

Secretaria Nacional de Assistência Social - SNAS
Departamento de Proteção Social Básica - DPSB

**Apoio Técnico - Serviço de Proteção Social
Básica no Domicílio para Pessoas com
Deficiência e Idosas**

Dias 25 e 26 de setembro /2019

Quais as Bases do apoio Técnico do Serviço no Domicílio?

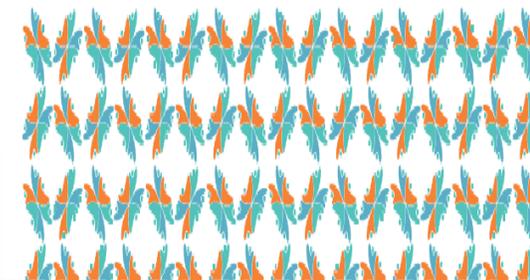
Ministério do Desenvolvimento Social
Secretaria Nacional de Assistência Social
Departamento de Proteção Social Básica

- ▶ Caderno de Orientações Técnicas disponibilizado pela SNAS, em 2017
- ▶ http://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pc_d_1.pdf
- ▶ **Pressuposto básico:** as pessoas idosas e as pessoas com deficiência podem acessar e usufruir do conjunto de serviços, programas e benefícios socioassistenciais, quando deles necessitarem (primeiro capítulo)



Proteção Social Básica
no Domicílio para Pessoas
com Deficiência e Idosas

Brasília-junho/2017



Qual o contexto histórico da oferta no domicílio pela PSB ?

Antes do SUAS: A Portaria nº 2.854/2000, MPAS / SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ao instituir novas modalidades de atendimento à pessoa com deficiência e à pessoa idosa, previa, entre outras modalidades, o Atendimento Domiciliar - Destina-se a apoiar a pessoa idosa e pessoa com deficiência e sua família, nas atividades do seu dia-a-dia, com vistas à promoção, manutenção e/ou recuperação da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança e melhoria da qualidade de vida.

PNAS/2004

- ▶ PSB: Programa de Atenção Integral às Famílias (Atende a família e seus membros), atualmente Serviço.
- ▶ PSE: Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência.
Cuidado no Domicílio.

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009) (Câmara Técnica da cit. 2009)

- ▶ PSB : instituiu o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas
- ▶ PSE : incluiu no Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias, a possibilidade de oferta também no domicílio.

Por que uma oferta no Domicílio focada nas pessoas com deficiência e pessoas idosas?

Deficiências e envelhecimento:

Podem gerar limitações na realização de alguma atividade, em especial quando em interação com as barreiras (arquitetônicas, de comunicação de atitudes e outras) que resultam em restrições nas autonomias e participação social.

Esses grupos populacionais são mais dependentes da proteção e do cuidado de terceiros e demandam especial atenção do estado no sentido da garantia do acesso e proteção a seus direitos, particularmente à convivência familiar e comunitária

A situação de dependência dos cuidados de terceiros é uma vulnerabilidade com impacto na dinâmica das famílias. Quando associada à pobreza ou à extrema pobreza ou a barreiras sociais outras pode resultar em restrição do acesso a direitos, na precarização dos cuidados familiares e/ou em restrições à participação social.

Pessoas dependentes de cuidados de terceiros são particularmente mais vulneráveis à exposição a riscos: isolamento social, fragilização do cuidado, rupturas de vínculos, apartação, exclusão, abandono e agravos à sobrevivência.

Concepções que atravessam o fazer do Serviço: **Vulnerabilidades, dependência, Autonomias - Participação - Acessibilidade - Barreiras**

Por que uma oferta no Domicílio focada nas pessoas com deficiência e pessoas idosas?

Envelhecimento

O crescente aumento do grupo de pessoas com idade de 60 anos ou mais dá-se em um contexto de transformações das famílias: novos papéis e arranjos familiares, aumento dos divórcios e recasamentos, famílias menores, maior participação da mulher no mercado de trabalho, urbanização das cidades, movimentos migratórios, etc.

o envelhecimento é um processo vivenciado de diferentes maneiras e envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos, entre outros.

O IBGE projetou para **2016** 206,1 milhões de habitantes. Com 60 anos ou mais 24,9 milhões (12%) da população e um aumento progressivo da população com 80 anos ou mais.

De 2000 a 2010, o grupo de 60 a 69 anos cresceu 21,6%, o grupo com 80 anos ou mais cresceu 47,8%, sendo que em alguns lugares do Sul cresceu 65% (SDH/PR, 2013, p. 19).

Cerca de um milhão e novecentas e sessenta pessoas idosas recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), em setembro de 2016, aproximadamente 381 mil tinha 80 anos ou mais.

Deficiência: um conceito em evolução que tem se refletido em mudanças:

a) de terminologias - pessoas deficientes, pessoas portadora de deficiência e pessoa com deficiência

b) concepções - as limitações decorrentes da deficiência é um problema da pessoa, da sua condição de saúde ou lesões, sua principal necessidade é tratamento médico (modelo médico, conservativo); a “deficiência não está na pessoa como um problema a ser curado, e sim na interação com a sociedade por meio de barreiras sociais que podem agravar uma determinada limitação funcional e impedir ou restringir a autonomia, a participação social e o acesso a direitos;

b) desenhos de atendimento: acessíveis – inclusivos – participativos, centrado na pessoa mas, focado na família e no território.

Censo, em 2010 apresentava 45,6 milhões de pessoas com deficiência, ou seja, 23,9% da população total declarou possuir algum tipo de deficiência - visual, auditiva, motora, mental ou intelectual, sendo 25,8% milhões de mulheres e 19,8 milhões de homens. Do total de pessoas com deficiência, 38,4 milhões moravam na área urbana e 7,1% na área rural (SDH/PR, 2012).

Em relação à prevalência das respostas entre a população que declarou ter deficiência, o Censo (IBGE, 2010) apresentou o seguinte quadro:

- ▶ pelo menos uma das deficiências citadas a seguir: 23,9% do total;
- ▶ deficiência visual: 18,60%;
- ▶ deficiência motora: 7%;
- ▶ deficiência auditiva: 5,10%;
- ▶ deficiência mental ou intelectual: 1,40%.

Mais de dois milhões de pessoas com deficiência, em setembro de 2016, recebiam o BPC, 11.767 com 80

Cuidado familiar (quem cuida e quem é cuidado tem sua história, seus hábitos, singularidades e direitos;

- ❖ A família não é um bloco monolítico, tem fragilidades, inseguranças, não estar livre de violências, isolamento social, desencontros, rupturas e violações de direito entre seus membros;
- ❖ A garantia de renda impacta nos cuidados familiares desses grupos populacionais, porém a proteção e o cuidado de uma família, ou de uma pessoa, comportam complexidades implicadas nas várias dimensões humanas e na história de vida de cada pessoa ou família;
- ❖ Cuidar do outro e cuidar de si 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**.
- ❖ A relação de cuidado, especialmente voltado às atividades da vida diária, pode ser permeada por cansaço ou esgotamento físico, inseguranças e desconfortos, raiva, impotência, estresse, sofrimento, peso e descontrole emocional, em função da relação de afeto, da rotina e da dedicação, às vezes, permanentes;
- ❖ Aqueles que cuidam não podem ser vistos com o olhar da responsabilização única, da culpabilização ou mesmo de pena, nem tampouco como alguém cuja força e a coragem seriam suficientes para superar ou remover quaisquer obstáculos advindos da relação de cuidado ou mesmo sobrepor-se à sobrecarga e às dificuldades que recaem sobre si;
- ❖ O campo do cuidado familiar foi preponderantemente exercido pelas mulheres (mães, companheiras, filhas, noras, vizinhas, empregadas domésticas), fenômeno que impacta na dinâmica familiar e na qualidade do cuidado.
- ❖ É comum a tarefa de cuidar somar-se a outras atividades cotidianas, em especial, para as famílias mais pobres;

Quais lições os dados podem revelar?

- ❖ Pesquisa realizada pelo MDS com C/A com idade entre zero a 18 anos e beneficiárias (BPC), 73,6% dos que frequentam a escola precisavam de uma pessoa para cuidar nesta atividade, seja para levá-los à escola, quer pra permanecer na escola. **O cuidado é tão central que sua ausência impede o acesso à escola**
- ❖ O Censo (IBGE, 2010) revelou que quanto mais a população envelhece, mais feminina se torna, pois as mulheres representam 55,5% da população idosa e 61% do contingente acima de 80 anos.
- ❖ Para o segmento das pessoas com deficiência, o mesmo Censo (2010) apontou que, para cada 100 mulheres, existiam 76,7 homens.
- ❖ Esses dados podem refletir o conhecido fato de que os homens morrem mais cedo do que as mulheres, o que ocorre com frequência muito mais alta no segmento das pessoas com deficiência (SDH-PR/SNPD, 2012).
- ❖ Isso faz crer que as mulheres - em particular, o grupo com idade acima de 80 anos e aquelas com deficiência - serão mais dependentes de proteção e cuidados.
- ❖ Enxergá-las, considerando suas trajetórias, inclusive do lugar social de mulher, pode contribuir para prevenir violências associadas a questões de gênero.

Quais possíveis riscos e tensões podem estar associados a proteção e o cuidado com o outro?

Às vezes cuidar de alguém pode parecer muito confuso. Tem gente aqui que não poderia cuidar de seu marido, por exemplo: para mim ficaria difícil, ele aprontou muito, não gostaria de cuidar dele, mas agora ele está dependendo de mim (Manual Cuidando de Quem Cuida, 2003, p. 19).

- ❖ A condição de uma mãe com um filho com deficiência que sempre dependeu da sua ajuda diária e que começa a se perceber mais idosa, mais frágil, e precisa de outros para prover os cuidados com o filho;
- ❖ A condição de familiar que necessita afastar-se do trabalho para suprir o cuidado a outros membros da família, a exemplo do pai, cônjuge ou filho;
- ❖ O casal com filhos pequenos, que precisa trazer os pais idosos para morar com a família e, por isso, deve reorganizar a rotina e os papéis de cuidado;
- ❖ O nascimento de um filho (a) com microcefalia, cuja condição de saúde surpreende os pais, que aguardavam um filho sem deficiência;
- ❖ A pessoa que, em um acidente, adquiriu uma deficiência e precisa de maior dedicação familiar para suprir necessidades de autocuidado;
- ❖ Uma pessoa muito independente que em função do envelhecimento passa a depender dos cuidados do outro;

Para que ofertar um serviço no domicílio na PSB?

- ▶ Equiparação de oportunidades de acesso ao SUAS (tem relação direta com a eliminação de barreiras sociais que reduzam ou impeçam as pessoas de realizar uma atividade no campo pessoal, profissional ou relacional, e também com ação ou atitude que possa prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos.
- ❖ Complementação do Trabalho Social com família do PAIF (o Serviço deve saber quem está sendo atendido no domicílio)
- ❖ Valorização do ambiente do domicílio como espaço de acesso a direitos e de aproximação com os contextos familiares e territoriais;
- ❖ Atendimento a singularidades dos usuários e as especificidades de contextos familiares e territoriais;
- ❖ Garantia de atendimento 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;

Quais os pressupostos básicos do atendimento no Domicílio?

- ▶ **☞ Proteção social - processo indissociável do cuidado:** para proteger é importante cuidar, “tomar cuidados”. O cuidado é mais que uma relação pautada na atenção e na acolhida, requer dedicação, presença, corresponsabilidade e zelo com o bem-estar do outro;
- ▶ **☞ 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 no 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 -** o suporte do Serviço embora centrada no usuário não pode deixar de considerar as necessidades do cuidador(a) familiar;
- ▶ **☞ 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 ser utilizado** para controlar a renda auferida pelo usuário por meio do acesso a benefícios previdenciários, socioassistenciais ou de programas de transferência de renda, entre outros.
- ▶ **☞ Adesão voluntária (usuário, cuidador familiar):** a oferta do Serviço não pode ser imposta, requer consentimento e agendamento prévio da visita.

Este Serviço já está sendo ofertado pelos municípios?

Censo SUAS gestão 2018

- ▶ 2.576 municípios declaram ofertar o Serviço;
- ▶ **Agosto de 2018: 47.563 pessoas atendidas;**
- ▶ Frequência da visita - predomina **mensal;**
- ▶ Oferta CRAS - em 2.251 municípios;
- ▶ 325 declaram oferta com equipe vinculada a gestão e entidades
- ▶ 67 municípios declaram oferta em parceria com entidades;
- ▶ 168 municípios declaram equipe específica;

Qual o alcance dos objetivos do Serviço?

1. Prevenir agravos que possam desencadear rompimento de vínculos familiares e sociais;
2. Prevenir confinamento de idosos e/ou pessoas com deficiência;
3. Identificar situações de dependência;
4. Colaborar com redes inclusivas no território;
5. Prevenir o abrigo institucional de pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas com vistas a promover a sua inclusão social;
6. Sensibilizar grupos comunitários sobre direitos e necessidades de inclusão de pessoas com deficiência e pessoas idosas buscando a desconstrução de mitos e preconceitos;
7. Desenvolver estratégias para estimular e potencializar recursos das pessoas com deficiência e pessoas idosas, de suas famílias e da comunidade no processo de habilitação, reabilitação e inclusão social;
8. Oferecer possibilidades de desenvolvimento de habilidades e potencialidades, a defesa de direitos e o estímulo a participação cidadã;
9. Incluir usuários e familiares no sistema de proteção social e serviços públicos, conforme necessidades, inclusive pela indicação de acesso a benefícios e programas de transferência de renda;
10. Contribuir para resgatar e preservar a integridade e a melhoria de qualidade de vida dos usuários;
11. Contribuir para a construção de contextos inclusivos.

Quem são os Usuários do Serviço?

Pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou pela ausência de acesso a possibilidades de inserção, habilitação social e comunitária, em especial:

Beneficiários do BPC e dos programas de transferência de Renda (federal, local)

Observação: prioridade - usuários com limitações, dificuldades ou impedimentos de acesso a rede socioassistencial no território por redução de mobilidade, dependência de terceiros ou outras barreiras sociais que impedem ou dificultam o acesso ao SUAS.

Quais situações podem servir de orientação para a identificação dos usuários com risco de agravos?

- ❖ 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;
- ▶ Pessoas com deficiência e pessoas idosas com demandas específicas associadas às questões de orientação sexual e identidade de gênero (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros);

Como organizar a metodologia do Serviço?

Propõe-se três eixos interrelacionados a partir do olhar sobre a família, território e rede.

Eixo 1 - Proteção e Cuidado Social no Domicílio/ pressupostos básicos

- ❖ A casa é o espaço inviolável, ninguém entrar 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).
- ❖ As ações do Serviço no ambiente do domicílio não substituem cuidados familiares;
- ❖ **O atendimento no domicílio é:**
 - **centrado na pessoa com deficiência e na pessoa idosa** - considera sua escuta, potencialidades, necessidades, direitos e interesses;
 - **focado na dinâmica da família** - considera a oferta de orientação e apoio a quem cuida para que reúna condições e habilidades para cuidar e proteger o outro;
 - **baseadas na dinâmica do território** - considera o olhar integral e intersetorial sobre a pessoa e sua família e sobre os limites ou barreiras sociais do local onde vivem.
- ❖ Reconhece, orienta e apoia os esforços das famílias no desenvolvimento da proteção e do cuidado para favorecer vínculos protetivos, autocuidado, autonomia e participação social dos usuários;
- ❖ reconhece e valoriza a rede de parentesco, vizinhança e solidariedade.
- ❖ Considera a capacidade real do usuário e da família acessar a rede;
- ❖ Valoriza a realização de encaminhamentos mais assertivos e monitorados;

Eixo 2 - Território Protetivo

Pressupostos orientadores

- ❑ Comumente, quando se pergunta a alguém onde mora, a resposta mais rápida diz respeito ao território (bairro, comunidade, região, cidade), o que pressupõe considerar a dinâmica do **domicílio também na perspectiva territorial**;
- ❑ O território onde as famílias ou indivíduos moram, enquanto lugar que ocupam em uma dada cidade ou município, diz muito sobre o cotidiano das pessoas, da condição social e do acontecer da vida;
- ❑ O pertencimento está vinculado ao reconhecimento e ao respeito do território para com as pessoas e das pessoas para com o território;
- ❑ Território é o lugar de mobilização, de respeito à diversidade humana, de luta por acessibilidade, ampliação e afirmação de direitos, enfrentamento a quaisquer formas de discriminação, ameaça e violação de direitos;
- ❑ A aproximação com cada território pode requerer caminhos gerais, mas também caminhos metodológicos singulares;
- ❑ Em larga medida, a proteção às famílias e a seus membros vincula-se à dinâmica do território onde vivem;
- ❑ O território é lugar de encontros, entre pares e pessoas diversas;

Eixo 3 - Trabalho em Rede

Pressupostos básicos

- ▶ A integralidade da proteção social da assistência social pressupõe a integração dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;
- ▶ A proteção integral dos indivíduos e das famílias requer a integração e a articulação da rede SUAS com as demais políticas públicas e órgãos setoriais;
- ▶ A rede é lugar de conversas, reuniões, encontros, combinados, fluxos, flexibilidade, cumplicidade, foco, determinação e avaliação;
- ▶ A rede se baseia na incompletude das ofertas setoriais;
- ▶ Ações intrasetoriais (SUAS) ;
- ▶ Ações Intersetoriais

Quais as principais ações do Serviço a partir dos eixos?

- ▶ Acolhida no Domicílio;
- ▶ Elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU;
- ▶ **Visitas domiciliares periódicas e sistemáticas (semanal, quinzenal ou mensal)**
- ▶ Rodas de diálogos periódicas com a família no domicílio;
- ▶ Encontros territoriais periódicos com grupos multifamiliares/cuidadores/cuidadoras;
- ▶ Ações de mobilização para a cidadania no território;
- ▶ Atendimento complementar das demandas do usuário e família em rede;
- ▶ outras atividades, conforme realidade local.

Acolhida no Domicílio, qual sua importância?

- ▶ Constitui-se no primeiro ou contatos iniciais do(s) profissional (is) do Serviço com o usuário no seu domicílio.

intencionalidade:

- ▶ escuta inicial do usuário e família, privilegiando a fala, os gestos, as impressões, os significados e o simbolismo que atribuem as vivências, as limitações e as conquistas;
- ▶ reconhecimento das necessidades e demandas da(o) usuária(o) e do seu (sua) cuidador(a);
- ▶ linha de base para as avaliações periódicas dos resultados do atendimento;
- ▶ informação sobre o Serviço: objetivos, atividades que podem ser desenvolvidas no território e no domicílio;
- ▶ apresentação da equipe de trabalho, combinação de horários e periodicidade das visitas domiciliares;
- ▶ esclarecimento sobre a natureza não fiscalizatória do serviço;
- ▶ sensibilização para a adesão voluntária do usuário e sua família;
- ▶ criação de um clima de diálogo, confiança, respeito ao espaço privado e de escuta qualificada às singularidades do contexto familiar e territorial;

Observação:

Quando incluir medidas protetivas, aplicadas pelos órgãos de defesa de direitos, Conselho Tutelar, Ministério Público ou poder judiciário, é imprescindível esclarecer, na acolhida no domicílio, o sentido da medida e seus desdobramentos junto aos referidos órgãos de defesa.

Elaboração do Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU, qual sua importância para o usuário e para o Serviço?

- ▶ Corresponde ao planejamento particularizado do atendimento, estrutura o trabalho social do Serviço;
- ▶ Pode conter demandas para superação rápida, a médio ou longo prazo (desejadas/esperadas); apoios que já dispõe (benefícios, participação no SCFV, ESF, escola inclusiva, tecnologia assistiva, apoio da família extensa, vizinhos e amigos, etc.);
- ▶ Garante a definição de objetivos e a previsibilidade de ações/ atividades/medidas;
- ▶ Documento simples, didático e com linguagem objetiva, sem anotações que demandam sigilo ou possam desmotivar a contribuição dos envolvidos;
- ▶ É flexível, comporta ajustes à medida que altera a dinâmica do trabalho, do usuário, família e rede;
- ▶ A metodologia ou a maneira de elaboração do PDU deve ser a mais adequada à participação do usuário, do seu cuidador familiar e dos membros da família envolvidos no atendimento;
- ▶ Elaboração requer consensos sobre os apoios necessários, compromissos das partes, parcerias a serem construídas para a diminuição das vulnerabilidades e a prevenção de agravos;
- ▶ Apontará a periodicidade e a temporalidade do atendimento, meses ou anos;
- ▶ Avaliações participativas trimestrais para ajustar planejamento do serviço, usuário e família;
- ▶ Mais de um usuário no mesmo domicílio, o ideal é um PDU para cada usuário, considerando suas singularidades;

Visitas domiciliares periódicas e sistemáticas, qual a sua centralidade no Serviço?

É a principal ação do Serviço, *define a natureza da oferta no domicílio. Sem atendimento no domicílio /visita domiciliar sistemática e regular não há oferta no domicílio;*

Linhas/conteúdos que podem orientar a organização e a metodologia das visitas domiciliares:

- ❑ acesso à informação e a acolhida de dúvidas sobre as ofertas do SUAS (serviços, programas e benefícios);
- ❑ identificação de necessidades, orientação e promoção de encaminhamento monitorados à rede no território para acesso a direitos;
- ❑ acesso à escuta qualificada (usuário e seu cuidador(a) familiar);
- ❑ promoção de atividades orientadas de estímulo à autonomia, desenvolvimento do convívio e participação social (usuário e seu cuidador(a));
- ❑ desenvolvimento de atividades para ampliação da rede de apoio (familiares e vizinhanças);
- ❑ oferta de atividades lúdicas e de qualificação das relações de cuidado familiar e territorial

Frequência das visitas: semanal, quinzenal ou mensal, garantindo regularidade e previsibilidade;

Duração da cada visita pode ser planejado em horas por dia, por semana ou por turnos.

Periodicidade e o tempo devem ser definidos a partir do perfil do usuário e da família.

Mais de um usuário no mesmo domicílio, os horários podem ser estendidos ou alternados a fim de oportunizar o atendimento de cada um no seu ritmo e singularidade;

Planejar as visitas a partir dos diversos perfis dos usuários;

Visitas podem ser organizadas por proximidade de moradia dos usuários e/ou facilidade de deslocamento dos profissionais.

A visita a pessoas com dependência para as atividades básicas pressupõe a presença de um cuidador(a) familiar;

Exemplos de atividades no domicílio

- ▶ oferta de momentos de escuta ou de conversa com usuário e cuidador (a) familiar;
- ▶ socialização e comunicação de informação sobre acesso a direitos;
- ▶ acolhida de dúvidas sobre o SUAS e sobre o acesso à rede do território;
- ▶ apoio e orientação no planejamento e organização da rotina do usuário, visando estimular a autonomia, a participação social e o fortalecimento da proteção mútua entre os membros da família
- ▶ 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;
- ▶ orientação aos usuários e cuidadores familiares sobre o acesso à documentação pessoal e à tecnologia assistiva, quando for o caso;
- ▶ 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;
- ▶ 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;
- ▶ organização de momentos lúdicos no domicílio;
- ▶ estímulo à mobilização de cuidadores-colaboradores, junto à família ampliada/extensa, à vizinhança ou junto ao círculo de amigos da pessoa;
- ▶ 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;
- ▶ auxílio no monitoramento dos encaminhamentos à rede de proteção social;
- ▶ apoio e acompanhamento, quando necessário, a usuários, nas atividades externas;
- ▶ 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;

Qual a importância das rodas de diálogo periódicas com a família?

São encontros periódicos (trimestrais) planejados voltados a:

- sensibilização e ampliação do universo informacional da família sobre a rede de proteção existente no território;
- escuta e acolhida de dúvidas sobre o atendimento no domicílio e sobre o SUAS;
- esclarecimento e difusão de direitos das pessoas idosas e das pessoas com deficiência;
- apoio a desconstrução de mitos e preconceitos sobre deficiência e envelhecimento;
- identificação de demandas de outros membros da família ou de possíveis riscos de precarização do cuidado familiar;
- identificação de redes de apoio - família extensa e vizinhança;
- apoio a mediação de conversas e diálogo intrafamiliar ou intergeracional;
- identificação de necessidades de reorganização de rotinas ou adaptação do ambiente domiciliar em função da autonomia e independência das pessoas com deficiência e idosas;
- reconhecimento de saberes culturais ou particularidades familiares com impacto na dinâmica de proteção e cuidado;
- apoio ao desenvolvimento de habilidades e iniciativas familiares a partir da compreensão das necessidades e direitos da pessoa idosa e da pessoa com deficiência.
- avaliação do andamento do atendimento e das aquisições alcançadas;
- a observação e orientação em relação à iminência de violência e violação de direitos;

Qual a intencionalidade dos encontros territoriais multifamiliares?

- ❖ Encontros periódicos, regulares, abertos realizados com as famílias/ cuidadoras(es) das(os) usuárias(os) atendidas(os)
- ❖ Troca de informações, aprendizados, experiências, vivências, em relação ao autocuidado e aos cuidados de pessoas idosas e com deficiência;
- ❖ Fortalecimento do convívio grupal e comunitário;
- ❖ Reflexão e compreensão de situações novas, mudanças, perdas;
- ❖ Estimulo a cooperação e o desenvolvimento de novas habilidades de proteção e cuidado;
- ❖ Consciência coletiva e solidária sobre a solução de questões fora do alcance das famílias individualmente, a exemplo da acessibilidade ambiental;
- ❖ Conhecimento e reconhecimento coletivo das redes de apoio existentes;
- ❖ Espaço de diálogo sobre as angústias, medos e dificuldades, entre outras possibilidades;
- ❖ Valorização de histórias de vida e do desenvolvimento do convívio social;
- ❖ Espaço de colaboração multiprofissional por meio de especialistas convidados;
- ▶ estimular a participação das pessoas nos conselhos de controle social das políticas públicas e difundir ações e serviços do SUAS;

Observação: Os encontros podem ter como motivação temas comuns, questões transversais, acontecimentos no território, entre outros. Não se trata de grupos de autoajuda ou grupos terapêuticos.

Pode-se trabalhar com pequenos grupos (até 30 pessoas), grupos médios (até 50 pessoas) ou grandes grupos (até 80 pessoas), quando, por exemplo, usar a metodologia de seminário. A escolha metodológica cabe a equipe.

Qual a proposta da metodologia - Ações de mobilização para a cidadania no território?

Cidadania traduz a condição de cidadão e o direito de identidade e de pertencimento a um país, estado, município ou território.

A perspectiva de mobilização para a cidadania indica que a ação do Serviço está inteiramente integrada

às forças mobilizadoras já existentes no território, ou seja, o Serviço deve atentar-se ao movimento do

território e agregar-se para somar e contribuir.

Pode incluir:

- ❖ articulação com grupos comunitários do território para a sensibilização e a difusão de informação sobre os direitos desses segmentos e de suas famílias;
- ❖ organização e participação em campanhas socioeducativas e comunitárias e de enfrentamento a situações de violência e violação de direitos;
- ❖ Mobilização, sensibilização e difusão de direitos e informações e dados sobre a realidade de pessoas idosas e pessoas com deficiência;
- ❖ mobilização das famílias e das pessoas inseridas no serviço para participarem das campanhas e eventos de mobilização no território ou para contribuírem com relatos de experiências e troca de vivências;
- ❖ Estímulo à participação dos usuários e suas famílias em conselhos de políticas públicas;

Como organizar o atendimento complementar das demandas dos usuários e sua família em rede?

- ❖ Permanente atualização de listas ou mapas das instituições, serviços e ações voltados a temática;
- ❖ Elaboração e pactuação de fluxos intrasetorial e intersetorial com foco na pessoas idosas e pessoas com deficiência (ajustar e aproveitar fluxos do CRAS);
- ❖ Participação em reuniões, encontros ou grupos de trabalho para a discussão de situações em atendimento comum;
- ❖ Difusão de informações, indicadores sobre o território que tratam do tema;
- ❖ Organização de informações básicas sobre o Serviço que possa contribuir com o atendimento em rede;
- ❖ Permanente alinhamento conceitual entre os serviços e ações existentes no território;
- ❖ Participação em eventos de formação, capacitação em rede sobre a temática;
- ❖ Realização de encaminhamentos monitorados;
- ❖ Participação nos encontros das redes intra e Intersetoriais;
- ❖

Gestão da oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas

Cabe ao órgão gestor da política de Assistência Social coordenar o processo de implantação, implementação ou reordenamento, quando for o caso, da oferta do Serviço.

Quais os principais passos para implementar a oferta do Serviço?

1 . Elaboração de diagnóstico simplificado dos territórios: conhecimento das características dos territórios de abrangência do Serviço (disperso, rural, urbano, povos tradicionais, tipo de acesso público, conhecimento básico do perfil geral dos usuários e famílias, quantidade, vulnerabilidades mais singulares, etc)

Recomendação:

- ❖ CadÚnico (pode fornecer número total de pessoas idosas que moram sozinhas, de pessoas com deficiência que com limitações para realizar as atividades habituais e demandam algum cuidado de terceiro; pessoas idosas e com deficiência no BPC;
- ❖ Programa Bolsa Família (famílias com pessoas com deficiência e pessoas idosas, em situação de extrema pobreza)
- ❖ RMA dos CREAS (número de pessoas com deficiência e pessoas idosas atendidas em função de situação de violência e violação de direitos
- ❖ Registros de denúncias sobre ameaça e violação de direitos humanos, recebidas no Disque 100 e encaminhadas ao município;
- ❖ Conselhos Tutelares (número de crianças e adolescentes com deficiência atendidos)
- ❖ Ministério público e justiça (número de casos encaminhados para CRAS e CREAS)
- ❖ Prontuário SUAS - pode indicar lista das famílias com pessoas idosas e pessoa com deficiência atendidas ou acompanhadas e/ou que demandam o recebimento de benefícios eventuais frequentemente;
- ❖ Rede de proteção existente;

2. Planejamento da oferta nos territórios

Passos importantes:

- ❑ inclusão no Plano de Assistência Social;
- ❑ estudo de custo financeiro para inclusão no orçamento público tendo em vista oferta continuada;
- ❑ definição de prioridades (território, situações) se for o caso;
- ❑ definição de oferta direta ou indireta referenciada ao CRAS (se for o caso);
- ❑ oferta indireta(em parceria com entidades) definir parâmetros, custo, fluxos com o CRAS, forma de monitoramento;
- ❑ preparação do CRAS para a gestão e a organização da oferta no território (direta ou referenciada);
- ❑ definição da capacidade de atendimento no domicílio (direta ou indireta)
- ❑ definição da composição da equipe em acordo com a capacidade de atendimento prevista;
- ❑ definição da infraestrutura necessária para o deslocamento dos visitantes;
- ❑ implementação da capacitação prévia dos visitantes;
- ❑ definição da metodologia de trabalho (previsão da frequência das visitas, formulário orientador do PDU, etc);

3. Definição das formas de acesso

Tipificação define por encaminhamento do CRAS. Sendo assim, a identificação de usuários para o acesso ao Serviço no Domicílio pode se dá preferencialmente pelo PAIF e, também:

- a) por busca ativa,
- b) acolhida de procura espontânea pelas famílias,
- c) Demandas da rede socioassistencial (PSB/PSE);
- d) Demandas da rede intersetorial e dos órgãos de defesa de direitos;

A rede, no geral, encaminha para o CRAS de referência, a equipe do Serviço acolhe e avalia a demanda e decide pela inclusão no Serviço (execução direta ou indireta)

A inclusão de usuários no Serviço deve considerar a necessidade de atendimento no domicílio por meio de visita periódica, **por no mínimo uma vez ao mês**, salvo avaliação dos territórios dispersos, área com acesso por meio de transporte específico ou comunidades de grupos culturalmente diferenciados, em respeito às singularidades culturais.

Qual a 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.

Quais as atribuições básicas da coordenação do Serviço no território de abrangência do CRAS?

- ▶ Coordenar o planejamento, a organização e a implantação do Serviço no território, execução direta ou indireta;
- ▶ 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;
- ▶ 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 assegurar a complementariedade entre os dois serviços;
- ▶ Organizar o atendimento dos usuários por território de moradia para facilitar 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;
- ▶ 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 no território, definindo a metodologia e a periodicidade mais adequada;
- ▶ Elaborar instrumentais de trabalho e organizar os registros de informações produzidas no âmbito do atendimento;
- ▶ 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;

Atribuições dos Profissionais de Nível Médio/ em acordo com a Resolução CNAS 9/2014.

- ▶ 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.

Capacitação da equipe, quais recomendações?

Os processos de capacitação podem abordar temáticas gerais, transversais e relacionadas às demandas específicas dos usuários, das famílias e dos territórios.

É importante oferecer capacitação mais geral de natureza técnica, gerencial e operacional, dirigida ao conjunto dos(as) profissionais envolvidas no atendimento sobre o SUAS e sobre a rede;

É igualmente importante abordar e refletir sobre as funções que cada profissional desempenha no Serviço, a partir do Caderno orientações técnicas;

A gestão pode:

- ❖ disponibilizar materiais institucionais, textos, legislações, regulações, livros e outros que contribuam para discussões organizadas pela própria equipe;
- ❖ assegurar aos profissionais iniciantes no Serviço o acompanhamento por profissionais mais experientes, para que esses gradativamente se apropriem da dinâmica do trabalho e ampliem seus conhecimentos sobre a realidade local e as demandas específicas dos usuários;
- ❖ organizar momentos de integração em equipe para troca de informações e de experiências, estudos de caso e grupos de estudos;
- ❖ estimular e assegurar a participação da equipe em cursos, seminários, palestras e outros eventos ofertados pela rede socioassistencial ou intersetorial;

Quais as recomendações para a capacitação prévia às visitas domiciliares?

CAPACITAÇÃO INTRODUTÓRIA PARA OS PROFISSIONAIS DE NÍVEL MÉDIO (visitadores)

MÓDULO BÁSICO:

conteúdo geral sobre normativas, aspectos legais, políticas específicas para pessoas com deficiência e pessoas idosas, noções sobre o SUAS, aspectos gerais do Serviço, entre outros.

MÓDULO ESPECÍFICO:

aspectos gerais sobre o território, redes existentes, barreiras sociogeográficas com implicações na vida das pessoas idosas ou das pessoas com deficiência, diversidades territoriais e familiares, grupos culturalmente diferenciados, vulnerabilidades que podem estar implicadas à vida dos usuários, entre outros.

MÓDULO INSTRUMENTAL:

atuação ética no domicílio, planejamento de atividades, atividades que podem ser desenvolvidas no domicílio, comunicação acessível, atitudes frente a situações de notificação compulsória de indícios de violência, instrumentais de trabalho, rotinas, sistemática de orientação técnica da equipe, logística do atendimento, organização e gestão do tempo para as atividades internas, entre outros.

Condições de trabalho para a equipe do Serviço?

- ▶ A oferta do Serviço pelo CRAS requer a garantia de condições de trabalho à equipe, sem prejuízo a oferta do PAIF.
- ▶ A equipe deve contar com uma sala de referência, mesa de reunião, cadeiras e armários.
- ▶ Essa infraestrutura é necessária para a guarda de material de trabalho, para a definição de agendas e atividades diárias e semanais; discussões de casos; planejamento; definição de atividades com os parceiros envolvidos, entre outras rotinas do Serviço.
- ▶ Quando a oferta do Serviço for compartilhada com uma entidade ou organização de Assistência Social, as condições de trabalho devem ser igualmente garantidas.

Quais as principais recomendações para o monitoramento do serviço?

“Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende, não há sucesso no que não se gerencia”. William Edwards Deming

Acompanhar, monitorar e avaliar são atribuições comuns à União, estados, Distrito Federal e municípios.

Essas atribuições pressupõem o registro, produção e a organização de informações, pois monitorar e avaliar exigem a interpretação de informações confiáveis.

Pode ser monitorado, por exemplo:

- ❖ territórios com cobertura do Serviço (rural e urbano, áreas específicas)
- ❖ ofertas diretas pelos CRAS e por entidades de Assistência Social;
- ❖ quantidade de usuários atendidos por ciclo de vida, gênero, deficiência;
- ❖ regularidade e periodicidade do atendimento no domicílio;
- ❖ atividades desenvolvidas no domicílio e no território;
- ❖ permanência dos usuários no convívio familiar;
- ❖ acesso serviços socioassistenciais e às demais políticas públicas
- ❖ acesso a transferência de renda (BPC, PBF, outros);
- ❖ capacidade de atendimento da equipe;
- ❖ níveis de satisfação do usuário e família sobre o serviço:
- ❖ Capacitação da equipe;

O que a Tipificação aponta como impactos sociais esperados pelo Serviço?

- ❖ Prevenção da ocorrência de situações de risco social, tais como o isolamento, situações de violência e violações de direitos e demais riscos identificados pelo trabalho de caráter preventivo junto aos usuários;
- ❖ Redução e prevenção de situações de isolamento social e de abrigamento institucional;
- ❖ Famílias protegidas e orientadas;
- ❖ Pessoas com deficiência e pessoas idosas inseridas em serviços e oportunidades;
- ❖ Aumento de acessos a serviços socioassistenciais e setoriais;
- ❖ Ampliação do acesso aos direitos socioassistenciais.

ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

- ▶ CENSO SUAS /Gestão municipal
- ▶ Censo SUAS/ CRAS /2018/2019
- ▶ **RMA / para inclusão**