAE- Tenente Portela	
Serra	5 ^a	Clélia Manfro-Caxias do Sul	UCS Caxias do Sul	APAE- Antônio Prado	Hospital Banco de Olhos
				APAE- Bento Gonçalves	
				APAE- Garibaldi	
				APAE- São Marcos	
				APAE- Guaporé	
				APAE- Veranópolis	
Centro-Oeste	4 ^a	HUSM- Santa Maria	CER II APAE Santa Maria	CER II APAE Santa Maria	CER II Hospital São José Giruá
	10 ^a			APAE- São Sepé	
				APAE- Santana do Livramento	
Sul	3 ^a	Mathilde Fayad-Bagé	Mathilde Fayad- Bagé	APAE- Cangaçu	Ass. Louis Braille
				APAE- Jaguarão	
				APAE- Pelotas	
				APAE- Arroio Grande	
				APAE- Piratini	
				APAE- São José do Norte	
	7 ^a			APAE- Bagé	
Vales	8 ^a	FUNDEF Lajeado	- UNISC/Santa Cruz do Sul - CER II SMS Encantado	APAE- Cachoeira do Sul	Hospital Banco de Olhos
	13 ^a			APAE- Santa Cruz do Sul	
				APAE- Venâncio Aires	
	16 ^a	- FUNDEF Lajeado		APAE- Estrela	
		- CER II SMS Encantado		APAE- Lajeado	
				APAE- Encantado	
				APAE- Teutônia	

Atualizado em Junho de 2019.