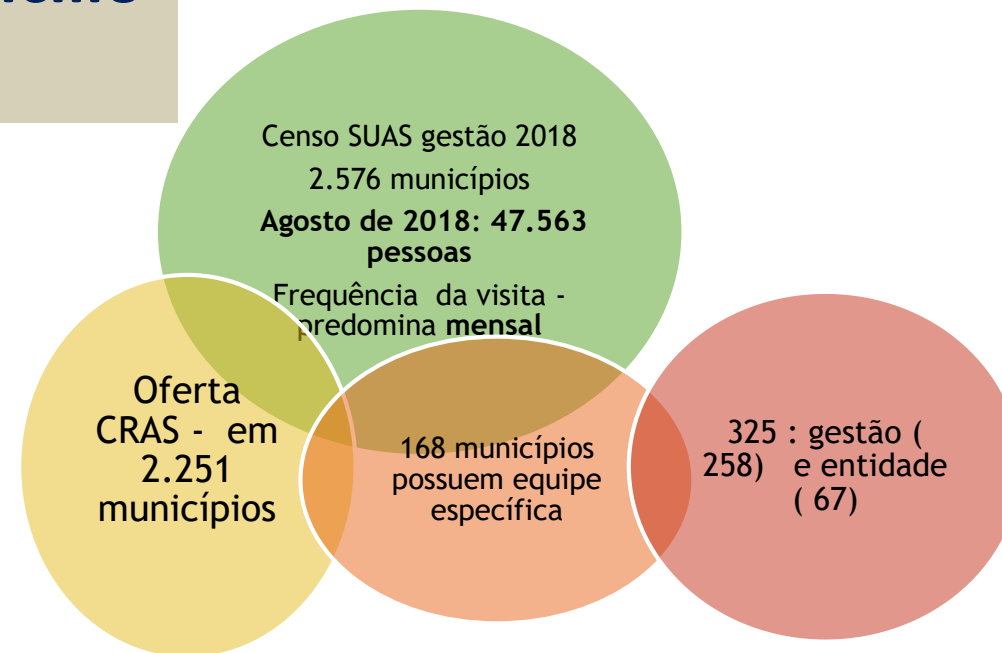


Departamento de Proteção Social Básica - DPSB

Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio Para Pessoas com Deficiência e Idosas

- Serviço sem cofinanciamento federal



Objetivos

- Apoiar as famílias, fortalecer vínculos, prevenir o abrigamento institucional;
- Prevenir situações de risco, exclusão e isolamento, confinamento e identificar situações de dependência;
- **Prevenir agravos de vulnerabilidades sociais associadas ao fenômeno da deficiência e do envelhecimento.**
- Apoiar o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas;
- Sensibilizar grupos comunitários sobre direitos e necessidades de inclusão de pessoas com deficiência e pessoas idosas buscando a desconstrução de mitos e preconceitos;

http://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.pdf

Orientações publicadas em 2017



Por que oferta no domicílio na PSB ?

- ▶ equiparação de oportunidades de acesso ao SUAS;
- ▶ Complementação do Trabalho Social com família do PAIF;
- ▶ Valorização do ambiente do domicílio como espaço de acesso a direitos socioassistenciais e de aproximação com os contextos familiares e territoriais;
- ▶ Favorece o atendimento de singularidades dos usuários e a maior compreensão dos saberes e potenciais intrafamiliares;
- ▶ Destina-se a usuários que, temporariamente ou por longo tempo, apresentem limitações, restrições ou impedimento de acesso à rede socioassistencial no território e/ou que, o suporte às dinâmicas familiares no ambiente do domicílio possam fortalecer os vínculos sociais, melhorar a qualidade do cuidado familiar, ampliar o acesso a direitos e estimular a autonomia e a participação social dos usuários e de seus cuidadores.
- ▶ As limitações de acesso podem estar relacionadas à situação de dependência de cuidados de terceiros, a mobilidade reduzida ao ambiente domiciliar, a fragilização dos vínculos protetivos e de cuidado no ambiente domiciliar e/ou a barreiras atitudinais e sociogeográficas do território de moradia, entre outras;
- ▶ o cuidar do outro, cuidar de si próprio (preocupar-se, tomar conta de si), o autocuidado e o cuidado com o outro, são práticas implicadas entre si e, em alguma medida, **dependentes de requisitos no campo das condições sociais, ambientais e de saúde das famílias e de seus membros.**
- ▶ **Cuidador(a) familiar de pessoa idosa e pessoa com deficiência** - refere-se à pessoa adulta, maior de 18 anos, que acolhe, orienta e dá suporte à realização das atividades de convívio e autocuidado, procurando minorar ou mesmo suprir algum déficit de autonomia, a depender das singularidades e fragilidades da pessoa cuidada, auxiliando no acesso e usufruto de seus direitos.

Público prioritário:

Beneficiários do BPC e PBF / **especialmente usuários com limitações, dificuldades ou impedimentos de acesso a rede socioassistencial no território por redução de mobilidade, dependência de terceiros ou outras barreiras sociais.**

Situações que podem contribuir para a fragilização da capacidade protetiva das famílias e por isso podem servir de orientação para a inclusão dos usuários no Serviço:

- ❖ Famílias com mais de um integrante com deficiência ou com mais de uma pessoa idosa;
- ❖ Famílias cujo cuidador familiar desempenhe sozinho o papel de cuidar;
- ❖ Pessoas com dependência de cuidados de terceiros e/ou com limitações de mobilidade, pela existência de barreiras no domicílio;
- ❖ Pessoas com autonomia restrita ao domicílio e com dificuldades de acesso aos serviços socioassistenciais, no território;
- ❖ Pessoas em iminência de isolamento social ou de risco de sofrer violência intrafamiliar;
- ❖ Pessoas idosas com 80 anos ou mais;
- ❖ Pessoas que moram sozinhas e com suporte familiar e social insuficiente;
- ❖ Pessoas que retornaram ao ambiente familiar após acolhimento institucional ou familiar;
- ❖ Pessoas com necessidades de cuidados para as atividades da vida diária, cujo cuidador principal tenha idade superior a 60 anos, tenha deficiência, conviva com doença grave, ou apresente outras incapacidades para oferecer cuidados continuados;
- ❖ Pessoas que moram em territórios de difícil acesso, em longas distâncias e/ou sem transporte adequado para deslocamento;

Ações do Serviço (domicílio/território/rede)

- ▶ Acolhida inicial no domicílio do usuário e adesão ao serviço;
- ▶ Elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU
- ▶ **Visitas domiciliares periódicas e sistemáticas (semanal, quinzenal ou mensal)**
- ▶ Encontros territoriais periódicos com grupos multifamiliares/cuidadores/ cuidadoras;
- ▶ Ações de mobilização para a cidadania no território
- ▶ Discussão e difusão no território de informações e dados sobre a realidade de pessoas idosas e pessoas com deficiência;
- ▶ Estímulo à participação dos usuários e suas famílias em conselhos de políticas públicas;
- ▶ Reuniões e encontros periódicos com a rede local para a discussão de casos/situações dos usuários do Serviço;
- ▶ Elaboração e pactuação de fluxos com a rede;
- ▶ Encaminhamentos monitorados de usuários à rede socioassistencial e intersetorial
- ▶ outras atividades, conforme realidade local.

Contexto da Visita domiciliar

- ❖ Regular e sistemática na periodicidade **semanal, quinzenal ou mensal**, exceto quando a necessidade exigir.
- ❖ Planejadas e executada por profissional nível superior e/ou de ensino médio (capacitados, e sob orientação técnica dos profissionais de nível superior)
- ❖ As atividades desenvolvidas pelo Serviço no Domicílio não substituem a proteção e os cuidados familiares. É orientadora e complementar !

Exemplos de atividades no domicílio

- ▶ a oferta de momentos de escuta ou de conversa com a pessoa com deficiência ou idosa e com cuidador (a) familiar;
- ▶ a socialização e a comunicação de informação sobre acesso a direitos;
- ▶ a acolhida de dúvidas sobre o SUAS e sobre o acesso à rede;
- ▶ o apoio e a orientação no planejamento e organização da rotina da pessoa com deficiência ou idosa, visando estimular a autonomia, a participação social e o fortalecimento da proteção mútua entre os membros da família
- ▶ o apoio ao cuidador(a) familiar, dedicando momentos para a sua escuta, orientação, reconhecimento de direitos, estímulo à troca de vivências com outros cuidadores(as), de modo que não se perceba sozinho;
- ▶ a orientação aos usuários e cuidadores familiares sobre o acesso à documentação pessoal e à tecnologia assistiva, quando for o caso;
- ▶ o apoio à realização de atividades, como: apoiar e orientar os cuidados com a organização de espaços acessíveis na moradia; apoiar e orientar a organização da higiene do ambiente, o acesso à alimentação e a adoção de hábitos alimentares saudáveis; dar suporte nas atividades de autocuidado, deslocar-se pelo território, entre outras;
- ▶ a identificação de necessidades e o repasse de informação sobre a rede de serviços existentes, com a indicação de endereços e pontos de referência e a realização de encaminhamentos à rede, quando for o caso, entre outras;
- ▶ a organização de momentos lúdicos no domicílio;
- ▶ o estímulo à mobilização de cuidadores-colaboradores, junto à família ampliada/extensa, à vizinhança ou junto ao círculo de amigos da pessoa;
- ▶ o estímulo à participação de cuidadores e familiares nos encontros do território e nas atividades de mobilização para a cidadania, e nos espaços de controle e participação social;
- ▶ o auxílio no monitoramento dos encaminhamentos à rede de proteção social;
- ▶ o apoio e acompanhamento, quando necessário, a usuários, nas atividades externas;
- ▶ a realização de outras atividades voltadas à qualificação das relações de cuidado familiares, ao reconhecimento de direitos dos usuários e dos cuidadores familiares, ao desenvolvimento da autonomia, de acordo com as diversidades e singularidades do contexto familiar e territorial, desde que não extrapole o escopo das ofertas do Serviço;

Planejamento da oferta do Serviço

O planejamento do Serviço requer a sua devida inclusão no Plano de Assistência Social e a sua aprovação pelo Conselho de Assistência Social local (municipal ou distrital)

Gestão da oferta do Serviço nos territórios:

Centros de Referência de Assistência Social - CRAS

Execução da oferta nos territórios:

Diretamente pelos CRAS ou referenciada ao CRAS quando a gestão municipal ou do Distrito Federal decidir pela realização da oferta em parceria com entidade ou organização de Assistência Social, devidamente inscrita no Conselho de Assistência Social

.

Equipe de Referência para o Desenvolvimento do Serviço

Recomenda-se:

- ✓ 1 coordenação para o serviço (nível superior), com experiência em gestão de equipe e serviços;
- ✓ 2 profissionais de nível superior:
 - ✓ um assistente social;
 - ✓ psicólogo ou terapeuta ocupacional;
- ✓ até 20 profissionais de nível médio, conforme realidade do território e demandas locais;
 - ✓ orientador, educador e/ou cuidador social;
 - ✓ Cada visitador deve atender até, no máximo, 20 usuários por meio de visitas domiciliares sistemáticas;
- ✓ Recomenda-se reservar 2 turnos semanais para atividades de planejamento, estudo de caso com técnicos e outras atividades.



Alguns pressupostos de referência para a gestão e a organização do Serviço

- ▶ **Ético-político:** valorizar e promover ações integradas, oferecer as melhores condições para favorecer a autonomia, a acessibilidade, a mobilização e a participação social dos usuários e suas famílias.
- ▶ **Técnico-metodológico:** primar por intervenções e práticas planejadas e embasadas em aportes interdisciplinares e de conhecimento e reconhecimento das pessoas, de suas famílias, do território e das redes de proteção e defesa de direitos existentes.
- ▶ **Qualificação da proteção e do cuidado no contexto familiar e territorial e do autocuidado (usuário e cuidador (a) familiar -** relaciona-se com a ideia de que, para aquelas pessoas que não conseguem realizar, com plena autonomia, as atividades básicas da vida diária ou as atividades de convívio social, o suporte do Serviço embora centrada no usuário não pode deixar de considerar as necessidades do cuidador(a) familiar, vez que a qualidade do cuidado ofertado no contexto familiar e no convívio comunitário são essenciais à qualidade de vida de ambos.
- ▶ **Permanente reflexão das equipes sobre todas as formas de preconceitos e discriminação:** atenção para as questões de gênero, etnia, raça/cor, culturas, religiões, regionalidades, condições sociais e econômicas, orientação sexual, deficiência e velhice.
- ▶ **Em hipótese alguma, o serviço pode utilizado como forma de controle da organização e da dinâmica familiar:** as intervenções profissionais não podem resultar em nenhum tipo de controle, seja do uso de renda auferida por meio do acesso a benefícios previdenciários, socioassistenciais ou de programas de transferência de renda, entre outros.
- ▶ **Consentimento da família (usuário, cuidador familiar):** a oferta do Serviço não pode ser imposta. É recomendável que toda a família esteja ciente da dinâmica e da responsabilidade do Serviço. É de suma importância o consentimento, assim como o agendamento prévio da visita para que todos se sintam confortáveis. A casa é o espaço inviolável do indivíduo, assim, ninguém nela pode penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito, desastre, para prestar socorro ou, durante o dia, por determinação judicial (art. 5º, CF/1988).

















Atribuições da coordenação do Serviço no território de abrangência do CRAS

- ▶ Coordenar o planejamento, a organização e a implantação do Serviço no território de abrangência do CRAS, seja para execução direta ou indireta;
- ▶ Representar o Serviço nos processos de planejamento e monitoramento promovidos pelo CRAS ou órgão gestor de Assistência Social;
- ▶ Articular reuniões com a equipe do Paif para assegurar a complementariedade entre os dois Serviços;
- ▶ Participar da elaboração, da implementação e da avaliação dos fluxos com a rede
- ▶ Participar de reuniões, encontros ou grupos de trabalho para discussões de casos em atendimento comum e análise de informações sobre o território,
- ▶ Acompanhar a dinâmica dos processos de trabalho das equipes, seja de execução direta ou indireta;
- ▶ Prestar suporte à equipe na organização das ações ou estratégias metodológicas do Serviço;
- ▶ Apoiar à equipe na organização do atendimento dos usuários por território de moradia para facilitar e potencializar o deslocamento dos profissionais até o domicílio;
- ▶ Coordenar a organização e o monitoramento dos encaminhamentos de usuários à rede;
- ▶ Definir com a equipe a organização, a periodicidade e o tempo das visitas no domicílio;
- ▶ Participar da organização dos processos de educação permanente da equipe;
- ▶ Articular a integração do serviço aos processos de mobilização social no território sobre temáticas relacionadas ao Serviço;
- ▶ Prestar suporte à equipe na elaboração de instrumentais de trabalho e na organização dos registros de informações produzidas no âmbito do serviço;
- ▶ Realizar reuniões de equipe para avaliação das ações e resultados alcançados;
- ▶ Organizar relatórios de gestão de informações sobre o Serviço;
- ▶ Outras atividades inerentes à coordenação do Serviço, de acordo com a realidade local.

Atribuições dos profissionais de Nível Superior

- ▶ Participar nos processos de planejamento, organização e implantação do Serviço no território;
- ▶ Participar na elaboração, implementação e avaliação dos fluxos com a rede socioassistencial e intersetorial relacionados à atuação do Serviço em rede;
- ▶ Participar de reuniões, encontros ou grupos de trabalho para discussões de casos em atendimento comum, análise de informações sobre o território, alinhamento conceitual entre os serviços existentes no território, entre outras;
- ▶ Promover permanente articulação com a equipe do Paif para estudo de casos ou para assegurar a complementariedade entre os dois serviços;
- ▶ Organizar o atendimento dos usuários por território de moradia para facilitar e potencializar o deslocamento dos profissionais até o domicílio;
- ▶ Planejar, organizar e realizar a acolhida no domicílio, definindo a metodologia e os profissionais envolvidos;
- ▶ Coordenar a elaboração e a avaliação participativa do Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU de cada usuário;
- ▶ Planejar com os profissionais de nível médio a natureza, a organização, a periodicidade e a duração das atividades no domicílio aos usuários;
- ▶ Orientar e apoiar os profissionais de nível médio no desenvolvimento das atividades no domicílio;
- ▶ Planejar, organizar e facilitar as rodas de diálogos com a família no domicílio, definindo a metodologia e a periodicidade mais adequada;
- ▶ Planejar e coordenar os encontros grupais com as famílias e cuidadores familiares no território, definindo a metodologia e a periodicidade mais adequada;
- ▶ Elaborar instrumentais de trabalho e a organização dos registros de informações produzidas no âmbito do atendimento;
- ▶ Definir as estratégias e as ferramentas teórico-metodológicas que possam qualificar a atuação do Serviço no domicílio e no território;
- ▶ Definir e organizar as agendas e as rotinas de trabalho;
- ▶ Organizar e realizar o monitoramento dos encaminhamentos à rede;
- ▶ Participar nas atividades de capacitação e formação permanente da equipe;
- ▶ Realizar reuniões de equipe, estudos de casos e atividades correlatas;
- ▶ Elaborar relatórios das ações realizadas;

Atribuições dos Profissionais de Nível Médio/ Resolução CNAS 9/2014, para a ocupação de cuidador social.

- ▶   Planejar o desenvolvimento das visitas no domicílio, de acordo com as atividades previstas para cada usuário;
- ▶   Prestar orientação aos usuários e a suas famílias sobre o Serviço, sobre o SUAS e sobre a rede de serviços e ações existentes no território;
- ▶   Apoiar a realização de atividades envolvendo o usuário, o cuidador (a) e/ou outros familiares no espaço do domicílio como: orientar os cuidados com a organização de espaços acessíveis na moradia, a organização da higiene do ambiente, a organização de atividades lúdicas que favoreçam as interações no ambiente do domicílio, o acesso a alimentação e a adoção de hábitos alimentares saudáveis e/ ou orientação e suporte a atividades de autocuidados;
- ▶   Estimular a mobilização de cuidadores-colaboradores, junto à família ampliada/extensa, à vizinhança ou junto ao círculo de amigos da pessoa;
- ▶   Orientar aos usuários e cuidadores familiares sobre o acesso à documentação pessoal e à tecnologia assistiva, a partir da identificação de demandas durante o atendimento e do reconhecimento da dimensão da intersectorialidade nessas questões;
- ▶   Apoiar o usuário e o seu cuidador familiar no planejamento e na organização de sua rotina diária favorecendo a autonomia e a proteção mútua entre os membros da família;
- ▶   Apoiar e acompanhar os usuários em atividades externas, por meio de metodologias que favoreçam a autonomia e a participação social;
- ▶   Apoiar a equipe técnica nos processos de encaminhamentos dos usuários e suas famílias para atividades no território;

- ▶ ☞☞ Estimular a participação de cuidadores e familiares nos encontros do território e nas atividades de mobilização para a Cidadania;
- ▶ ☞☞ Utilizar o instrumental para o registro do dia, horário de chegada e de saída do ambiente domiciliar e anotações de ocorrências com impacto na sua atuação;
- ▶ ☞☞ Participar nas reuniões de estudo de caso dos usuários atendidos;
- ▶ ☞☞ Dar suporte à equipe técnica nas rodas de diálogo com as famílias e nos encontros territoriais com famílias e cuidador (a) familiar;
- ▶ ☞☞ Participar nas ações de mobilização para a cidadania no território;
- ▶ ☞☞ Participar nas reuniões de equipe para o planejamento de atividades, avaliação de processos, fluxos de trabalho e resultados;
- ▶ ☞☞ Participar da capacitação introdutória, ou seja, prévia à atuação no domicílio;
- ▶ ☞☞ Participar das atividades de educação permanente da equipe;
- ▶ ☞☞ Apoiar aos demais profissionais no que se refere ao registro e organização de informações sobre o serviço;
- ▶ ☞☞ Outras atividades inerentes ao Serviço, de acordo com a realidade local.

Forma de acesso ao Serviço:

- ▶ A Tipificação define por encaminhamento do CRAS do território de abrangência da oferta;
- ▶ Onde só tiver um CRAS, a abrangência territorial da oferta será o município;
- ▶ O CRAS é uma porta aberta as demandas socioassistenciais no território;

Sendo assim, a identificação de usuários para o acesso ao Serviço no Domicílio pode se dá preferencialmente pelo PAIF, mas, também por busca ativa e/ou por acolhida da própria equipe do Serviço, especialmente quando receber demandas da rede intersetorial e dos órgãos de defesa de direitos.

CAPACITAÇÃO INTRODUTÓRIA PARA OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO (3 MÓDULOS)

MÓDULO BÁSICO:

conteúdos de normativas, resoluções, todos os aspectos legais, política específica para pessoas com deficiência e idosa, aspectos do serviços.

MÓDULO ESPECÍFICO:

aspecto sobre território, redes existentes, barreiras sociogeográficas, diversidades territoriais e familiares, grupos culturalmente diferentes, sobre vulnerabilidade e riscos sociais.

MÓDULO INSTRUMENTAL:

atuação ética no domicílio, planejamento de atividades, estudo caso e orientação técnica da equipe.

ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

- ▶ CENSO SUAS /Gestão municipal
- ▶ Censo SUAS/ CRAS /2018
- ▶ **RMA / para inclusão**