

PREFEITO DA CIDADE DE SÃO PAULO

Ricardo Luis Reis Nunes

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

Luiz Carlos Zamarco

**SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E
VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Sandra Sabino Fonseca

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Giselle Cacherik

DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS

Karina Mauro Dib

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Nathália Monteiro de Oliveira

Luciana Diniz Freitas

Camila Sanches Citro Vertuan

Ana Paula D'Imbério

SÃO PAULO, 2023

VERSÃO ATUALIZADA EM 2023

ELABORAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO

Ana Paula D'Imbério	Nathália Monteiro de Oliveira
Camila Sanches Citro Vertuan	Nathaly Alves da Silva
Daniela Gama Alves dos Santos	Renata Balieiro Takebayashi Tamoni
Elisabete de Araújo da Silva	Rômulo Diego Novais Vianna de Souza
Ligia Brunetto Borgianni	Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida
Luciana Diniz Freitas	

COLABORADORES:

Helena Della Torre Gallinari	APD Cidade Ademar
Kalil Garcia do Nascimento	APD Casa Verde
Louise Jimenez Berndt	APD Freguesia do Ó
Mariane Moyses de Queiroz	APD Perus
Marília Simões do Nascimento	APD Santo Amaro
Marisa Samea	APD Campo Limpo
Octávio Ferraz Bortolim	APD Milton Aldred
APD Pirituba	APD Parelheiros
APD Tucuruvi	APD Lapa
APD Carandiru	APD Sé
APD Jaçanã	APD Nossa Senhora Aparecida/Itaquera
APD Tatuapé	APD São Mateus
APD Sapopemba	APD São Miguel
APD Vila Prudente	APD Ermelino Matarazzo
APD M'Boi Mirim	APD Jardim Campos

Agradecemos aos interlocutores de Saúde da Pessoa com Deficiência das Supervisões e Coordenadorias Regionais de Saúde, aos profissionais dos Centros Especializados de Reabilitação e as equipes da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência pela colaboração na construção deste documento.

DOCUMENTO CRIADO EM 2012, REVISADO EM 2016

ORGANIZAÇÃO:

Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência

AUTORES:

Amelia Etsuko Tatsukawa de Freitas

Carlos Lima Rodrigues

Carolina Yuki Fujihira

Claudia Regina Charles Taccolini Manzoni

Cláudia Silva Pagotto Cassavia

Elaine Cristina de Oliveira

Felipe Gargantini Cardarelli

Georgina Lauer Soares de Sá

Gisele Moreira Falcão

Maria de Jesus Batista Mendes Iannarelli

Maria Rosalia Jorge de Almeida Martins da Silva

Marisa Samea

Mirna Reni Marchioni Tedesco

Nadja Vieira Fialho

Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Sumário

Apresentação	6
A Deficiência ao longo da história	7
Deficiência Intelectual	11
Conceito	11
Estimativas	14
Deficiência Intelectual x Transtornos Mentais	14
A oferta de apoios para a superação de barreiras	15
A construção histórica da APD e sua inserção na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência	18
Modelo Biopsicossocial de Cuidado em Saúde e a Funcionalidade (CIF, 2008)	20
A potência do território e do trabalho em rede para a ampliação do acesso e participação social das Pessoas com Deficiência	23
A Integração da Rede intra e intersetorial para o fortalecimento do cuidado ao usuário no SUS	24
Redes de Atenção à Saúde (RAS)	25
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	25
As Redes intersetoriais	27
Metodologias e dispositivos de cuidado com enfoque no território que inspiram a atuação da estratégia APD	29
Conhecimentos e Tecnologias para o Trabalho	31
Tipos de conhecimento (científico, tácito e empírico)	31
Tecnologias em Saúde - tecnologia leve, leve-duras e duras	32
Política Nacional de Humanização - PNH: diretrizes e dispositivos para o cuidado	33
Acolhimento	33
Clínica Ampliada e Compartilhada	33
Cogestão	34
Projeto Terapêutico Singular	34
A Estratégia Apoiador de Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual	36
Objetivo Geral:	36
Objetivos específicos:	36
População Alvo:	37
Metodologia e operacionalização	38
Acesso e Avaliação:	39
Projeto Terapêutico singular - PTS:	40
A importância do vínculo	41
Execução do PTS	41
Caracterização dos atendimentos domiciliares	44
Aspectos relacionados à CIF e estratégias terapêuticas:	46
Aprendizagem e aplicação de conhecimento:	47
Comunicação:	48
Mobilidade:	50
Cuidado Pessoal e Vida Doméstica:	52
Relações/Interações Interpessoais e Vida Comunitária, Social e Cívica ...	54
Áreas principais da vida: educação, trabalho e vida econômica	55
Articulação da Rede:	57
Momento da alta	58
Prontuários e Registros das Atividades	60
Equipe	61

Composição:	61
Perfil de profissionais:	61
Processo de trabalho da equipe:	62
Profissional de Referência	62
Organização das Agendas	63
Reunião de equipe	65
Gestão de PTS	66
Atribuições da equipe:	68
Atribuições comuns:	68
Núcleo técnico:	69
Coordenador da equipe:	71
Acompanhante da Pessoa com Deficiência	72
Administrativo	73
Responsabilidades	73
SMS/Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência	73
Coordenadorias e Supervisões Técnicas de Saúde	74
Organização Social	75
Gerência do CER:	76
Família:	77
Monitoramento da Estratégia APD:	77
Parâmetros:	77
Indicadores:	79
Outras ações a serem monitoradas:	81
Considerações Finais	88
Bibliografia	90
ANEXOS	95
Anexo I - Adesão à Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência	96
Anexo II - Autorização de Saída APD	97
Anexo III - Ficha de cadastro APD	98
Anexo IV - Avaliação Complementar APD	102
Anexo V - Projeto Terapêutico Singular - PTS APD	107
Anexo VI - Gestão do PTS	109
Anexo VII - Resumo de alta	110
Anexo VIII - Permissão para uso de imagem	111

Apresentação

A constituição de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que atenda a pessoa em suas diversas necessidades de saúde é um processo dinâmico, que requer o envolvimento, compromisso e integração contínua de trabalhadores dos diversos pontos de atenção, assim como de gestores, usuários e das próprias famílias. Requer ainda a diversificação das estratégias de cuidado, visando ao desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas das pessoas com deficiência (Portaria GM/MS nº 1526/2023).

O presente documento partiu da revisão, atualização e ampliação do documento norteador “ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA” elaborado pela Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência em 2012 e revisto em 2016 com a participação de diversos autores.

Para esta revisão, a Área Técnica organizou encontros mensais com as equipes APD para trocas de experiências e discussões sobre os processos de trabalho.

Este documento integra as Diretrizes para Organização das Ações de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de São Paulo revisado em 2022 e visa explicitar os princípios, diretrizes e formas de operacionalização da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência (APD) e subsidiar gestores e profissionais para seu acompanhamento.

O conteúdo inicial deste documento foi disponibilizado a todos os interlocutores, CER e equipes da Estratégia APD. As sugestões foram consideradas e o conteúdo foi colocado em consulta pública para posterior finalização.

As diretrizes aqui colocadas deverão ser atualizadas de forma contínua, incorporando sugestões das CRS/STS e dos serviços, resultantes da vivência e acompanhamento técnico das ações realizadas.

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A deficiência ao longo da história

Historicamente, o olhar sobre as pessoas com deficiência foi sofrendo modificações em função de crenças, valores e modos de vida.

Do apagamento do valor humano e consequente abandono na Antiguidade, o advento do Cristianismo e consequente compreensão da deficiência como vontade divina fez com que a custódia dessas pessoas passasse a ser assumida pela família ou pela igreja em locais/abrigos com foco na caridade durante a Idade Média. (PESSOTTI, 1984; ARANHA, 2003).

As transformações políticas, religiosas, culturais e econômicas características da Idade Moderna não impactaram em mudanças significativas para esse segmento da população. A revolução burguesa e o fortalecimento do comércio capitalista ocorrido neste período mantiveram o lugar de desvalorização, caridade e exclusão das pessoas que não conseguiam ser produtivas, entre elas as com deficiência. (GUGEL, 2007, ARANHA, 2003).

No século XVIII, a deficiência intelectual já era confundida com doença mental, sendo estas pessoas retiradas de suas comunidades de origem e mantidas em instituições asilares ou hospitalares, situadas em localidades distantes de suas famílias, segregadas do resto da sociedade, fosse a título de proteção, de tratamento, ou de processo educacional (Aranha, 2001, *apud* Garghetti, F. C. Medeiros, J. G., Nuernberg, A. H, 2013).

Segregação: Refere-se ao ato de separar ou isolar pessoas com base em características específicas, como raça, gênero, classe social ou deficiência. A segregação representa a exclusão de certos indivíduos de determinados espaços ou oportunidades, promovendo a desigualdade e perpetuando estereótipos e preconceitos (DENARI, 2006).

Com a evolução da ciência, o conceito de deficiência vai cada vez mais se aproximando à ideia de patologia. No século XIX já existia o entendimento de que, para além de hospitais e abrigos, essas pessoas precisavam de atenção especializada.

Neste contexto histórico, várias instituições e serviços foram criados, com o objetivo de estudar os problemas de cada deficiência, normalizar,

recuperar e educar o corpo que se considerava patológico, para posterior integração da pessoa à sociedade (ROCHA, 1990; GUGEL, [s.d.]).

Integração: Envolve a participação de pessoas em uma determinada comunidade ou grupo, mas com uma ênfase na assimilação e conformidade às normas predominantes do grupo. A integração muitas vezes exige que os indivíduos se adaptem a um ambiente que já existe, muitas vezes sacrificando aspectos de sua cultura, identidade ou necessidades exclusivas (DEMNARI, 2006).

No século XX, houve avanços significativos para as pessoas com deficiência, com o surgimento de novas tecnologias e recursos assistivos, além do aprimoramento daqueles já existentes. Também houve progresso nas técnicas, metodologias e organização de espaços destinados ao cuidado dessa parcela da população.

Em meio a este contexto, no ano de 1975, a Organização das Nações Unidas - ONU aprovou a “Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência”, enfatizando o direito de respeito à dignidade humana e o de desfrutar uma vida decente, tão normal e plena quanto possível, tendo suas necessidades especiais levadas em consideração no planejamento econômico e social da sociedade. Aos poucos, as organizações internacionais foram se preocupando, também, em criar estratégias de ação para operacionalização destes valores (PASTORE, 2000; SASSAKI, 1997).

Com o movimento dos direitos das pessoas com deficiência ganhando força em meio a outros movimentos sociais que reivindicavam igualdade de direitos, o fundamento de normalização pautado na constituição orgânica do corpo foi se reconfigurando, sendo fortalecido o princípio de direito ao exercício da cidadania, independentemente da presença da deficiência e seu grau de comprometimento.

Assim, a vivência da limitação começa a ser percebida na relação do indivíduo com os espaços e suas barreiras, entendimento este que imprime a necessidade de estratégias diferenciadas de intervenção para a equiparação de oportunidades, não mais centradas exclusivamente no corpo.

Neste contexto, a sociedade deve contribuir na oferta de suportes sociais, econômicos, físicos e legais, dentre outros necessários, para que a

pessoa com deficiência possa adquirir imediatamente acesso ao espaço comum na sociedade.

A ideia de integração pautada em um modelo de serviços é então substituída pelo princípio de inclusão, que destaca um enfoque fundamental na responsabilidade da sociedade em oferecer suportes e ajustes em todos os seus âmbitos para que esta parcela da população possa alcançar maior autonomia e independência no gerenciamento de sua própria vida, em convivência com as demais pessoas (ARANHA, 2003).

É importante destacar que as pautas levantadas pelo movimento de luta por direitos foram se constituindo enquanto fundamentos norteadores para a configuração de políticas e práticas estruturantes da atenção à pessoa com deficiência sob o paradigma da inclusão.

Inclusão: participação equitativa e ativa de todas as pessoas em todas as esferas da sociedade, independentemente de suas diferenças ou limitações. A inclusão valoriza e respeita a diversidade e busca remover barreiras que possam impedir a participação plena de todos os indivíduos. Isso envolve a criação de ambientes acessíveis, a promoção da igualdade de oportunidades e a aceitação da individualidade de cada pessoa (DENARI, 2006).

Destaca-se nesse contexto a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, de 2007, cujos países signatários assinaram compromisso de operacionalizar seu conteúdo com reformas administrativas práticas. No âmbito nacional, o impacto desse compromisso foi grande, de maneira que em agosto de 2009, pelo Decreto 6.949, o conteúdo da Convenção passou a ser Emenda da Constituição Federal.

De acordo com a Convenção e a Lei Brasileira de Inclusão, pessoas com deficiência são “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”. O foco na percepção da restrição da participação e do acesso a partir do prisma da interação com as barreiras, portanto, passa a ser fundante de todas as propostas de intervenção, incluindo as de saúde.

Em seu artigo 25, referente à saúde, enfatiza a necessidade de assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços, incluindo os serviços de reabilitação, o mais próximo possível de suas comunidades.

Cabe destacar que apesar das mudanças no olhar para a questão da deficiência ao longo da história, que impactaram em processos de exclusão, segregação, integração e atualmente focadas na inclusão social, práticas asilares, caritativas e assistencialistas, ações de reabilitação pautadas no corpo e desvinculadas de processos de participação social ainda coexistem no cotidiano das pessoas com deficiência.

Desta maneira, é fundamental construir novas propostas de intervenção para este segmento da população de modo que o princípio da inclusão social possa de fato ser incorporado nos diversos âmbitos da vida cotidiana.

Tendo tudo isso em mente e considerando o movimento das pessoas, a construção histórica e o conceito atual que se concentra no aspecto biopsicossocial, **é importante reconhecer que não são mais aceitas na atualidade certas terminologias** para se referir a pessoas com deficiência intelectual, que ao longo da história eram chamados de idiotas, imbecis, débeis mentais, oligofrênicos, excepcionais, retardados, deficientes mentais, portadores de deficiência, nomenclaturas estas consideradas anacrônicas e capacitistas. A fim de respeitar a evolução do tempo e combater a discriminação contra pessoas com deficiência - capacitismo - a terminologia correta para se referir a esse grupo passou a ser "pessoas com deficiência".

É sabido que a linguagem e as palavras não são imunes às mudanças do tempo e à organização da sociedade, pois elas carregam consigo a própria história, os contextos sociais e a estrutura da sociedade. Sendo assim, é necessário que os serviços atuem de acordo com essa lógica e promovam ações que estejam em sintonia com as políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência.



Deficiência Intelectual

Conceito

A deficiência intelectual (DI) é uma condição complexa caracterizada pela redução do funcionamento intelectual, juntamente com prejuízos no comportamento adaptativo, incluindo dificuldades nas habilidades sociais e aspectos da funcionalidade humana, iniciado durante o período de desenvolvimento (antes de 18 anos) (Portaria conjunta MS/SAES/SCTIE n. 21/2020).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), que entrou em vigor em 2022, é considerada como um transtorno do neurodesenvolvimento, mais especificamente um **Transtorno do Desenvolvimento Intelectual**, em contraposição a classificação utilizada até então pela CID 10, quando era classificada como retardo mental. Cabe ressaltar que segundo a OMS, a utilização das duas classificações será simultânea durante alguns anos em função deste período de transição.

O DSM-5 também nomeia a deficiência intelectual como transtorno intelectual, seguindo a mesma classificação do CID-11. O manual enfatiza que a deficiência intelectual faz parte dos transtornos do neurodesenvolvimento, afetando várias áreas da vida, como motricidade, linguagem, socialização e funcionalidade.

Os critérios diagnósticos para a deficiência intelectual (Deficiência intelectual) no DSM-5 são os seguintes:

A) Déficits em habilidades intelectuais, como raciocínio, resolução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, julgamento, aprendizado acadêmico e aprendizado pela experiência. Esses déficits devem ser confirmados por avaliação clínica e testes de inteligência padronizados e individualizados, que devem ser aplicados por psicólogos qualificados;

B) Déficits em habilidades adaptativas, resultando em dificuldade em atingir os padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidade social. Sem apoio contínuo, esses déficits limitam o funcionamento em atividades diárias, como comunicação, participação social e vida independente, em diferentes ambientes, como em casa, na escola, no trabalho e na comunidade;

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

No quadro abaixo destacamos as nomenclaturas e níveis de gravidade da deficiência intelectual de acordo com o DSM-V e a CID 10 e 11:

CID - 10		DSM - 5	CID-11	
Retardo Mental	F 70	Transtornos do neurodesenvolvimento Deficiências Intelectuais	Transtornos do Desenvolvimento Intelectual	6A00
Retardo Mental Leve	F70	317	Deficiência intelectual leve	6A00.0
Retardo Mental Moderado	F71	318.0	Deficiência intelectual Moderado	6A00.1
Retardo Mental Grave	F72	318.1	Deficiência intelectual Grave	6A00.2
Retardo Mental Profundo	F73	318.2	Deficiência intelectual Profundo	6A00.3
Outro Retardo Mental	F78		Deficiência intelectual (provisório)	6A00.4
Retardo Mental Não Especificado	F79	319	Deficiência intelectual Não Especificado	6A00.Z

A etiologia da deficiência intelectual envolve diversos fatores genéticos ambientais ou a sobreposição destes, levando a um componente multifatorial. Dentre as causas ambientais, podemos citar o alcoolismo durante a gestação, a prematuridade, a encefalopatia hipóxico-isquêmica, as intercorrências perinatais e desnutrição proteico-calórica, entre outros. Dentre os fatores genéticos, ela pode estar relacionada à Síndrome de Down, Síndrome do X Frágil ou inúmeras condições de ocorrência rara. Cabe ressaltar, ainda, que em “cerca de 40% dos casos, a deficiência intelectual tem causa indeterminada” (Portaria 21/2020).

De acordo com a cartilha genética para os profissionais que atuam na atenção primária à saúde no Brasil, a deficiência intelectual, desta forma, pode aparecer isoladamente ou configurar como um quadro sindrômico, também podendo estar associada a outras desordens, como o transtorno do espectro do autismo.

As manifestações diagnósticas da deficiência intelectual variam de acordo com a faixa etária, sendo mais desafiador diagnosticar antes dos 5 anos de idade devido ao fato de a criança ainda não ter completado seu desenvolvimento neuropsicomotor e pela possível coexistência de outros transtornos do neurodesenvolvimento.

O ideal é que as pessoas com sinais sugestivos de deficiência intelectual sejam avaliadas e acompanhadas não apenas em uma área específica, mas em seu desenvolvimento global, levando em consideração o contexto social e a faixa etária. O diagnóstico deve ser clínico e abranger uma compreensão ampla do indivíduo. A avaliação neuropsicológica e outros testes podem compor este diagnóstico diferencial, mas não devem ser considerados as únicas formas de diagnosticar a deficiência intelectual.

É necessário, desta forma, que a avaliação considere uma análise responsável e ética da equipe multiprofissional, fundamentada tecnicamente nos critérios mencionados.

Assim como o diagnóstico, o atendimento à pessoa com deficiência intelectual também deve ser realizado por uma equipe multiprofissional. Isso permite intervenções personalizadas e a adoção de cuidados adequados às necessidades funcionais da pessoa, seguindo as diretrizes estabelecidas pelas normas técnicas federais, estaduais e municipais.

Estimativas

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência, estima-se que 15% da população mundial vive com algum tipo de deficiência, e cerca de 5% da população em tempo de paz de qualquer país tem Deficiência intelectual (OMS, 2012).

No Brasil, o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constatou que 23,9% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, sendo que 1,4% dessas pessoas referiram dificuldade relacionada à deficiência intelectual. Na cidade de São Paulo, este número corresponde a 127.548 pessoas (IBGE, 2010).

Em julho de 2023 a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNDPD), do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC) divulgou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), realizada no terceiro trimestre de 2022. Segundo a pesquisa, foram estimados 18,6 milhões de pessoas com deficiência de 2 anos ou mais, correspondendo a 8,9% da população nesta faixa etária com muita dificuldade ou que não consegue aprender (2,6%), se comunicar (1,1%), realizar cuidados pessoais (1,2%), ouvir (1,2%), enxergar (3,1%), andar ou subir degraus (3,4%), pegar (1,4%) ou levantar objetos (2,3%), dificuldades estas que em sua maioria podem estar presentes em pessoas com mais de um tipo de deficiência (IBGE, PNAD 2022).

Deficiência Intelectual x Transtornos Mentais

São muitos os equívocos ocasionados entre deficiência intelectual e transtornos mentais. Essa confusão ocorre devido à semelhança dos nomes e às modificações nas classificações ao longo do tempo.

Até o ano de 2004 e nos manuais mais antigos, a deficiência intelectual era chamada de retardo mental ou deficiência mental. No entanto, a partir da Declaração de Montreal sobre Deficiência intelectual, aprovada em 6 de novembro de 2004 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a terminologia passou a ser deficiência intelectual.

Os transtornos mentais são classificados em neuroses e psicoses nos manuais de diagnóstico. As neuroses podem estar presentes em qualquer pessoa, mas quando exacerbadas, se tornam transtornos. Já as psicoses são eventos anormais do funcionamento psíquico, caracterizados por delírios,

perseguição e confusão mental, com linguagem descontextualizada, incoerente e elementos irreais.

Segundo a OPAS, existem diversos transtornos mentais, com apresentações diferentes. Eles geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas.

Tanto a pessoa com transtorno mental quanto a pessoa com deficiência intelectual podem vir a ter prejuízos em sua funcionalidade, contudo a intervenção terapêutica deve ser diferenciada levando em consideração o diagnóstico de base.

Em alguns casos, a deficiência intelectual pode estar associada a algum transtorno mental, que pode ser desenvolvido em qualquer fase da vida. Por isso, é necessário que os profissionais estejam capacitados para identificar, intervir e articular o cuidado nestas situações, que podem ocorrer simultaneamente em diferentes contextos. É importante considerar que a estabilidade do sofrimento psíquico e a organização psicossocial são fundamentais para que a pessoa com deficiência intelectual possa revelar seu verdadeiro potencial cognitivo e adaptativo.

Portanto, é essencial que os profissionais atuantes na área estejam atentos às diferenças entre deficiência intelectual e doenças/transtornos mentais, uma vez que essas condições são diferentes, pois estão relacionadas políticas, serviços e cuidados distintos. No entanto, podem ocorrer simultaneamente e precisam ser articulados para a atenção necessária ao usuário e sua família.

A oferta de apoios para a superação de barreiras

A premissa da invisibilidade existente na deficiência intelectual dificulta a inclusão social e a participação efetiva do sujeito, principalmente devido às barreiras atitudinais, de apoio e relacionamento, ambientais, e de serviços, sistemas e políticas que impactam suas vidas e contextos.

Em decorrência das dificuldades cognitivas e da limitação em lidar com uma linguagem mais complexa, também são mais propensas à segregação, à falta de escolha e à impossibilidade de experimentar uma vida com independência, autonomia e inclusão social.

Isso muitas vezes resulta em exclusão, institucionalização ou inclusão inadequada, marcada pela ideia de incapacidade e pelo estigma relacionado à compreensão da deficiência.

Para Verdugo (1994) a ênfase da intervenção no trabalho com as pessoas com deficiência intelectual está relacionada à identificação das potencialidades, singularidades e possibilidades, de modo que sejam ofertadas diferentes formas de apoio necessárias para fomentar a inclusão, a autonomia e a independência para todas as pessoas com deficiência.

Verdugo propõe ainda tipos e intensidades de apoios, que podem ser classificados como:

- Intermitente: apoio, quando necessário, caracterizado por sua natureza episódica, de curta duração durante momentos de transição em determinados ciclos da vida (por exemplo, perda do emprego ou fase aguda de uma doença). Os apoios intermitentes podem ser de alta ou baixa intensidade;
- Limitado: apoios intensivos caracterizados por sua duração, por tempo limitado, mas não intermitente (por exemplo, treinamento para o trabalho por tempo limitado ou apoios transitórios durante o período entre a escola e a vida adulta);
- Extenso: apoios caracterizados por sua regularidade (por exemplo, diária) em pelo menos em algumas áreas (tais como na vida familiar ou na profissional) e sem limitação temporal (por exemplo, apoio a pessoa ou família a longo prazo);
- Generalizado: apoios caracterizados por sua constância e elevada intensidade, em diferentes áreas, para proporcionar a vida. Estes apoios generalizados exigem mais pessoal e maior intromissão que os apoios extensivos ou os de tempo limitado.

A teoria de suportes amplia, assim, o olhar sobre as possibilidades de intervenção, uma vez que considera as características da pessoa e seu ambiente, associada ao tipo de apoio necessário para cada área de funcionamento adaptativo comprometida, seja ela de comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer ou trabalho.

Neste contexto, a classificação de deficiência intelectual até então definida pelo grau é substituída pelas áreas e intensidades de apoios que

necessita, por exemplo, apoios limitados em habilidades de comunicação e habilidades sociais.

Desta forma, para que uma pessoa com deficiência possa viver sua vida plenamente e ter o máximo de autonomia, independência e emancipação possível, o processo de reabilitação precisa ir além das paredes de concreto. É necessário que os profissionais responsáveis pelo atendimento dessas pessoas sejam capazes de promover a articulação entre as equipes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, da Rede de Atenção à Saúde e da rede intersetorial, pois é por meio da diversidade de serviços e atores da comunidade que as pessoas com deficiência poderão se sustentar e garantir a sua existência com qualidade de vida. Para além do trabalho com a pessoa com deficiência intelectual é preciso fomentar na sociedade a visão de acolhimento, compreensão e respeito ao limite do outro, para que sejamos uma sociedade plural, na qual a diversidade seja acolhida.



A construção histórica da APD e sua inserção na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência

A Estratégia Acompanhante da Pessoa com Deficiência (APD) foi criada em 2010 como um programa para atender as diversas demandas relativas à dificuldade no cuidado às pessoas com deficiência intelectual, decorrentes de situações de saúde agravadas, envelhecimento da pessoa, seus pais/cuidadores, dificuldade no estabelecimento de redes de suporte para acesso e continuidade na atenção à saúde. Desde o início estas equipes foram alocadas em Núcleos Integrados em Reabilitação (NIR) de diversas Supervisões Técnicas de Saúde (STS), de modo a compor um cuidado articulado e fortalecer referências regionais.

Em 2012 foi criado pelo Ministério da Saúde o Plano Viver Sem Limites e publicada a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Entre as diversas diretrizes para o cuidado à pessoa com deficiência, a rede criada reforçou a necessidade da articulação dos diversos serviços e a importância da adoção de estratégias diferenciadas de cuidado. Além disso, criou serviços na Atenção Especializada, os Centros Especializados em Reabilitação - CER.

A partir de então o Município de São Paulo desencadeou um processo de implementação dos NIR de forma a se constituírem como CER e fortaleceu a integração das equipes APD nos CER como estratégia de suporte diferenciada para o cuidado às pessoas com Deficiência Intelectual.

Inicialmente o Programa elaborado por SMS foi gerenciado por convênio com a Associação Saúde da Família, ação que possibilitou o acompanhamento próximo das pessoas atendidas, a construção conjunta de instrumentos e indicadores de monitoramento e a elaboração do primeiro documento norteador desta estratégia. Posteriormente foi incluído nos contratos de gestão das diversas Organizações Sociais responsáveis pelos territórios onde as equipes atuam. Além disso, a partir de 2015 a equipe passou a contar com um fonoaudiólogo e ter a possibilidade de atuar com até 10 acompanhantes da pessoa com deficiência.

A segunda versão do documento norteador foi elaborada em 2016, momento em que o Programa passou a ser entendido como Estratégia dos CER para o cuidado no território.

Em 2023 a **Estratégia** passa a ser denominada **Apoiador da Pessoa com Deficiência**, nomenclatura que reforça o papel das equipes no suporte/apoio para o protagonismo e inclusão social.

Atualmente a cidade de São Paulo conta com equipes da estratégia APD em diversas regiões, com a perspectiva de expansão para todas as Supervisões Técnicas de Saúde, com objetivo de fortalecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A equipe da Estratégia atua especificamente com pessoas com deficiência intelectual e tem por objetivo facilitar o acesso aos sistemas, serviços e políticas, bem como para a superação de barreiras existentes e identificação de meios para ampliação da participação social e das redes de apoio social, familiar e comunitária dessas pessoas.

A Estratégia se mostra fundamental para o desenvolvimento de um trabalho terapêutico eficaz, intersetorial e que vai além das abordagens convencionais de reabilitação voltadas para pessoas com deficiência intelectual.

As equipes da estratégia APD compõem, articulam e mobilizam continuamente a Rede de Atenção à Saúde do território onde estão inseridas, tendo um papel essencial na integração e qualificação do cuidado frente às necessidades de saúde da população com deficiência.



Para saber mais da Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência - [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOC_NORTE_ADOR_AT_PcD_FINAL_JANEIRO_22\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOC_NORTE_ADOR_AT_PcD_FINAL_JANEIRO_22(1).pdf)

Modelo Biopsicossocial de Cuidado em Saúde e a Funcionalidade (CIF, 2008)

Atualmente, a concepção da deficiência está pautada no modelo biopsicossocial, que reconhece a questão orgânica, mas reforça a importância das transformações sociais para a participação e inclusão efetiva da pessoa com deficiência na sociedade, exercendo seus direitos com a mesma igualdade de oportunidades (SMS, 2020).

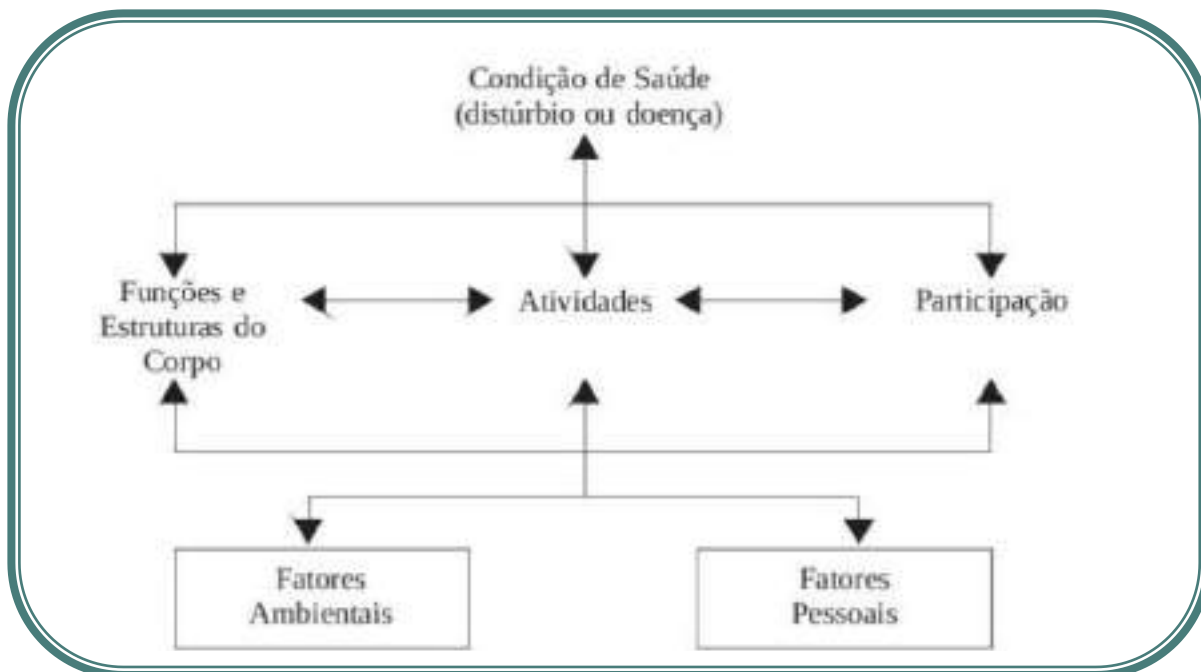
Nesta lógica é preciso considerar fatores ambientais, sociais, emocionais para além dos fatores biológicos, sendo essencial um trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar.

Este modelo de atenção está presente na Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF, que faz parte das classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com objetivo de homogeneizar a linguagem para descrever a saúde e domínios relacionados a ela. A CIF nos permite, assim, descrever em uma linguagem universal condições, alterações ou mudanças em termos de funções e estruturas do corpo, atividades e participação social da pessoa com deficiência. Permite, ainda, apontar barreiras e facilitadores a partir do modelo biopsicossocial.

Segundo a CIF, funcionalidade e incapacidade são resultado de uma interação dinâmica entre condições de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais.



O diagrama dessa classificação traduz esta interação multidirecional e multidimensional, devendo estar presente nas reflexões da equipe, discussões de casos e Projetos Terapêuticos realizados.



Interação entre os componentes da CIF. Adaptação: OMS (2003)

Pela CIF (OMS, 2008), as funções do corpo representam as funções fisiológicas e as estruturas do corpo são as suas partes anatômicas como órgãos, membros e seus componentes.

As atividades, por sua vez, representam tarefas ou ações de uma pessoa e a participação o envolvimento desta em situações da vida em diferentes aspectos relacionados a:

- aprendizagem e aplicação do conhecimento;
- tarefas e demandas gerais;
- comunicação;
- mobilidade;
- cuidado pessoal;
- vida doméstica;
- relações e interações interpessoais;
- áreas principais da vida, como educação e trabalho;
- vida comunitária, social e cívica.

Fatores ambientais interagem com os componentes das Funções e Estruturas do Corpo e de Atividades e Participação, representando o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem, que podem se constituir

como facilitadores ou barreiras para o desempenho da pessoa. Estes estão relacionados aos:

- produtos e tecnologias para melhorar a funcionalidade;
- ambiente;
- apoios e relacionamentos;
- atitudes;
- serviços, sistemas e políticas.

O conceito de funcionalidade, desta forma, ressalta a influência do ambiente onde a pessoa vive, que pode se constituir como facilitador ou barreira para o desempenho de atividades, dificultando, limitando ou até impedindo sua participação plena na sociedade (SMS, 2022).

Para saber mais sobre a CIF acesse:

<http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>

A Lei Brasileira de Inclusão (2015) define barreira como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros.

Entre as diversas barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência intelectual cabe destacar as barreiras atitudinais, relativas a atitudes ou comportamentos que impedem ou prejudicam a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas, e o capacitismo, que é uma forma de preconceito e discriminação contra a pessoa por julgar e/ou duvidar de sua capacidade de estudar, trabalhar, praticar esporte, se relacionar com outras pessoas, em razão de sua deficiência (Cartilha Violência Contra Pessoas com Deficiência, 2020).

As equipes multiprofissionais, desta forma, precisam atuar de forma contínua para a quebra de barreiras. Em função da circulação pelo território, proximidade de equipamentos da comunidade e ações voltadas à ampliação da participação social das pessoas com deficiência, as equipes APD se constituem como grandes facilitadores do processo de inclusão.

A potência do território e do trabalho em rede para a ampliação do acesso e participação social das Pessoas com Deficiência

O SUS está organizado sob a forma de Rede, sendo que a UBS é a principal porta de entrada do sistema, tendo a responsabilidade sanitária por um território geograficamente delimitado entendido pela Política Nacional de Atenção Básica como:

unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas (BRASIL, 2017).

A referência territorial também consta das diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, que refere sua importância para:

a ampliação do acesso da população a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais, garantindo a equidade no atendimento, a qualidade assistencial, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros (PNAE, BRASIL, 2023)

Para conhecer mais:

Política Nacional de Atenção Básica:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

As Diretrizes para a atuação das equipes multiprofissionais da atenção básica:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/emab_versao_final_6_1_2023.pdf

Política Nacional de Atenção Especializada:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.604-de-18-de-outubro-de-2023-517547992>

O território é também espaço “de relações de poder, de informações e de trocas” (Santos e Lima 2020). É vivo, sendo permeado por questões políticas, culturais, sociais, relacionais, onde podem coexistir diversas territorialidades.

Territorialidade é uma expressão geográfica do exercício do poder em um determinado território, sendo resultado “das relações políticas, econômicas e culturais” (Godim e Monken apud Sack, 1986).

A territorialidade é um conceito que se refere à forma como os seres vivos utilizam e defendem um determinado espaço como seu território.

O conceito está relacionado a criação e defesa de territórios para estabelecer identidade, segurança e exclusividade. Isso pode acontecer em várias escalas, desde o território de uma família até o território de uma nação.

Na área da saúde, permite entender como os serviços e recursos de saúde são distribuídos em uma determinada região geográfica. Essa distribuição territorial dos serviços de saúde tem um impacto direto sobre o acesso e a equidade no cuidado de saúde.

É importante, assim, que as equipes conheçam o território ao qual estão inseridas, o que favorece o estabelecimento de relações e a circulação da pessoa com deficiência na comunidade.

A Integração da Rede intra e intersetorial para o fortalecimento do cuidado ao usuário no SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS tem como princípios norteadores a Universalidade, Integralidade e Equidade, de forma a se proporcionar a atenção à saúde para todas as pessoas, com olhar e cuidado diferenciado para aqueles que mais precisam. Como princípios organizativos, o SUS prevê a hierarquização de serviços, com fluxos para acesso estabelecidos de forma a otimizar recursos, e a participação popular em todas as esferas, essencial para acompanhamento das ações e serviços e melhoramento contínuo.

Esta organização tem como ponto mais descentralizado a Atenção Primária à Saúde, sendo a UBS essencial no acolhimento das pessoas, identificação de suas necessidades, atendimentos e articulação com outros serviços de saúde e setores. Por vezes, a identificação das necessidades em saúde ocorre em outros pontos da Rede, como CAPS, CER, Educação e Assistência. Independentemente do local de escuta, é de responsabilidade de todos os pontos de atenção a mobilização dos demais serviços para um trabalho integrado que atenda às necessidades específicas das pessoas com deficiência, muitas vezes em situação de vulnerabilidade.

As equipes APD, enquanto estratégia dos CER e integrantes desta Rede, precisam ter conhecimento dos princípios que norteiam o SUS e o

cuidado à pessoa com deficiência, sendo corresponsáveis nos atendimentos e mobilização intra e intersetorial.

Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As diretrizes para as Rede de Atenção à Saúde (RAS) foram publicadas pelo Ministério da Saúde em 2010 como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão identificada nas diversas Regiões de Saúde com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (Portaria de Consolidação 03, de 28 de setembro de 2017).

A RAS é caracterizada por “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”.

Trata-se, assim, de adotar estratégias que favoreçam a integração e articulação das ações e serviços de saúde da atenção primária, especializada e hospitalar e de urgência e emergência, buscando proporcionar o cuidado integral em saúde.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada em 2012 a partir da implantação das diretrizes da RAS, sendo que a articulação de pontos de atenção, ofertando ações compartilhadas, complementares e multiprofissionais conforme as necessidades de cada pessoa e sua família é ação essencial quando falamos de processos de reabilitação pautados na participação social e exercício da cidadania (Redes de Atenção à Saúde: A Atenção à Saúde Organizada em Redes, UNASUS, 2016).

De 2012 a 2023 esta rede foi implementada com maior ou menor velocidade nos diversos pontos do país, o que proporcionou avanços e, ao mesmo tempo, demonstrou a existência de inúmeros desafios para o acesso à saúde, inclusão social e equiparação de oportunidades às pessoas com deficiência.

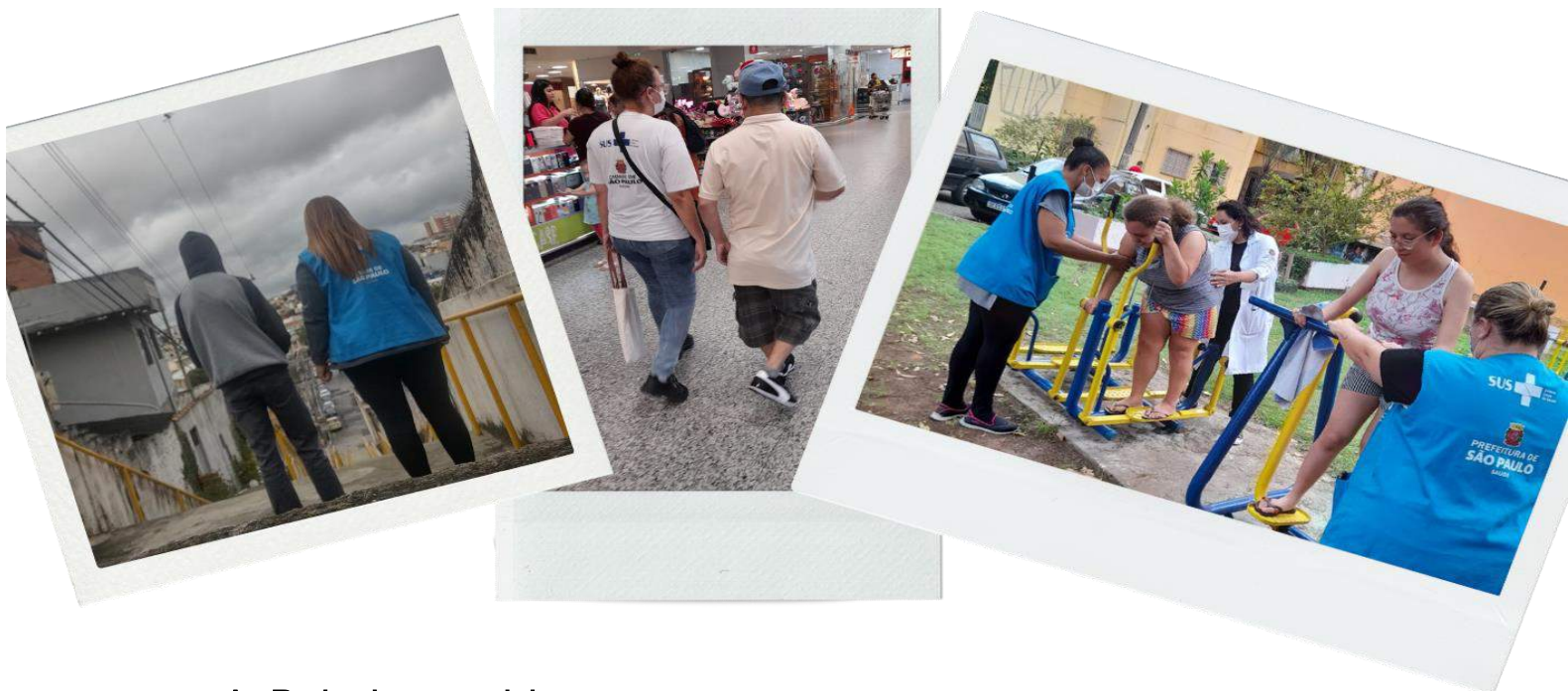
Em 11/10/2023 foi publicada a Portaria GM/MS nº1.526, revendo a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Deficiência (alteração na Portaria de Consolidação GM/MS nº 2), a Rede de Cuidados Pessoa com Deficiência (alteração na Portaria de Consolidação GM/MS nº3) e a Portaria

que institui incentivos financeiros para esta Rede (alterada na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência republicada incorporou o conceito de deficiência da LBI/2015 e aprimorou diversas diretrizes para a atenção a este segmento da população, entre eles:

- a promoção do respeito às diferenças e do enfrentamento a estigmas, preconceitos, ações capacitistas e todas as formas de violência;
- atenção humanizada e centrada nas necessidades da pessoa com deficiência, considerando suas singularidades e interseccionalidades;
- diversificação de estratégias de cuidados;
- desenvolvimento de ações intrasetoriais, intersetoriais e interinstitucionais no território, que favoreçam a participação e inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania das pessoas com deficiência;
- fortalecimento da participação das pessoas com deficiência, seus familiares/cuidadores nos espaços de formulação, implantação, monitoramento e avaliação das políticas públicas;
- incentivo ao protagonismo e à centralidade da pessoa com deficiência no seu processo de cuidado, por meio da clínica ampliada e compartilhada;
- desenvolvimento de estratégias que visem a eliminação das barreiras e facilitem o acesso das pessoas com deficiência às ações e serviços de saúde ofertados no SUS.

Estas diretrizes reforçam a necessidade da garantia dos direitos fundamentais para as pessoas com deficiência, do olhar para suas necessidades específicas e para a importância do território como local de execução das diversas políticas públicas e articulação de serviços com vistas à inclusão social e à equiparação de oportunidades.



As Redes intersetoriais

Uma rede intersetorial é uma forma de organização que visa promover a colaboração e a integração de diferentes setores da sociedade para a solução de problemas comuns. Essa abordagem envolve a cooperação entre atores governamentais, organizações não governamentais, empresas, comunidades e outros grupos relevantes para atingir objetivos comuns.

A rede intersetorial busca superar as limitações dos esforços individuais ou isolados, permitindo uma abordagem mais abrangente e holística para lidar com questões complexas. Essas redes são baseadas na ideia de que nenhum setor ou grupo isolado possui todas as habilidades, recursos e conhecimentos necessários para enfrentar os desafios sociais de forma eficaz.

A rede intersetorial promove a troca de conhecimentos, recursos e experiências entre os diferentes atores, visando promover ações mais integradas e sinérgicas. Isso pode envolver a coordenação de esforços, o compartilhamento de melhores práticas, a busca de soluções inovadoras e a mobilização de recursos coletivos.

Para estabelecer uma rede intersetorial eficaz, é importante ter uma governança clara, com papéis e responsabilidades definidos para os diferentes atores. Além disso, é necessário estabelecer canais eficientes de comunicação e mecanismos de tomada de decisão colaborativos.

A rede intersetorial pode ser aplicada em diversas áreas, como saúde, educação, esportes, meio ambiente, segurança, desenvolvimento comunitário, entre outras. Ela promove uma abordagem mais inclusiva e participativa, envolvendo todos os setores da sociedade na busca por soluções duradouras e sustentáveis.

Uma rede intersetorial de cuidado à pessoa com deficiência envolve a cooperação de diferentes setores da sociedade para garantir uma melhor qualidade de vida e inclusão das pessoas com deficiência. Essa rede busca identificar as necessidades específicas dessas pessoas, desenvolver estratégias integradas para atendê-las e superar as barreiras enfrentadas por esse segmento da população, garantindo acesso a serviços e recursos. A pessoa com deficiência não deve estar em um lugar passivo, como objeto de intervenção da rede, e sim em lugar ativo, como parte integrante do processo.

Em função da presença no território, as equipes APD têm um importante papel na mobilização desta rede intersetorial, sempre em parceria com a UBS de moradia de cada pessoa atendida. Identificando necessidades, estas equipes podem articular o acesso às políticas inclusivas e ações de conscientização da sociedade, valorizando a participação ativa das pessoas com deficiência na tomada de decisões.



Metodologias e dispositivos de cuidado com enfoque no território que inspiram a atuação da estratégia APD

Diversas ações são realizadas pelas equipes de saúde, considerando o território sob sua responsabilidade e as necessidades específicas de cada pessoa que mora ou circula em sua área de abrangência.

Os desafios para a superação de barreiras físicas, comunicacionais, arquitetônicas e principalmente atitudinais são enormes para alguns segmentos da população, sendo que estratégias de cuidado complementares precisam ser pensadas na ótica da equidade, mobilizando transformações na comunidade com vistas à inclusão social.

Cabe trazer aqui a proposta de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) e o dispositivo de Acompanhamento Terapêutico (AT). O primeiro foi pensado inicialmente pela OMS para ampliar ações de reabilitação aproveitando os recursos existentes da comunidade, em muitos países extremamente insuficientes para a qualidade de vida das pessoas com deficiência. O segundo, por sua vez, nasce atrelado a reforma psiquiátrica, pensando na circulação das pessoas com transtorno mental.

Por se configurarem como estratégias ou dispositivos territoriais de intervenção para ampliar o acesso, circulação, autonomia e possibilitar a inclusão e cidadania de algumas populações específicas, traremos um recorte breve destas intervenções, pontuando aproximações entre estas e o proposto para a APD.

A RBC é uma proposta de atenção em reabilitação difundida pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Com origem na década de 1960 e 1970, esta abordagem de reabilitação se concentra em fornecer serviços e suporte às pessoas em seu próprio ambiente, como suas casas ou comunidades locais, de forma a promover a inclusão social, a independência e a qualidade de vida das pessoas. Tem como foco o entendimento sobre incapacidades e o enfrentamento dos obstáculos para ampliar a participação social das pessoas com deficiência (MAIOR; 1996).

A RBC objetiva promover o envolvimento familiar e da sociedade, revertendo a segregação, por meio de ações interdisciplinares/intersectoriais que geram a ressignificação e a melhoria da qualidade de vida. Objetiva, ainda, a mudança de uma cultura institucional e societária, que reforça o capacitismo e a ideia de que as pessoas com deficiência precisam estar sempre em lugares

especiais e/ou especializados, e não em convívio social como qualquer outra pessoa.

As equipes realizam ações em espaços comunitários diversos, através da construção de rede e da identificação de atores para potencializar a participação social das pessoas com deficiência. Para tanto, precisam levar em conta a história local, as manifestações culturais, os hábitos, os espaços existentes, dentre outras singularidades territoriais, fatores estes importantes para que as ações estejam afinadas às particularidades de vida das pessoas com deficiência que residem no local.

Para que a RBC possa ser executada, além do envolvimento comunitário, é imprescindível o apoio de profissionais.

No caso do APD, uma equipe multidisciplinar compõe com a pessoa, família e comunidade, utilizando de tecnologia leve para compartilhar intervenções para as pessoas e serviços do território, combatendo barreiras e promovendo processos de inclusão.

Já o Acompanhante Terapêutico inserido no cotidiano do paciente, utiliza sua presença e recursos pessoais, bem como maneja o ambiente de forma a possibilitar experiências de vida que possam ser constitutivas e necessárias para o desenvolvimento ao sujeito em questão (BARRETO,1998).

Embora as equipes APD não se caracterizem por serem acompanhantes terapêuticos, sua inserção no cotidiano da pessoa com deficiência e sua família, seja dentro da residência ou nos diversos espaços do território, possibilita o reconhecimento de possibilidades e potencialidades da pessoa e sua família, alguns manejos do ambiente e novas experiências que repercutem em transformações sociais.

O trabalho das equipes APD sob a ótica territorial conforme os conceitos aqui descritos e inspirados por outros modelos e formas de se trabalhar no território **integra e potencializa as ações desenvolvidas** pelas equipes da APS e ações desenvolvidas nos CER, fortalecendo o território como espaço de transformações, protagonismo e de inclusão social.



Conhecimentos e Tecnologias para o Trabalho

Tipos de conhecimento (científico, tácito e empírico)

Conhecimento científico é o conhecimento baseado em fatos cientificamente comprovados. Sua base está na ciência, em que todas as suas teorias e hipóteses são certificadas através de um processo de confirmação que segue um rigor metodológico, experimentações e pesquisas. É derivado da aplicação de métodos mais formais que visam aumentar o rigor em relação a diferentes posições sobre validade e confiabilidade (KIANE, 2017).

O conhecimento tácito é profundamente pessoal e único e por este motivo muito mais difícil de ser compartilhado. Aborda as sensações e emoções do indivíduo, como também suas crenças, intuições, valores, habilidades, experiência prática, modelos mentais e percepções (CARVALHO, 2012). É adquirido através da interação entre o ambiente e as pessoas ao nosso redor e é fruto do aprendizado, da educação, da cultura e da experiência de vida de cada um (CRUZ, 2002).

O conhecimento empírico pode ser brevemente definido como o "conhecimento cotidiano de pessoas comuns" (LAKATOS; MARCONI, 2008, p. 60). Refere-se ao conhecimento adquirido por meio da observação, experiência e experimentação. É um tipo de conhecimento baseado em evidências concretas e na coleta de dados empíricos, adquiridas por meio da interação direta com o mundo. Este conhecimento é importante para a tomada de decisões e para o avanço do conhecimento em diversas áreas.

O processo de trabalho das equipes APD integra estes 3 tipos de conhecimento. Composto por uma equipe técnica formada por profissionais de reabilitação, o conhecimento científico permeia as avaliações, discussões de caso, construções de PTS e intervenções realizadas. O conhecimento tácito, por sua vez, está presente em todos os profissionais das equipes, sejam profissionais de nível superior, acompanhantes, usuários ou familiares, cada qual com suas experiências e histórias de vida. Já o conhecimento empírico no APD é construído no cotidiano do trabalho das equipes, a partir das vivências e intervenções realizadas com os diversos usuários atendidos. A experiência de entrada numa casa, de estabelecimento de vínculo, as estratégias terapêuticas utilizadas pelos acompanhantes ou profissionais de nível superior para trabalhar autocuidado, atividades de vida pessoal, comunicação, mobilidade, entre outros, podem ser reproduzidas ou aprimoradas em outras situações. Desta forma, não existe uma hierarquia de conhecimentos dentro das equipes APD, mas sim a integração de diferentes saberes, igualmente importantes para a condução do cuidado.

Tecnologias em Saúde - tecnologia leve, leve-duras e duras

As tecnologias em saúde compreendem tanto os recursos humanos quanto os materiais, facilitando processos gerenciais e a administração de medicamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados em saúde são prestados aos usuários (MS, 2009).

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias classificam-se em leves, que são as tecnologias de relações, leve-duras que são os saberes bem estruturados e duras que são os equipamentos tecnológicos, máquinas. Sendo assim podemos considerar:

- Tecnologias leves: relação profissional-usuário que engloba acolhimento, vínculo, busca de autonomia, através de diálogo ou escuta qualificada. Pode ser percebida tanto na relação dual quanto nas relações coletivas em lugares de cuidado em saúde;
- Tecnologias leve-duras: compreendidas pelas formações e conhecimentos de caráter técnico-científicos específicos, como por exemplo a clínica psicanalítica;
- Tecnologias duras: audiômetro, balanças, tomógrafos, aparelhos de ressonância, otoscópio etc.

As equipes APD se utilizam principalmente das tecnologias leves, tendo o vínculo, a escuta e o diálogo como ferramentas fundamentais para o desenvolvimento de potencialidades e autonomia dos sujeitos. Conhecimentos técnicos sobre a deficiência intelectual integram este processo, ajudando a qualificar e costurar as diversas estratégias de intervenção no território.

Política Nacional de Humanização - PNH: diretrizes e dispositivos para o cuidado

A Política Nacional de Humanização-PNH ou HumanizaSUS foi lançada pelo Ministério da Saúde em março de 2003, tendo como princípios a transversalidade (ampliação da comunicação e transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos envolvidos na produção da saúde), a indissociabilidade entre a atenção e a gestão e também o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Entre as diversas diretrizes e dispositivos da PNH, algumas precisam fazer parte do fazer cotidianos das equipes APD, cabendo destacar:

Acolhimento

O acolhimento é direito de todos e responsabilidade de toda a equipe, constituindo-se como “ferramenta tecnológica relacional de intervenção para escuta, construção de vínculo, garantia do acesso e resolutividade do serviço (OLIVEIRA, 2010)”.

Acolher implica escutar a queixa, os medos e as expectativas do usuário, identificar riscos, vulnerabilidades e como ele ou sua família percebem sua saúde. Além disso, está relacionado a um processo de corresponsabilização da equipe para dar uma resposta ao problema/demanda/necessidade do usuário (REIS, 2014).

Clínica Ampliada e Compartilhada

Este conceito está relacionado à importância da integração de trabalhadores da saúde de diferentes áreas para um cuidado compartilhado, que vai além da dimensão biológica do sujeito.

Tem como objetivo, ainda, a corresponsabilização do usuário na produção de sua saúde, assim como ampliação de sua autonomia, da família e da comunidade. Para tanto, é fundamental o estabelecimento do vínculo, a escuta e compreensão do processo de adoecimento.

Cogestão

A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, democratizando as relações no campo da saúde. Leva em consideração, portanto, que a gestão não é um espaço exclusivo de especialistas, mas que todos os atores são fundamentais para as tomadas de ações da equipe de saúde. Este conceito busca ampliar a capacidade de produção de saúde, ao mesmo tempo que amplia o sentido dado ao trabalho realizado (MS, 2004).

Ao considerar este modelo de gestão, todos são envolvidos nos processos de trabalho e na construção de ações coletivas.

Projeto Terapêutico Singular

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia de cuidado em saúde que visa à promoção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Ele é elaborado de maneira individualizada e considera as necessidades e desejos de cada pessoa, levando em conta sua história de vida, suas redes de apoio e suas potencialidades. O PTS tem como objetivo integrar diversos profissionais e serviços em um trabalho conjunto, visando a um cuidado mais completo e efetivo. Sua elaboração e implementação são feitas de forma participativa, envolvendo o usuário, sua família e a equipe de saúde. Dessa forma, busca-se o fortalecimento do vínculo terapêutico e o desenvolvimento de ações que promovam a saúde mental e o bem-estar do indivíduo.

A elaboração do PTS implica realização de um diagnóstico a partir de uma avaliação biopsicossocial, que permita identificar riscos, vulnerabilidades do usuário, suas características, desejos, necessidades, interesses, família e rede social. Implica, ainda, definição de ações e metas, divisão de responsabilidades e reavaliação periódica.

Existem alguns instrumentos que podem ser utilizados pelas equipes para a abordagem familiar:

- **Genograma**: É uma representação gráfica da história familiar que mostra as relações de parentesco e informações relevantes sobre os membros da família, como idade, gênero, estado civil, doenças hereditárias, eventos traumáticos, entre outras características importantes. O genograma é uma ferramenta que ajuda a identificar as dinâmicas familiares que possam influenciar o bem-estar

emocional de um indivíduo, os padrões familiares, traumas, auxiliando no planejamento e intervenção terapêutica. O genograma é uma representação visual que pode fornecer informações valiosas para que o terapeuta, a pessoa e sua família compreendam melhor a dinâmica familiar, suas influências e desafio (Kramer,S, & Berduzzi, R., 2016).

- **Ecomapa**: É uma ferramenta visual que mapeia as relações e interações de um indivíduo ou família com seu ambiente. Ele é usado para identificar os recursos e apoios disponíveis, bem como os desafios e fatores de estresse presentes no ambiente. O ecomapa inclui várias informações, como as relações familiares, conexões com amigos e comunidade, ambiente físico e serviços de saúde e sociais. O objetivo é obter uma compreensão abrangente do ambiente em que uma pessoa vive e como isso pode afetar seu bem-estar (Barbosa, M. F., & Santos, L.M., 2014).

Para maiores esclarecimentos quanto ao genograma e ecomapa, sugerimos a leitura do documento em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/86/1/familia.pdf>

A Estratégia Apoiador de Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual

Objetivo Geral

Propor e executar projetos terapêuticos no território junto às pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, de forma articulada à rede de serviços, a fim de ampliar a autonomia, protagonismo, cuidado em saúde, participação, suporte social e de evitar processos de exclusão, marginalização e institucionalização.

Objetivos específicos

- Ampliar o acesso e favorecer a permanência e vinculação das pessoas com deficiência intelectual nos diversos equipamentos, serviços e ações de saúde no território de moradia, possibilitando processos de inclusão;
- Desenvolver ações que contribuam para a criação, manutenção e fortalecimento de vínculos familiares e sociais;
- Promover, estimular e favorecer a funcionalidade das pessoas com deficiência, tendo como base os domínios da CIF: aprendizagem e aplicação de conhecimento; comunicação; mobilidade; cuidados pessoais; vida doméstica; educação, trabalho e vida econômica; relações e interações interpessoais, vida comunitária, social, cultural e política;
- Contribuir para a reorganização da dinâmica familiar, de forma a estimular a cooperação de todos no cuidado à pessoa com deficiência;
- Identificar barreiras e facilitadores à execução de atividades e participação das pessoas com deficiência, sejam estes relacionados ao ambiente, atitudes, apoios e relacionamentos, produtos e tecnologias ou serviços, sistemas e políticas (CIF);
- Prevenir agravos, promover a maior autonomia possível e desenvolver potencialidades da pessoa com deficiência;
- Articular e participar da construção e execução de projetos terapêuticos singulares junto aos equipamentos de saúde do território, família e pessoa com deficiência, incluindo a promoção da saúde dos familiares/cuidadores;

- Articular intra e intersetorialmente, discutir casos, oferecer apoio e realizar atendimentos compartilhados que contribuam para a participação da pessoa com deficiência em espaços terapêuticos, sociais, de lazer e trabalho;
- Identificar e contribuir para a quebra de práticas e posturas capacitistas no território, que reforçam estigmas e desumanizam pessoas com deficiência e seus familiares;
- Identificar, acionar e mobilizar serviços da rede em casos de violência e perda de garantias;
- Evitar, sempre que possível, processos de institucionalização, atuando de forma integrada à rede de proteção social para a garantia de direitos;
- Compor a RAS e rede intersetorial como apoio matricial e referência de área de saber, a fim de fortalecer sobretudo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

População Alvo

Pessoas com deficiência intelectual nos diferentes ciclos da vida, independentemente da gravidade, que necessitam de suporte/apoio para o cuidado em saúde, bem como ampliação da autonomia, independência, protagonismo, participação social e fortalecimento da rede familiar e comunitária.

Considerações sobre a população alvo da estratégia:

- Visa beneficiar pessoas com deficiência intelectual em situações de vulnerabilidades, dificuldade em acessar a rede intra e intersetorial, bem como situações em que a família/comunidade necessita de apoio para o manejo;
- É importante que a família resida na área de abrangência de intervenção das equipes e que algum membro da família ou responsável legal esteja presente durante o processo de acompanhamento;
- A deficiência intelectual pode ser leve, moderada, grave, profunda ou ainda não especificado, sendo que os PTS devem considerar as diferentes necessidades das pessoas e suas famílias;

- Pessoas com suspeita de deficiência intelectual podem se beneficiar da estratégia, recebendo as intervenções necessárias e compondo o processo diagnóstico;
- A presença de outras deficiências associadas não inviabiliza o acompanhamento pela equipe, sendo mantidos os objetivos da estratégia, em composição com outros equipamentos da rede;
- No caso de transtornos mentais associados, quando há desorganização psicossocial, crises ou manifestações do transtorno que tornam difícil a intervenção da estratégia, é necessário o envolvimento da RAPS para intervenção prévia ou compartilhada;
- No caso de pessoas institucionalizadas em SAICAS, RI ou SRT a estratégia deve atuar de forma integrada aos profissionais destes equipamentos, desenvolvendo ações complementares às já previstas por cada um destes equipamentos e/ou constituindo-se como suporte matricial. No caso de institucionalização de casos acompanhados pelo APD, a equipe deve atuar de forma compartilhada com a equipe da instituição.

Metodologia e operacionalização

A Estratégia APD atua em território definido, desenvolvendo ações nos domicílios, no território e nas unidades de saúde. Este território coincide com a abrangência do CER, sendo que nas unidades com mais de uma equipe APD, é preciso fazer divisão por UBS, considerando aspectos de deslocamento da equipe.

Para o desenvolvimento das atividades, as equipes **mapeiam os recursos existentes na comunidade**, já que as ações de reabilitação propostas têm enfoque territorial. Este mapeamento pode partir dos recursos que são de conhecimento da equipe, sendo ampliado a partir do contato com informações de outros equipamentos e espaços comunitários.

Cabe ressaltar que esta articulação e construção de rede no território é ação contínua das equipes, considerando as transformações no território, e as necessidades específicas de cada pessoa atendida.

Acesso e Avaliação

Tendo em vista que a Estratégia é parte integrante do CER, o acesso deverá ocorrer preferencialmente a partir da avaliação multiprofissional em reabilitação intelectual no CER agendada pelo SIGA, porém, considerando a vulnerabilidade que muitas pessoas com deficiência intelectual vivenciam, a identificação da demanda para a Estratégia também deverá ocorrer a partir da sensibilização das redes, matriciamento junto às UBS, e quando necessário, da busca ativa no território.

Independentemente da porta de entrada, os usuários deverão, sempre que possível, passar pelo processo de avaliação multiprofissional no CER e manter o acompanhamento sistemático na UBS.

Na avaliação multiprofissional é levantado o histórico de vida da pessoa, sua expectativa e a da sua família, são analisados aspectos relativos às necessidades, terapias e identificadas habilidades e potencialidades, atividades e participação social, assim como fatores ambientais e pessoais que possam se constituir como barreiras ou facilitadores ao processo de inclusão.

Na avaliação, é preciso que a equipe esteja atenta para identificar a necessidade de suporte/apoio diferenciado que requer intervenções mais sistemáticas no domicílio ou na comunidade para ampliação da autonomia, protagonismo, participação social e fortalecimento da rede familiar e comunitária.

É recomendado que profissional da equipe técnica APD participe das avaliações multiprofissionais de reabilitação intelectual do CER e das discussões de caso. Sugerimos que a avaliação multiprofissional em reabilitação intelectual seja realizada por faixa etária (horário diferenciado para RN de risco), priorizando a participação da equipe em avaliações de usuários com maior probabilidade de inserção na Estratégia. Independentemente desta participação, é fundamental que todos os profissionais do CER possam identificar e conhecer a Estratégia, para compreender a necessidade de acompanhamento e previsão deste recurso no PTS.

Uma vez identificada a necessidade da Estratégia, a equipe procederá o Cadastro APD (ANEXO III) e irá realizar avaliação complementar, buscando todos os subsídios necessários à intervenção. Vale ressaltar que o fato do usuário ser contemplado pela Estratégia não exclui a possibilidade de ele ser inserido em outros recursos terapêuticos no CER.

A avaliação complementar (ANEXO IV) ocorre na casa do usuário, sendo realizada por pelo menos 2 integrantes da equipe técnica. Um acompanhante poderá estar presente, conforme a organização da equipe.

A entrada da equipe na casa é uma oportunidade para ouvir e entender melhor as maiores dificuldades, desejos e expectativas da pessoa e família, assim como de começar a conhecer como a pessoa vive, como se dão as dinâmicas familiares, relações, papéis e de identificar o lugar da pessoa com deficiência na família.

Durante a avaliação complementar, os profissionais da equipe APD devem considerar diferentes aspectos da pessoa atendida, como suas habilidades cognitivas, emocionais e sociais, bem como sua capacidade de comunicação e interação com o ambiente. Além disso, é importante verificar se há possíveis comorbidades ou dificuldades adicionais que possam impactar no desenvolvimento e na aplicação da estratégia APD.

Deverá ser considerada também a intersecção entre deficiência e outros fatores que podem ampliar a vulnerabilidade das pessoas com deficiência, como identidade de gênero, orientação sexual, cor da pele, raça, idade, religião e status socioeconômico.

Para além do cuidado às pessoas com deficiência intelectual atendidas, a equipe APD pode participar e contribuir, com seu olhar, em discussões de outros casos complexos do CER e, dependendo desta discussão e avaliação do benefício, oferecer suporte e participar pontualmente/por período específico de alguma intervenção compartilhada.

Projeto Terapêutico singular - PTS

A partir da avaliação, será elaborado projeto terapêutico singular - PTS (ANEXO V), sempre que possível em conjunto com a pessoa, família ou responsável, UBS de referência e demais serviços do território. Este projeto contém objetivos iniciais de intervenção, que são pactuados com os envolvidos e constantemente revistos de acordo com a dinâmica do trabalho e o processo terapêutico em curso.

O projeto deve refletir o reconhecimento do usuário como sujeito de desejos, oferecendo-lhe um novo lugar, que incite uma transformação da invisibilidade a ele muitas vezes imposta. Suscitar, relevar, reconhecer e fortalecer os desejos do usuário favorece resultados mais saudáveis e vidas mais potentes.

A matriz da CIF constitui importante ferramenta para discussão da equipe, considerando o raciocínio de funcionalidade que traz em seu bojo e a ampliação para as diversas áreas da vida.

A importância do vínculo

A estratégia inicial do projeto terapêutico deve ser focada na criação do vínculo e no protagonismo do desejo do usuário.

O vínculo é a principal ferramenta ou instrumento para que o acompanhamento tenha potência e o processo desencadeado pelo PTS seja efetivo. Ele começa no processo de avaliação e se fortalece no decorrer do trabalho.

Mais que orientar, a equipe APD tem como característica “fazer com”, ou seja, participar com a família e com a comunidade nos processos de inclusão. Acompanha e intervém, se necessário, como por exemplo em atendimentos de saúde, atividades culturais, esporte, lazer e educação, auxilia na mediação de acordos, além de dar suporte às ações de empregabilidade.

Para que o “fazer com” seja possível é necessário que um vínculo esteja estabelecido, em especial entre o usuário e os profissionais da equipe.

Execução do PTS

As ações são desenvolvidas tanto pelo acompanhante como pela equipe técnica, de acordo com as necessidades identificadas em cada caso. Envolvem, ainda, a participação dos serviços do território. Nesse processo, ações de matriciamento são fundamentais para alinhar as condutas compartilhadas e complementares. A ideia do matriciamento é multiplicar o olhar da potencialidade da pessoa com deficiência e dos suportes que são necessários para que sua inclusão seja possível nos diversos espaços sociais e na família.

As intervenções de suporte são realizadas de forma contínua, dependendo da necessidade de cada caso. Estas ações acontecem de forma sistemática no domicílio, na unidade de saúde ou na própria comunidade, conforme o planejado no projeto terapêutico elaborado.

A participação intensa no cotidiano da pessoa e sua família confere à Estratégia APD um diferencial que se soma à atuação de outras equipes de saúde, tanto da atenção básica quanto da especializada. A proximidade/vínculo estabelecido no cuidado às famílias/pessoas assistidas potencializa as ações

desenvolvidas pelas equipes do território e, por vezes, promove à equipe APD o papel de mediador no envolvimento das outras equipes de saúde.

Nos domicílios, o trabalho com as atividades de vida diária transforma o olhar e a dinâmica familiar, quando a pessoa com deficiência, tendo suportes diferenciados, consegue maior autonomia e passa a ocupar lugar de maior reconhecimento pela família e comunidade.

No território, as pessoas atendidas participam de grupos coordenados pelos diversos equipamentos de saúde e de outros setores, como grupos de caminhada, medicinas tradicionais, homeopatia e práticas integrativas em saúde, oficinas de reciclagem, artesanato, horta, teatro, circo, atividades esportivas, entre outras, com apoio e acompanhamento das equipes, propiciando uma transformação de paradigma para todas as pessoas envolvidas.

Quando os grupos são conduzidos pela equipe APD, enfatiza-se a participação das pessoas com deficiência em todas as etapas do planejamento das atividades, de forma a estimular e promover o protagonismo.

A inserção e participação da pessoa com deficiência nos diversos serviços e equipamentos ocorrem por meio de intervenções de acesso das equipes, que articulam, dão suporte, acompanham e monitoram o acesso e permanência da pessoa.

O trabalho no território acontece também em espaços de convivência, como praças, estabelecimentos comerciais e ruas. Assim, as equipes trabalham o território como um espaço de possibilidades, de trocas com o ambiente e com outros sujeitos, reavivando a potência criativa do usuário, e fortalecendo seu protagonismo, mesmo frente a possíveis dificuldades.

Outra ação que ocorre no território é o treino de trajeto, realizado com pessoas com deficiência para que ampliem a circulação social, tenham independência, autonomia e exerçam a cidadania da melhor forma possível.

Embora o PTS contemple o suporte às famílias, no decorrer do trabalho pode ser identificada a necessidade de intensificar esse apoio. Nestas situações a equipe técnica elabora, executa e articula estratégias de intervenção mais específicas, como atendimentos sistemáticos e grupos terapêuticos. Essas estratégias visam também sensibilizar a família ou cuidador quanto às mudanças que surgem a partir da intervenção.

É fundamental que a equipe técnica acompanhe de perto o progresso da pessoa atendida, realizando ajustes e adaptações no plano de intervenção

conforme necessário. Além disso, a equipe deve estar aberta ao feedback dos familiares e da própria pessoa atendida, buscando sempre aprimorar as ações, realizando a revisão e gestão do PTS (ANEXO VI). Essa abordagem colaborativa é fundamental para o sucesso da estratégia APD e para o desenvolvimento das habilidades e funcionalidade da pessoa atendida.

Os PTS podem ser

- Simples: são os projetos terapêuticos compreendidos pela realização de um atendimento semanal pelos acompanhantes;
- Intermediários: são os projetos terapêuticos que envolvem a realização de dois a três atendimentos semanais pelos acompanhantes;
- Intensivos: são os projetos terapêuticos que envolvem a realização de quatro ou cinco atendimentos semanais pelos acompanhantes.

A intensidade do PTS na estratégia APD tem relação direta com **periodicidade** das intervenções dos acompanhantes no PTS, e não com a “complexidade/dificuldade” do caso.

- Variável: este tipo de PTS não tem relação com a frequência de atendimentos e ocorre em situações em que:
 - ainda não é viável a entrada do acompanhante ou se identifica a necessidade de um suporte pontual. Geralmente é operacionalizado pelo núcleo técnico e tem por objetivo acompanhar, reavaliar; monitorar; orientar, incluir, compor e articular a rede, principalmente em casos de grande vulnerabilidade social, situações de violência, crises ou instabilidade, transtornos mentais no usuário e/ou na família, questões clínicas, entre outros;
 - no momento em que se identifica melhora na autonomia e/ou fortalecimento do suporte familiar e social, como preparo para alta, de modo a garantir a descontinuidade do cuidado de forma responsável e gradual;

- no momento em que a equipe identifica que a família não consegue sustentar as transformações necessárias suscitadas pelo PTS e dessa forma dificulta a realização das atividades pactuadas anteriormente, por exemplo, agendando outros compromissos no horário do atendimento. Estes casos podem ser inseridos em PTS intermitentes enquanto a equipe realiza a articulação da rede para definir as mudanças nas estratégias terapêuticas ou a interrupção do atendimento pela Estratégia.

São muitas as variáveis que podem influenciar na definição desta intensidade. Os critérios podem considerar desde a disponibilidade dos usuários/rede de suporte, bem como a necessidade de apoio e metas estabelecidas diante da caracterização do caso, que não se relacionam diretamente com sua complexidade.

Dentre as variáveis que apontam a necessidade do aumento ou diminuição da periodicidade/intensificação dos atendimentos, têm-se: a complexidade do caso, agravos da exclusão social, ampliação dos treinos, ações de cuidado, fortalecimento de medidas protetivas, garantias de acessos, acometimentos à saúde e disponibilidade dos usuários e/ou rede de suporte social/familiar.

A intensidade do PTS precisa partir de uma avaliação técnica e, necessariamente, contemplar estratégias que considerem o contexto e a análise situacional de cada caso, porém recomenda-se que a frequência dos atendimentos seja de no mínimo uma vez por semana.

Lembrem-se:

O tipo de PTS não está relacionado à complexidade do caso, uma vez que são muitas as variáveis que irão influenciar na periodicidade do acompanhamento.

Caracterização dos atendimentos domiciliares

A Estratégia APD é de abordagem territorial e comunitária, desta forma os atendimentos domiciliares devem estar previstos para todos os usuários, respeitando suas necessidades e singularidades.

Os atendimentos domiciliares são importantes ferramentas para os serviços de saúde, pois quando realizados com caráter profissional e técnico, ilustram situações inerentes às realidades dos usuários e possibilitam ações de cuidados potentes e eficazes.

Na moradia do usuário é possível que os profissionais de saúde observem e compreendam os arranjos familiares, suas relações e o modo de vida do usuário e família. Na maioria dos casos, o papel que cada um dos membros desta família exerce fica evidente, de modo a deflagrar qual o lugar que a deficiência ocupa na composição familiar e como é a participação social da pessoa com deficiência neste grupo que ela está inserida.

Além das questões relacionadas à dinâmica familiar, na moradia, os profissionais podem planejar atividades e treinos que são factíveis em cada uma das organizações domésticas, que variam, inclusive por decorrência das vulnerabilidades sociais. As atividades, ações, orientações e treinos personalizados à singularidade de cada usuário atendido, potencializa a eficácia do PTS, promove a identificação do usuário e fortalece o trabalho desempenhado pela equipe.

As entradas nas moradias dos usuários precisam ser sempre consentidas, respeitadas, profissionais e éticas. Para que isto ocorra, é fundamental a existência do vínculo.

Os atendimentos podem ser realizados da seguinte forma:

- **Atendimento domiciliar do acompanhante**

Precisa ter uma frequência estabelecida no PTS, conforme acordo prévio realizado entre usuário-família-equipe APD. Têm sempre objetivos claros e visa executar nas moradias as ações de cuidado conforme a união dos saberes, materializando na prática o PTS idealizado e sendo também um dispositivo de mensuração do desenvolvimento terapêutico.

- **Atendimento domiciliar do profissional técnico**

Caracteriza a necessidade da intervenção técnica e precisa acontecer para todos os usuários, ainda que numa frequência assistemática, pois além de ser importante para o desenvolvimento do PTS, faz parte da atribuição do núcleo técnico, que precisa estar em constante movimento no território dentro da organização de uma agenda.

A intervenção realizada nas visitas domiciliares pelos profissionais do núcleo técnico podem ter muitos objetivos, tais como: aplicabilidade de alguma técnica, orientações específicas; re-contratualização de PTS; avaliação e reavaliação, acolhimento de novas demandas e outras necessidades que a equipe julgar necessária.

- **Atendimento domiciliar compartilhado**

É o atendimento realizado entre profissionais do núcleo técnico e acompanhantes. É um instrumento potente na identificação de possíveis dificultadores do desenvolvimento do processo terapêutico e precisa ser realizado com periodicidade, pois revela o quanto a equipe está integrada e o quão potente é a junção de saberes e fazeres, na realização das atividades propostas.

Também podem viabilizar diálogos entre a tríade usuário/família - núcleo técnico - acompanhantes, pactuar corresponsabilidades e mediar possíveis conflitos.

Os profissionais do núcleo técnico precisam realizar ações compartilhadas ou não, para todos os atendidos pelo menos 1x ao mês e visitas domiciliares no máximo a cada 2 meses.

Aspectos relacionados à CIF e estratégias terapêuticas

O foco de atuação das equipes com o usuário se direciona principalmente para os componentes da CIF. Desta forma, para ampliar a autonomia, independência, protagonismo e inclusão social, os PTS elaborados devem prever ações relacionadas aos domínios da CIF e as equipes devem planejar atividades e estratégias terapêuticas adequadas que promovam a funcionalidade e qualidade de vida.

Sob a óptica da CIF, é possível estabelecer um quadro de domínios de atividades e participação:

d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO	d570 Cuidar da própria saúde
d110 observar/assistir	
d115 ouvir	
d140 aprender a ler	
d145 Aprendendo a Escrever	
d150 Aprendendo a Calcular (<i>Aritmética</i>)	
d175 resolver problemas	
d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS	D6. VIDA DOMÉSTICA
d210 realizar uma única tarefa	d620 Aquisição de bens e serviços (<i>fazer compras, etc.</i>)
d220 realizar tarefas múltiplas	d630 Preparação de refeições (<i>cozinhar, etc.</i>)
d3. COMUNICAÇÃO	d640 Tarefas domésticas (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i>)
d310 Comunicação - recepção de mensagens verbais	d660 ajudar os outros
d315 Comunicação - recepção de mensagens não verbais	d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS
d330 fala	d710 Interações interpessoais básicas
d335 Produção de mensagens não verbais	d720 Interações interpessoais complexas
d350 Conversação	d730 Relações com estranhos
d4. MOBILIDADE	d740 Relações formais
d430 levantar e carregar objetos	d750 Relações sociais informais
d440 Uso fino das mãos (<i>pegar, segurar</i>)	d760 Relações familiares
d450 andar	d770 Relações íntimas
d465 deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA
d470 Utilização de transporte (<i>carros, ônibus, trem, avião, etc.</i>)	d810 Educação informal
d475 dirigir (<i>bicicleta, motos, dirigir um carro, etc.</i>)	d820 Educação escolar
d5. CUIDADO PESSOAL	d830 Educação superior
d510 lavar-se (<i>banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc.</i>)	d850 Trabalho remunerado
d520 Cuidado das partes do corpo (<i>escovar os dentes, barbear-se, etc.</i>)	d860 Transações econômicas básicas
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção	d870 Auto-suficiência econômica
d540 vestir	d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA
d550 comer	d910 Vida comunitária
d560 bebida	d920 Recreação e lazer
	d930 Religião e espiritualidade
	d940 direitos humanos
	d950 Vida política e cidadania

O olhar para as ações constantes nos diversos domínios deve ser realizado a partir dos desejos da pessoa e sua família, sendo que as reflexões das equipes e PTS a serem executados devem considerar o desempenho (o que uma pessoa faz no seu ambiente habitual), a capacidade (o que uma pessoa faz sem considerar o contexto), os facilitadores e barreiras do ambiente.

Geralmente as intervenções realizadas abordam diferentes aspectos, sendo que o compartilhamento de estratégias que vem sendo utilizadas pelas equipes pode contribuir para a construção e execução de PTS para os usuários e suas famílias.

Aprendizagem e aplicação de conhecimento

As pessoas com deficiência intelectual possuem processos de aprendizagem diferentes. É importante considerar que esse domínio está intrinsecamente relacionado às habilidades cognitivas e aos processos perceptuais auditivos e visuais - fatores imprescindíveis para a funcionalidade humana. Cada pessoa absorverá e assimilará o conteúdo de acordo com suas potencialidades individuais.

Para trabalhar atividades ligadas a esse domínio, as equipes podem utilizar várias estratégias e facilitadores como:

- Linguagem simples, apoios gráficos e tecnologias;
- Atividades com jogos;
- Orientações aos familiares.

Comunicação

O conceito de comunicação está relacionado a transmissão e compreensão de mensagens, ideias e sentimentos entre duas ou mais pessoas, ação essencial para troca de informações, aprendizagem e interação social.

A principal forma de comunicação ocorre por meio da fala ou escrita, mas gestos, sinais, expressões também se constituem como elementos importantes neste processo.

Muitas pessoas com deficiência intelectual podem ter história de atraso na aquisição da linguagem e apresentar dificuldades de comunicação, precisando de suporte e estratégias para poder ampliar sua interação social e possibilidades de se inserir no mundo.

É fundamental, desta forma, que as equipes identifiquem junto a pessoa e sua família seu histórico de vida, experiências de interação social, como se deu o desenvolvimento de linguagem, se houve atrasos, as intervenções recebidas, bem como identifiquem as estratégias de comunicação utilizadas e dificuldades para expressão e compreensão de sentimentos, desejos e para a interação social.

Os momentos de diálogo e trocas comunicativas precisam ser viabilizados em todas as práticas de cuidado, sejam estas direcionadas ao usuário ou de sua rede de suporte social, visto que é por meio da linguagem que a pessoa desenvolve e aprimora sua habilidade comunicativa e possibilidades de interação, ampliando laços e participação social. A ampliação de habilidades comunicativas potencializará, ainda, a expressão de desejos; denúncia de situações de violências; identificação de barreiras, facilitadores e principalmente a ampliação da autonomia e protagonismo da pessoa com deficiência intelectual.

Desta forma, faz-se necessário:

- Reconhecer a pessoa com deficiência intelectual como sujeito de fala, de direitos e de desejos;
- Propor estratégias que favoreçam e estimulem:
 - o o relato de vivências;

- o a expressão de opiniões, pensamentos e sentimentos
 - o as trocas dialógicas;
 - o momentos de interação social;
 - o aprimoramento dos aspectos de linguagem;
 - o a compreensão da realidade;
 - o a participação em grupos;
 - o vivências de comunicação em diferentes situações e aspectos de atividade e participação conforme o PTS em andamento.
 - o a valorização de toda intenção comunicativa do usuário, legitimando as mensagens emitidas e compreendidas;
- Conforme as avaliações e necessidades identificadas, utilizar de linguagem clara compatível à faixa etária e nível de escolaridade; sucinta e muitas vezes concreta, a fim de viabilizar a compreensão do usuário com deficiência intelectual;
- Utilizar de linguagem verbal (escrita ou oral), não verbal (símbolos, desenhos, gestos, expressões faciais, placas, músicas) ou híbrida;
- Observar como o corpo se expressa e o “uso” que o usuário faz desse corpo, tentando identificar possíveis gatilhos/comportamentos, junto a família.



Mobilidade

Pela CIF, o conceito de mobilidade está relacionado a diversos aspectos relacionados à pessoa e seu ambiente. A mobilidade, desta forma, pode estar relacionada à possibilidade de marcha e deslocamento em casa ou no território, uso do transporte ou mesmo mudança da postura corporal e manuseio de objetos.

O olhar para a mobilidade precisa ser pensado a partir da capacidade de locomoção de cada usuário, considerando também os casos com mobilidade reduzida, uso de cadeiras de rodas ou de outros meios auxiliares de locomoção e com impedimentos sensoriais.

Conforme as características das pessoas, seus desejos e possibilidades, para um trabalho com mobilidade é necessário identificar e avaliar as barreiras arquitetônicas e atitudinais, sensibilizar os familiares/rede de suporte e desenvolver ações no domicílio ou em espaços da comunidade, conforme planejado no PTS.

Estes podem estar relacionados a diversas ações, como:

- Estimular a mobilidade dentro do domicílio, reconhecer os cômodos da casa, favorecer a circulação por todos os espaços de moradia;
- Trabalhar o reconhecimento do bairro; escolha do tipo de deslocamento, e se este será realizado sozinho ou supervisionado;
- Identificar comércios locais, pontos de ônibus, UBS, hospitais, entre outros;
- Realizar treinos de trajeto pelos arredores da moradia para trabalhar noções de segurança;
- Estimular a circulação a pé;
- Identificar pontos de localização/referência;
- Estimular a família a ampliar o repertório social e realizar pequenos treinos com o usuário. Exemplo: dar pequenas tarefas, como comprar pão. Para os que possuem restrição de circulação, acompanhá-lo até a padaria, mas estimulá-lo a fazer o pedido;
- Trabalhar leis de trânsito (faróis, faixa de pedestre...);
- Realizar treinos de trajeto com foco na autonomia para a participação em espaços sociais, trabalho, entre outros;
- Identificar quais os meios de transporte que será utilizado;
- Criar estratégias para identificar o transporte através de recurso visual para os usuários que não são alfabetizados;

- Reconhecer as características dos transportes públicos como: letras, números, tipos de veículos, cores e horários;
- Auxiliar no acesso ao Bilhete Único Especial, Atende;
- Dependendo do usuário e PTS a equipe irá avaliar a necessidade do uso do carro do CER para garantir a mobilidade na comunidade.

A equipe também deve buscar compreender o território em que o usuário vive e suas necessidades de mobilidade, bem como identificar as melhores formas de circulação pelos espaços comunitários.

Quando o usuário apresentar autonomia e independência suficientes para circular livremente pela comunidade, os profissionais devem orientá-lo a sempre ter consigo uma identificação contendo nome, telefone e endereço, para que, em situações adversas, ele possa ser identificado e mantido em segurança.

Nos casos de pessoas que possuem outras deficiências além da intelectual, os profissionais devem estar cientes de quando Tecnologias Assistivas, como órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), podem facilitar a mobilidade do usuário, promovendo maior participação e sinalizando necessidades à rede de assistência à saúde.

A equipe deve estar atenta, ainda, à capacidade do usuário de circular pela comunidade de forma segura, autônoma e independente, desencadeando abordagens e intervenções para alcançar este objetivo.

É importante orientar sempre a família e/ou responsáveis sobre a possibilidade de o usuário ter uma circulação livre por diversos espaços na comunidade, como supermercados, serviços de saúde, comércios, praças, entre outros.

Ao pensar na circulação territorial, é fundamental que o projeto terapêutico se expanda do micro para o macro, ou seja, que leve em consideração as potencialidades do usuário, seus desejos e sua compreensão do espaço em que vive. Os treinos voltados a este domínio precisam ser sistemáticos; adaptados, quando necessários e os apoios devem ser retirados gradualmente, até que o usuário esteja apto a dar continuidade sozinho.



Cuidado Pessoal e Vida Doméstica

As estratégias para promover maior autonomia e independência nas atividades de autocuidado e vida doméstica precisam ser trabalhadas e estimuladas nas pessoas com deficiência intelectual, a fim de ampliar também sua participação social.

Autocuidado e vida doméstica referem-se às atividades do dia a dia, como escovar os dentes, tomar banho, alimentar-se, ir ao banheiro, realizar tarefas domésticas, preparar refeições, cozinhar, entre outros. Desta forma, é necessário:

- Identificar a necessidade do usuário;
- Observar como já é feita a atividade no domicílio;
- Avaliar o momento e o potencial do usuário;
- Sensibilizar o usuário e sua família sobre o tema, trazendo a importância do autocuidado para a melhora da qualidade de vida e bem estar e a importância da autonomia e independência na vida do usuário;
- Utilizar de estratégias que facilitem a realização da atividade, tais como: orientação, comando verbal, visual ou tátil, uso de desenho, ou sequência visual, recursos lúdicos, dramatização, treino prático, painel de autocuidado, checklist para execução;
- Utilizar de exemplos práticos compatíveis à realidade doméstica de cada usuário, a fim de viabilizar participação no ambiente familiar e/ou de convívio;
- Realizar grupos e oficinas sobre os temas envolvendo usuários e família;

- Apontar a importância da divisão de papéis referente às tarefas de vida doméstica levando em consideração o perfil de cada usuário, necessidades de auxílio e adaptações;
- Realizar ações programadas em dias e horários da semana. Por exemplo: de manhã, ao levantar, lavar o rosto e escovar os dentes;
- Confeccionar quadro de rotinas;
- Orientar as etapas da atividade e os objetivos que serão utilizados. Por exemplo: para escovar os dentes é preciso segurar a escova, colocar a pasta, levar a escova até a boca, escovar os dentes, enxaguar a boca, lavar a escova, guardar a escova;
- Ofertar kits de escovação fornecidos pela AB;
- Durante o banho, é importante nomear as partes do corpo;
- Estimular a escolha da própria roupa, treinar o manejo de botões, zíper, amarrar o cadarço ou substituir por cadarço de elásticos;
- Realizar treinos de preparo de alimentos, servir o próprio alimento e se alimentar de forma independente, seja com garfo ou colher;
- Estimular e trabalhar as tarefas da casa, como arrumar a cama, lavar a louça e limpar a casa.

É importante que as equipes APD compreendam que sua função não é a mesma de um cuidador de saúde, portanto é necessário trabalhar em conjunto, sem substituir o protagonismo do usuário e dos familiares/responsáveis. Reconhecer os avanços no PTS/atividades é fundamental para a promoção da autonomia do usuário e fortalecimento do seu papel diante da família.

Outra observação relevante é que muitas das atividades são realizadas no domicílio dos usuários, o que requer o estabelecimento de vínculo e intimidade terapêutica para evitar constrangimentos e garantir a eficácia dos treinamentos, sem que eles se tornem fonte de angústia.

Quanto à operacionalização, as estratégias precisam ser avaliadas levando em consideração a realidade das casas, a cultura, a composição familiar, a classe socioeconômica e as adaptações e apoios necessários. A implementação dessas estratégias deve ser acompanhada tanto pelo núcleo técnico quanto pelos acompanhantes, para que o atendimento ao usuário seja de qualidade e personalizado, levando em consideração sua singularidade de vida.

Se necessário trabalho para adequação de medicação a equipe deve:

- Sensibilizar o usuário e a família frente a importância de seguir as orientações médicas;
- Sensibilizar sobre o uso da medicação como parte do processo terapêutico, estimulando a apropriação de seu cuidado;
- Auxiliar na autopercepção do usuário e família sobre os efeitos colaterais, reações adversas e benefícios, com o objetivo de diminuir as interrupções tão comuns;
- Utilizar de estratégias que facilitem o controle da medicação pela pessoa e sua família, como:
 - o Montar caixa de medicação ilustrativa para auxiliar na organização e identificação dos medicamentos (com/sem comunicação alternativa);
 - o Montar painel de rotina com os horários dos medicamentos;
 - o Utilizar de recursos tecnológicos, como alarme de celular no horário da medicação.
- Auxiliar na adesão aos demais serviços de saúde;
- Acompanhar datas de retorno nas consultas, renovação de receitas e dispensação de medicamentos;
- Acompanhar em consultas, quando necessário.

Relações/Interações Interpessoais e Vida Comunitária, Social e Cívica

Nestes domínios as propostas realizadas no PTS vão depender, inicialmente, do grau de autonomia e independência das atividades realizadas pelos usuários, bem como quais papéis sociais que a pessoa com deficiência intelectual exerce. Muitos dos papéis sociais desempenhados por um indivíduo têm relação direta com os núcleos sociais/grupos que ele está inserido e as situações podem ser as mais distintas possíveis, visto que cada usuário é único e vai se expressar de forma diferente, ainda que o diagnóstico seja o mesmo.

As relações e interações são promovidas a partir da ampliação da participação social, por meio da mediação das relações com familiares, pares e comunidade, a fim de garantir o encorajamento e protagonismo dos usuários, nas suas experimentações do convívio social e suas relações, sejam elas já exploradas ou nunca vividas até o momento. É a interação social que vai aumentar o repertório

de vida do usuário, legitimando o seu “lugar” no mundo e ruptura com os “lugares” de segregação, para isto sugere-se:

- Identificar os interesses do usuário;
- Promover grupos para trocas de experiências;
- Promover vivências com usuários e cuidadores;
- Frequentar equipamentos do território que possibilitam a integração social, como parques, centro de esportes;
- Realizar atividades de lazer na comunidade ou locais públicos, pontos turísticos da cidade e entretenimento, cinema, teatro, museu;
- Circular na comunidade e realizar ações no território;
- Promover eventos em datas comemorativas.

Vale ressaltar que na maioria dos casos atendidos pela APD, as pessoas com deficiência intelectual estão cercadas por atitudes capacitistas e de barreiras de caráter atitudinais, que vão diminuir a sua participação social ou deixá-las em uma posição infantilizada em seu meio. Mesmo em casa, as pessoas com deficiência intelectual, podem estar excluídas de atividades e momentos de interação sob a narrativa da superproteção ou do subjugamento, assumindo papéis sociais incompatíveis com o seu potencial e faixa etária.

Ao se pensar processos de trabalho sobre estas atividades, a rede de suporte social do usuário também precisa ser sensibilizada e trabalhada, para que, livremente, o usuário tenha condições de fazer e exercer escolhas, desenvolver sua cidadania, acessar políticas e ser um cidadão de direitos e garantias.

Áreas principais da vida: educação, trabalho e vida econômica

É necessário considerar que a educação é um grande desafio enfrentado por pessoas com deficiência, principalmente no contexto da educação formal. Isso se deve a vários fatores, desde o fato de a Lei Brasileira da Inclusão ser uma garantia recente para pessoas com deficiência até a angústia dos familiares diante das dificuldades das pessoas com deficiência intelectual em compreender conteúdos pedagógicos formais e adquirir habilidades de leitura e escrita.

No entanto, a equipe Apoiador da Pessoa com Deficiência (APD) precisa ser uma facilitadora para tornar a inclusão escolar uma realidade para as pessoas com deficiência, tanto na implementação do PTS quanto na organização e articulação da rede intersetorial. É importante lembrar que a escola, especialmente a de ensino

regular, é um ambiente propício para novas aprendizagens que vão além do "universo" das letras e números. Dessa forma, a equipe de APD precisa estar atenta às necessidades de ampliação junto aos profissionais da educação e à instituição em que o usuário está matriculado. A exposição à diversidade e a interação com colegas e profissionais da educação ampliam as possibilidades não apenas para os alunos com deficiência, mas também para aqueles que não vivenciam qualquer tipo de deficiência em seus corpos.

Ao mapear o território e compreender a comunidade em que o usuário está inserido, a equipe pode identificar outros recursos que serão facilitadores nos processos de aprendizagem relacionados à educação formal e informal, como cursos profissionalizantes e oficinas, que contribuirão para a formação profissional e o exercício de uma atividade remunerada.

A empregabilidade é outra possibilidade dentro da estratégia de APD. No entanto, é importante ressaltar que a equipe não é especializada na metodologia de "emprego apoiado", mas pode utilizar técnicas ou orientações que permitam o acesso ao trabalho. Outro ponto a ser considerado é que o trabalho está relacionado à dignidade humana, mas o desejo do usuário em exercer uma função empregatícia precisa ser expresso e não imposto de forma hierárquica.

Algumas estratégias podem ser utilizadas para trabalhar a empregabilidade, como:

- Entender se há interesse por parte do usuário em trabalhar;
- Orientar a família que o BPC pode ser novamente solicitado em caso de perda de emprego;
- Sensibilizar a família sobre o ganho emocional/ psíquico com o sentimento de valorização e pertencimento social conquistado pelo trabalho;
- Buscar na rede empresas parceiras;
- Estimular a comunicação e interação social dos usuários através de grupos;
- Realizar oficinas de elaboração de currículo;
- Fazer treino/ simulação de apresentação e entrevistas;
- Realizar treinos de diálogos;
- Propor rodas de conversa sobre o mundo do trabalho (o que faz um padeiro, como um cliente gostaria de ser atendido, como é a rotina de alguém que trabalha?)

- Simular a entrega de currículos e acompanhar sua entrega;
- Quando necessário acompanhar no dia da entrevista;
- Treino de trajeto até o trabalho;
- Na fase de monitoramento (após inserção do mercado de trabalho), acolher as angústias e frustrações do convívio social, dialogar sobre as vivências do dia-a-dia e estimular a expressão dos sentimentos gerados pela nova vivência;
- No surgimento de situações desafiadoras/dificuldade de adaptação, analisar a situação junto ao usuário, construindo conjuntamente soluções para o problema.

Vale ressaltar que as questões relacionadas à atividade financeira também podem ser trabalhadas pela equipe de APD. No entanto, é recomendável que não haja manipulação de valores monetários, mas que seja feito por meio de orientação, atividades lúdicas ou gráficas, com a participação de responsáveis e/ou familiares.

Articulação da Rede

Etimologicamente, a palavra "rede" origina-se do latim *rete*, *retis*, com o sentido de teia (de aranha); rede, laço; sedução (Houaiss, 2001). Na área da saúde entendemos que a rede é dinâmica, formada por pessoas que, segundo Meneses 2010, criaram vínculos de diversas qualidades e intensidades; e as ligações mostram relacionamentos ou fluxos entre elas. Um nó pode ser tecido por diversas formas comunicacionais, pelas relações e pelos vínculos, dentre outras (GONCALVES, et al., 2015).

Na saúde partimos do pressuposto de Redes quentes, pois ela deve ser dinâmica e estar em constante movimento, transformação, ampliação, e fortalecimento, as equipes da estratégia APD possui um papel essencial propiciam encontros diversos, não somente por estar em constante articulação com os equipamentos ou profissionais, mas também caminhando junto as pessoas com deficiência, empoderando e fortalecendo seus processos de cuidado e de toda comunidade.

Desta maneira, seguem algumas etapas importantes para este processo de construção de rede:

- Conhecer os serviços e equipamentos intersetoriais do território: realizar visitas previamente agendadas, para conhecer as particularidades de cada

um, seus processos de trabalho e os atores nela envolvidos (profissionais, gestão e comunidade);

- Apresentar a Estratégia APD, nos diversos níveis de cuidado;
- Promover encontros para Matriciamento do APD com as UBS de referência, construindo assim, discussões e propostas de intervenção terapêutica ao usuário. A premissa territorial da equipe APD facilita que estes ocorram in loco e o cronograma deve ser construído conforme a necessidade de cada UBS;
- Participar sempre que possível, de matriciamento/reuniões pré-existentes no território, por exemplo, Saúde Mental, Reabilitação, Conselho Gestor, STS, dentre outros. Principalmente, quando a Pessoa com Deficiência é acompanhada por mais de um equipamento, a equipe APD deverá tentar participar do espaço já pré existente entre eles, alinhando e fortalecendo ainda mais o seu PTS;
- Favorecer reuniões internas para mitigar a invisibilidade da deficiência intelectual e buscando ferramentas para ampliar a estratégia de atuação;
- Sensibilizar a família (incluindo a pessoa com deficiência) quanto a garantia de seus direitos e o potencial de estar em todos os locais, com sua participação singular e cuidadosa. Oferecendo ferramentas para que constituam um papel ativo neste processo;
- Ir junto à pessoa com deficiência nos espaços comunitários, garantindo sua inclusão efetiva;
- Fortalecer as relações com espaços para além de equipamentos de saúde: clube escola, ONG, associações, mercado de trabalho e recursos da comunidade.

Momento da alta

Diante do vínculo estabelecido pela proximidade das equipes APD, que atuam no domicílio ou compartilham de espaços na comunidade junto às pessoas com deficiência e suas famílias, o momento da alta pode ser ainda mais desafiador.

Neste processo, é preciso avaliar se o usuário e sua rede de suporte social conseguem manter o ganho da autonomia, independência, emancipação e sua participação e acompanhamento nos serviços de saúde e de outros setores do território.

O processo de alta precisa ser responsável, cauteloso e pautado pela comunicação entre os diversos atores para que não sejam retomados contextos de exclusão e diminuição da participação social na ausência da estratégia.

Quando o usuário estiver inserido em outros recursos terapêuticos do CER, este processo precisa ser articulado e discutido na equipe como um todo. O mesmo deverá ocorrer com a UBS de referência de moradia do usuário, que precisa continuar se responsabilizando pelo cuidado em saúde.

As seguintes situações direcionam para o processo da alta:

- Alcance dos objetivos do PTS;
- Identificação de impossibilidade da família ou instituições de moradia de prosseguir com o PTS. A equipe deverá discutir o caso, rever o PTS e optar em última instância por monitoramento ou desligamento;
- Mudança de região; neste caso a equipe deverá articular a transferência do usuário para o APD do novo território a fim de evitar a descontinuidade do cuidado. Atentar-se para as regiões sem a estratégia APD, pois se faz primordial o compartilhamento do caso para a UBS de referência;
- Óbito.

Considerações

- O desligamento deverá, dentro do possível, ocorrer de forma gradual, sendo planejado com a família/cuidador;
- Antes da alta, quando os objetivos são alcançados, o usuário deverá ser inserido PTS variável para acompanhar se as transformações ocorridas foram sustentadas pela família e rede;
- A equipe APD deverá comunicar a UBS sobre a alta, através do resumo da alta e reunião, conforme necessidade e/ou complexidade do caso;
- O resumo de alta também poderá ser entregue a qualquer momento, se assim for solicitado pela pessoa com deficiência e/ou seus responsáveis.

Para o processo de alta deverá ser reaplicado o formulário de Cadastro da APD (ANEXO III), bem como ofertado o resumo de alta do usuário, favorecendo o olhar sobre transformações nos diversos aspectos da vida destas pessoas e famílias. Tal estratégia contribui também para que a família e a própria pessoa identifiquem as transformações vivenciadas durante o processo terapêutico.

Prontuários e Registros das Atividades

Todas as atividades da Estratégia APD deverão ser registradas em instrumentos específicos e obrigatoriamente em prontuário único do CER.

Por se configurar como uma das intervenções possíveis no processo de reabilitação da pessoa com deficiência intelectual no CER, o prontuário único faz com que as informações sobre o usuário circulem em sua totalidade, não havendo prejuízo no histórico do cuidado em reabilitação, pois ainda que em estratégias e recursos terapêuticos diferentes, são ações que pertencem ao mesmo usuário e serviço de reabilitação.

Para monitorar diretamente as ações dessas equipes, em 2022 a SMS criou procedimentos municipais, sendo:

- **0301049084 - INTERVENÇÕES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA APD**

DESCRIÇÃO: Intervenções da equipe multiprofissional APD com usuários, famílias e articulação com os recursos do território visando ao fortalecimento e suporte aos usuários e familiares, a participação social e novas possibilidades para projetos de vida.

REGISTRO: Este procedimento não será convertido em nenhum procedimento SUS. Desta forma, além deste registro, a unidade deverá registrar os procedimentos como já faz: visita domiciliar, consulta, terapia, matriciamento. O registro deverá ser realizado por pessoa efetivamente atendida ou articulação realizada.

- **0301049092 - AÇÕES DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD**

DESCRIÇÃO: Ações de suporte aos usuários e familiares realizadas pelos acompanhantes da estratégia APD nos diversos contextos reais de vida, como casa, trabalho, família, atividades comunitárias.

REGISTRO: Atualmente as ações dos acompanhantes não são registradas. A partir de agora poderemos saber quantos acompanhamentos foram realizados pela equipe no mês. Registrar por pessoa efetivamente atendida.

Ressaltamos, porém, que, para além dos procedimentos municipais acima, as equipes APD também deverão registrar os demais procedimentos constantes na tabela SUS e apontados no Documento Norteador - Diretrizes para a Organização das Ações de Reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, disponível em:

[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOC_NORTEADOR_AT_PcD_FINAL_JANEIRO_22\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOC_NORTEADOR_AT_PcD_FINAL_JANEIRO_22(1).pdf)

Equipe

Composição

A equipe APD é composta:

- Pelo núcleo técnico:
 - o 1 coordenador de equipe Enfermeiro
 - o 1 Terapeuta Ocupacional
 - o 1 Psicólogo
 - o 1 Fonoaudiólogo
- Pelos acompanhantes da pessoa com deficiência, que variam de 6 a 10.

Deve contar ainda:

- Com apoio administrativo;
- Com transporte para acompanhamento de usuários que não conseguem se deslocar pelo sistema de transporte público;
- Com a participação de outros profissionais do CER como médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas, em discussões de casos, atendimentos compartilhados e complementares, conforme as necessidades identificadas para cada usuário.

Perfil de profissionais:

Habilidade para trabalhar em equipe, disponibilidade para trabalhar com pessoas com deficiência e suas famílias, proatividade, conhecimento e experiência de atuação na área da pessoa com deficiência, preferencialmente, deficiência intelectual, conhecimento em políticas públicas do SUS e específicas deste segmento, disponibilidade de deslocamento no território para realização de visitas, atendimentos domiciliares, reuniões e outras atividades.

Em levantamento realizado junto às equipes, foram identificadas as características desejáveis para essa atuação: comprometimento, capacidade de

escuta, observação, flexibilidade, resiliência, sensibilidade, iniciativa, coerência, tolerância, respeito, criatividade.

Processo de trabalho da equipe

O processo de trabalho da equipe APD envolve a estruturação de uma agenda e rotina sistemática de ações e reuniões da equipe, que objetivam a integração e o acompanhamento próximo de cada usuário atendido.

O núcleo técnico precisa estar coeso com relação a seu entendimento sobre deficiência e estratégias de intervenção.

Os acompanhantes, por sua vez, precisam ter o suporte próximo do núcleo técnico para a execução dos PTS, seja por meio de discussões de casos, que podem acontecer individualmente ou coletivamente, ou por momentos em que se discute o conceito da deficiência intelectual, posturas e estratégias de intervenção frente a diferentes situações.

A estas ações se somam visitas e intervenções compartilhadas entre acompanhantes e profissional do núcleo técnico e ações de articulação de rede, as quais irão ampliar a compreensão e resolutividade às ações propostas.

Esta articulação da equipe como um todo é fundamental, uma vez que as propostas definidas para cada PTS são construídas e acompanhadas coletivamente, considerando os conhecimentos de cada profissional da equipe, as experiências e vivências dos acompanhantes, da pessoa, das famílias e da rede envolvida no cuidado.

Para melhor organização deste processo de trabalho e de forma a possibilitar o acompanhamento próximo de todos os usuários atendidos é importante pensar em acompanhante e profissional do núcleo técnico de referência para cada usuário atendido.

Profissionais de Referência (acompanhante e núcleo técnico)

É muito importante ter um acompanhante de referência do caso para a organização do processo de trabalho da equipe, o estabelecimento do vínculo e intervenção.

Considerando a dimensão das Supervisões Técnicas de Saúde e de forma a atender um número maior de usuários com menor tempo de deslocamento, é possível pensar na divisão dos acompanhantes por microterritório, otimizando tempos de atendimento e facilitando o deslocamento desses profissionais.

Outros fatores também devem ser considerados para a definição do acompanhante, tais como características pessoais, profissionais e experiências de suporte, características do usuário e/ou família e de seu território.

É importante, porém, que a equipe utilize de estratégias para ampliar conhecimentos, habilidades e atitudes em todos os acompanhantes, minimizando diferenças pessoais que possam apontar para a necessidade de um ou outro acompanhante e conferindo qualidade às ações realizadas, seja no campo individual ou coletivo.

Além do acompanhante de referência, é necessário que haja um profissional de referência do núcleo técnico para cada caso acompanhado, responsável pela gestão do PTS.

A identificação deste profissional pode partir do microterritório de responsabilidade de cada acompanhante, da demanda do usuário ou da experiência de casos anteriores. Sempre que possível, a equipe deve rodiziar ao longo do ano o profissional do núcleo técnico de referência, ação que pode ampliar estratégias e possibilidades de intervenção.

Trabalhar com referência técnica não significa que a responsabilidade pela atenção ao usuário, sua família e de articulação da rede necessária para o apoio seja exclusivamente do profissional de referência, mas sim de toda a equipe, que precisa trabalhar de forma integrada e ser capaz de elaborar projetos terapêuticos singulares com a participação de diversos atores.

Para a disseminação do conhecimento na equipe, o núcleo técnico deve dispor de agenda sistemática para educação permanente que possibilite trocas de informações e experiências, discussões de casos e dinâmicas. Conforme o caso atendido e dificuldade encontrada, é importante que o profissional de referência do núcleo técnico ou outro da equipe realize intervenções de forma compartilhada ao acompanhante e, em algumas situações, realize o acompanhamento nos atendimentos.

Organização das Agendas

Assim como em outros serviços de saúde, ter uma agenda prévia permite que o profissional cumpra seus compromissos e otimize seu tempo de trabalho em relação às atividades laborais. Para fortalecimento da equipe, essa agenda deve ser criada de forma colaborativa e acompanhada pela coordenação.

Além disso, é fundamental que haja um monitoramento regular das agendas dos acompanhantes, a fim de garantir uma maior integração entre os diferentes aspectos do cuidado e evitar lacunas ou descontinuidade na assistência.

Uma estratégia que pode facilitar este processo é ter uma agenda semanal fixa para o mês, incluindo as reuniões de equipe, de gestão de caso entre núcleo técnico e acompanhantes e horários planejados para os atendimentos dos acompanhantes e do núcleo técnico. A agenda pode ser confirmada e ajustada semanalmente conforme o processo de trabalho.

Além de estar inserida no SIGA, é importante que a agenda fique acessível para o acompanhamento de toda a equipe.

Em função de imprevistos familiares e considerando a necessidade de otimizar os atendimentos, é importante a confirmação prévia das intervenções na casa ou no território, motivo que aponta para a aproximação de um administrativo ao processo de trabalho desta equipe. Nesta organização, também é preciso avaliar os acompanhamentos que requerem o uso do carro e não podem ser realizados por meio de transporte comum.

No caso de férias, o núcleo técnico deve avaliar com o acompanhante que sairá de férias a necessidade de cobertura por outro acompanhante ou por profissional do núcleo técnico. Em determinadas situações, intercalar atendimentos presenciais com alguns teleatendimentos para orientações; acompanhamento das atividades já treinadas presencialmente; escuta qualificada ou pactuação de responsabilidades pode ser utilizado pela equipe para que não haja interrupção do suporte durante as férias. O teleatendimento deve ocorrer de forma excepcional, uma vez que a Estratégia tem como objetivo acompanhamento presencial.

Segue abaixo um exemplo de agenda da equipe compartilhada, para facilitar a organização das equipes:

SUGESTÃO DE QUADRO DE ATENDIMENTOS DA EQUIPE					
Mês vigente	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Acompanhante 1 Técnico de Referência 1	8:00 - Reunião de Equipe ___h - Usuário ___h - Usuário				
Acompanhante 2 Técnico de Referência 1				8:00 - administrativo ___h - Usuário (R1) (R2) ___h - Usuário ___h - Usuário	
Acompanhante 3 Técnico de Referência 2	FÉRIAS		___h Usuário (R2) ___h Usuário ___h Usuário ___h Usuário ___h Usuário (C).		
Acompanhante 4 Técnico de Referência 2	8:00 - Reunião de Equipe 14:00 - Usuário (R1) 15:30 - * Usuário				
Acompanhante 5 Técnico de Referência 3				___h Usuário ___h Usuário ___h Usuário (R3) ___h - Usuário ___h: administrativo	___h Usuário ___h Usuário 15h às 17h Atividade compartilhada
Acompanhante 6 Técnico de Referência 3		___h Usuário (R3) ___h Usuário ___h Usuário ___h Usuário ___h Usuário (C)			
Legendas: (C) - Utilização do carro (*) - Cobertura de férias (R1), (R2), (R3) - Sigla do técnico que fará a visita/atendimento compartilhado					

Reunião de equipe

Toda equipe para se manter integrada e homogênea a respeito dos objetivos que lhe competem, precisa realizar encontros periódicos e organizados, no mínimo 1 vez por semana.

A reunião além de ser um instrumento para gestão de RH é o momento que os profissionais podem revisar seus processos de trabalho, trocar experiências e realizar o planejamento semanal.

Durante as reuniões de equipe, é importante que haja uma comunicação eficaz e colaborativa entre todos os profissionais envolvidos, para que os objetivos do plano de trabalho sejam alcançados de forma integrada e coordenada.

Além disso, é importante que todas as decisões tomadas durante as reuniões sejam registradas em ata, para que haja um acompanhamento posterior e para que todos estejam cientes das ações a serem tomadas.

A reunião de equipe deve também ser um instrumento para discussão dos casos acompanhados e para o planejamento e a elaboração de ações e atividades a serem desenvolvidas, estrategicamente, pela equipe APD.

É dever de todos os profissionais da APD participarem das reuniões e explanarem suas ideias e contribuições acerca dos processos de trabalho desempenhados pela equipe.

Em resumo, a integração e a colaboração são fundamentais para o bom funcionamento da equipe APD. Realizar reuniões periódicas, manter uma comunicação eficaz e alinhar as agendas são algumas das estratégias que podem ser adotadas para garantir a participação ativa de todos os membros e o alcance dos resultados desejados.

No caso de reuniões semanais, sugerimos que ocorram às segundas de manhã ou sextas à tarde, de forma possibilitar que as equipes avaliem o processo de trabalho da semana anterior ou que está finalizando e realizem o planejamento da semana vigente ou a ser iniciada, com a construção compartilhada da agenda, prevendo atendimentos conjuntos e planejamento do uso do carro.

Gestão de PTS

Para além dos momentos de reunião de equipe, é necessário que as equipes tenham em seu processo de trabalho momentos de gestão de PTS.

A gestão do PTS precisa acontecer:

- de forma sistemática, com encontros agendados previamente entre o núcleo técnico e cada acompanhante,
- de forma contínua entre a referência técnica e os acompanhantes, para acolhimento e resolução das demandas que vão surgindo cotidianamente.

Gestão de PTS sistemática entre núcleo técnico e acompanhante:

É responsabilidade do núcleo técnico acompanhar com os diferentes acompanhantes o desenvolvimento das atividades propostas no projeto terapêutico de cada usuário, avaliar se os objetivos definidos foram alcançados no prazo previsto, repactuar as estratégias utilizadas e prazos de intervenção.

Para que isto ocorra, as equipes precisam se organizar para encontros sistemáticos e pré-agendados com os acompanhantes, no máximo com intervalos a cada 3 meses, momento em que acompanhante e núcleo técnico discutirão cada caso acompanhado, identificando como foi o acompanhamento no período, aspectos ou dificuldades encontradas, se as ações planejadas estão surtindo efeito, como as atividades propostas estão sendo aplicadas, se é necessário alterar ou incluir outras.

Este momento mais estruturado entre a equipe e o acompanhante tem por objetivo, desta forma, monitorar a qualidade dos atendimentos realizados, dar suporte ao acompanhante nas suas dificuldades e atualizar a equipe como um todo sobre cada usuário assistido.

A organização de momentos estruturados para esta gestão do cuidado não exime o núcleo técnico do acompanhamento cotidiano de cada usuário, com a realização de reuniões em menor prazo para outras discussões ou agendamento de visitas compartilhadas.

Essa participação ativa na discussão dos casos e na elaboração de ações é fundamental para garantir a integração e a colaboração entre os membros da equipe e maior resolutividade da intervenção.

Gestão de PTS contínua entre referência técnica e acompanhante

Para além dos encontros sistemáticos entre o núcleo técnico e cada acompanhante, é preciso que a referência técnica acompanhe de forma mais próxima e contínua cada acompanhante que está sob sua responsabilidade, acolhendo e corresponsabilizando-se diariamente suas angústias, dificuldades e “urgências”, programando atendimentos compartilhados, ou mesmo desencadeando a articulação com outros pontos da rede sobre os casos acompanhados.

Neste processo de acompanhamento, podem ser identificadas dificuldades que requerem intervenções compartilhadas entre o profissional do núcleo técnico e o acompanhante para melhor entendimento e direcionamento do apoio dos usuários e/ou uma articulação na rede do território.

É preciso, desta forma, que o profissional do núcleo técnico esteja atento às barreiras trazidas pelo acompanhante no processo de acompanhamento, mobilizando-se ativamente para a identificação, proposição de estratégias e intervenções necessárias à superação das dificuldades encontradas.

Atribuições da equipe

Atribuições comuns

- Conhecer e seguir as diretrizes deste documento norteador da Estratégia;
- Trabalhar de acordo com as diretrizes do SUS e definidas pela SMS-SP para a atenção à pessoa com deficiência;
- Conhecer as políticas e legislações relacionadas às pessoas com deficiência e usar estes referenciais para os posicionamentos técnicos;
- Se apropriar das terminologias e conceitos descritos neste documento a fim de evitar posturas capacitistas;
- Trabalhar em equipe;
- Realizar cadastro das pessoas a serem atendidas;
- Elaborar projeto terapêutico singular e realizar as estratégias propostas;
- Realizar atendimentos domiciliares ou na comunidade;
- Realizar intervenções de acesso no território e em serviços de saúde;
- Realizar intervenções compartilhadas com outros profissionais e serviços;
- Pactuar a garantia de participação da pessoa com deficiência em espaços da comunidade, fornecendo suporte e orientação;
- Manter atualizados prontuários e registros de atendimentos e elaborar relatórios;
- Participar de reuniões da equipe, nos serviços de saúde e nos demais equipamentos do território;
- Articular na comunidade a construção e formação de redes de suporte social;
- Buscar informações e manter-se atualizados sobre a temática deficiência, sobretudo deficiência intelectual;
- Disseminar informações sobre a estratégia APD e atuar para a promoção da inclusão social e quebra de posturas capacitistas e outras barreiras;
- Valorizar a participação democrática de todos os atores da equipe, na horizontalidade, e com foco na cogestão;

- Revisar os processos de trabalho de forma contínua e dinâmica, a fim de aprimorar as atividades e manter a equipe alinhada e uniforme.

Núcleo técnico

- Trabalhar de forma multidisciplinar e transdisciplinar, com o objetivo de otimizar e integrar perspectivas e saberes para desenvolver estratégias mais abrangentes e efetivas de cuidado em saúde;
- Realizar avaliação das pessoas a serem atendidas, considerando suas necessidades, potencialidades, barreiras e facilitadores, fatores ambientais e pessoais, atividades que realiza, participação social, expectativas da pessoa e da família;
- Desenvolver e revisar as ações e estratégias pactuadas no PTS, a partir das observações e intervenções realizadas pela equipe;
- Pactuar com as pessoas, famílias e serviços o projeto terapêutico singular;
- Realizar atendimentos individuais ou compartilhados com outro técnico ou com o acompanhante, a fim de avaliar, orientar e intervir, de acordo a necessidade do caso;
- Fornecer suporte às famílias e cuidadores da pessoa com deficiência e aos diversos espaços da comunidade de forma a favorecer a inclusão da pessoa com deficiência;
- Oferecer suporte técnico aos acompanhantes, sistematicamente e sempre que solicitado;
- Acompanhar de perto o progresso da pessoa atendida, realizando ajustes e adaptações no PTS conforme necessário;
- Mobilizar a rede, articular e participar de discussões de casos e intervenções compartilhadas e complementares;
- Se constituir como facilitadores dos processos de inclusão e atuar para a quebra de barreiras e posturas capacitista;
- Representar a equipe em reuniões e outras atividades;
- Elaborar relatórios de avaliação e de acompanhamento dos processos terapêuticos dos casos acompanhados, quando se fizer necessário;
- Trabalhar em harmonia com a equipe, respeitando e viabilizando processos de trabalho através de comunicação clara, responsável e ética;

- Identificar situações de violência ou risco, articular e atuar junto aos núcleos de prevenção de violência- NPV para a minimização de riscos e intervenções necessárias.

Sendo a equipe técnica constituída por diferentes profissionais, são também atribuições destes, a realização de ações específicas pertinentes, tais como:

- **Psicólogo:** avaliar a estratégia para o estabelecimento do vínculo, avaliar a dinâmica psíquica do indivíduo e das relações, provocar reflexão e mudanças de posicionamento, avaliar a subjetividade envolvida nos processos de relacionamento, realizar ações que favoreçam dinâmicas relacionais saudáveis, analisar aspectos referentes aos processos cognitivos e realizar os atendimentos pertinentes a sua categoria profissional.
- **Terapeuta Ocupacional:** realizar avaliação, propor e executar manejos e adaptações em materiais e no ambiente que favoreçam a funcionalidade, a ampliação da autonomia e independência para a realização de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, ampliação da participação nas tarefas cotidianas tanto no domicílio quanto na sociedade, bem como o fomento à participação em atividades de interesse, garantindo a promoção de um cotidiano mais significativo. Realizar os atendimentos pertinentes a sua categoria profissional.
- **Fonoaudiólogo:** Identificar formas e recursos de comunicação utilizados pela pessoa e seus interlocutores em diferentes contextos e experiências de interação social, assim como na proposição de estratégias que favoreçam a aquisição e desenvolvimento de linguagem para a compreensão da realidade, a ampliação do potencial de comunicação e contribuam para maior autonomia, interação e participação. Realizar os atendimentos pertinentes a sua categoria profissional.
- **Enfermeiro:** Realizar avaliação de enfermagem, avaliar e orientar quanto a importância do cuidado em saúde; acompanhar mensalmente os cuidados de saúde do usuário e cuidador; auxiliar para organização da rotina para

adequação de medicação; identificar possíveis patologias, e se necessário, acompanhar em algum atendimento específico.

O profissional da Estratégia APD assim como qualquer profissional do SUS precisa ser capaz de atuar na versatilidade, com vistas à clínica ampliada e transdisciplinaridade.

Todas as atividades precisam ser pautadas no modelo biopsicossocial de cuidado em saúde, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

O conceito de deficiência, funcionalidade, barreiras e facilitadores e os domínios da CIF precisam ser compreendidos por todos e respeitados em linguagem e atos.

Coordenador da equipe

- Compor a equipe técnica, participar das ações junto ao usuário e sua família, realizando visitas domiciliares, avaliações, condutas e intervenções de acesso, favorecendo o cuidado em saúde e a integração da pessoa com deficiência na comunidade;
- Responder técnico-administrativamente à Gerência do CER no qual a APD está inserida;
- Zelar pelo cumprimento das diretrizes, objetivos, metodologia de trabalho e resultados;
- Realizar a gestão humanizada e democrática da equipe de trabalho;
- Participar das reuniões técnicas da unidade, bem como organizar as reuniões da equipe;
- Promover o estabelecimento e manutenção de parcerias, visando ampliar a rede de serviços para atendimento à pessoa com deficiência;
- Coordenar a elaboração e cumprimento da agenda de trabalho e registro atualizado das ações desenvolvidas pelos diversos profissionais; consolidar os dados ao final de cada período;
- Elaborar relatórios das atividades desenvolvidas pela equipe;
- Supervisionar a ação dos acompanhantes;
- Planejar, elaborar e disparar, junto à equipe, as ações de educação permanente;
- Realizar controles administrativos, acompanhar indicadores quantitativos e qualitativos;

- Apresentar a produção mensal da equipe de trabalho para inclusão no SIASUS ou outro lugar que se fizer necessário.

Acompanhante

- Perfil Profissional: Ensino médio completo;
- Trabalhar em equipe na atenção à saúde e acompanhamento da pessoa com deficiência;
- Desenvolver as atividades do PTS em conjunto com o núcleo técnico, usuários e familiares;
- Observar, acompanhar, reforçar e estimular o desenvolvimento das propostas pactuadas junto às pessoas envolvidas no cuidado;
- Ajudar no envolvimento dos diversos membros da família para a divisão de cuidados e tarefas relativas à pessoa com deficiência;
- Promover situações que favoreçam o estabelecimento de vínculos e relacionamentos interpessoais;
- Estimular a pessoa com deficiência a realizar as atividades previstas no PTS, auxiliar a família na execução dessas;
- Promover a independência e autonomia da pessoa com deficiência, estimulando a participação, decisão e protagonismo nas atividades relacionadas aos domínios e funcionalidades baseadas na CIF;
- Orientar e/ou sensibilizar para a organização do local da moradia, quando parte integrante do projeto terapêutico singular;
- Identificar e fortalecer a rede social de suporte à pessoa com deficiência e à família;
- Mapear e articular os recursos locais de lazer, esporte, cultura, educação, serviço social, trabalho para inclusão da pessoa com deficiência;
- Acompanhar a pessoa com deficiência em atividades externas, inclusive consultas, conforme PTS;
- Remeter toda nova informação e intercorrência física, social e emocional sobre a pessoa com deficiência ao núcleo técnico;
- Preencher formulários, impressos, prontuários e outros a serem estabelecidos pela equipe, sempre que solicitado;
- Assumir as responsabilidades pactuadas na elaboração do PTS;
- Oferecer atendimento de qualidade e com comunicação clara e coesa;

- Executar o PTS e caso identificada alguma necessidade de modificação, levar para discussão com o núcleo técnico;
- Garantir a ética no vínculo e na manutenção deste;
- Cumprir com a agenda de atendimentos e prazos estipulados;
- Participar de reuniões regulares com a equipe e sempre que solicitado.

Administrativo

Em função da dinamicidade de ações propostas para a estratégia, grande parte das vezes fora do CER, a presença de um auxiliar técnico administrativo mais próximo a equipe APD é fundamental para contribuir com o suporte para o processo de trabalho da equipe.

Cabe a este profissional:

- Realizar atendimentos telefônicos de agendamento e desmarcações de atendimentos;
- Auxiliar o supervisor na organização das agendas dos acompanhantes e do uso do carro;
- Auxiliar o supervisor no controle e prestação de contas dos Bilhetes Únicos utilizados nas visitas domiciliares da equipe;
- Realizar, quando solicitado, contato telefônico com serviços e equipamentos territoriais;
- Contribuir com o supervisor para o registro das memórias das reuniões gerais da equipe APD;
- Compor com os demais administrativos do CER e dar suporte ao supervisor nas questões relativas a:
 - o lançamento de declarações de horas dos funcionários e fechamento do ponto eletrônico da equipe;
 - o agendamentos de férias da equipe;
 - o reposição de impressos de uso geral da equipe;
 - o registrar a produção no SIGA.

Responsabilidades

SMS/Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência

- Estabelecer os princípios e diretrizes gerais para a APD;

- Elaborar e aprimorar, em conjunto com as CRS, STS e com o suporte das equipes, os diversos instrumentos necessários ao desenvolvimento da APD;
- Acompanhar tecnicamente o trabalho desenvolvido, de forma integrada às CRS e STS;
- Analisar tecnicamente as ações planejadas e sua relação com os indicadores estabelecidos, com vistas ao aprimoramento contínuo do trabalho;
- Estabelecer fluxos de informação e operacionalização;
- Avaliar indicadores e proceder a ajustes necessários, em conjunto às STS e CRS;
- Convocar e coordenar semestralmente reunião para acompanhamento da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência junto às CRS, STS e OSS;
- Dar suporte e contribuir tecnicamente às CRS e STS no enfrentamento de situações complexas, cuja intervenção e articulação necessária extrapolam a capacidade resolutiva local;
- Promover, contribuir e acompanhar as ações de educação permanente;
- Revisar sempre que necessário o documento norteador e as diretrizes técnicas que alicerçam os processos de trabalho desenvolvidos pela equipe APD.

Coordenadorias e Supervisões Técnicas de Saúde

- Conhecer e seguir as diretrizes deste documento norteador da Estratégia;
- Propiciar condições favoráveis para a implantação, desenvolvimento e avaliação da APD em todas as fases de execução;
- Informar periodicamente à SMS/Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência o andamento das ações;
- Colaborar para a construção dos diversos instrumentos utilizados;
- Acompanhar localmente o trabalho desenvolvido, de forma a monitorar se os processos de trabalho estão de acordo com as diretrizes técnicas deste caderno norteador, identificar necessidades de articulação da rede ou de aprimoramentos na equipe ou estratégia;
- Analisar tecnicamente as ações planejadas e sua relação com os indicadores estabelecidos, com vistas ao aprimoramento contínuo do trabalho;

- Avaliar as metas de produção das equipes;
- Convocar e coordenar no máximo a cada três meses reunião regional de acompanhamento da APD;
- Participar das reuniões de acompanhamento da estratégia junto a SMS/AT PcD;
- Favorecer a interlocução entre a Gerência da Unidade e parceiros envolvidos;
- Oferecer infraestrutura física e material permanente para o acolhimento e instalação da equipe de trabalho, propiciando condições satisfatórias para o desenvolvimento das atividades;
- Dar suporte e contribuir tecnicamente no enfrentamento de situações complexas, cuja intervenção e articulação necessária extrapolam a capacidade resolutive da equipe.

Organização Social

- Conhecer e seguir as diretrizes deste documento norteador da estratégia;
- Se responsabilizar pelo envio das informações da planilha de monitoramento da Estratégia, assim como de outras informações, dentro do prazo solicitado pela Área Técnica, STS e CRS;
- Ser responsável pela seleção, contratação, acompanhamento, envolvendo a CRS/STS nos processos de seleção dos profissionais;
- Avaliar as metas de produção das equipes;
- Solucionar demandas administrativas que impliquem nas diretrizes e resultados do trabalho proposto;
- Identificar necessidades, planejar e realizar atividades de educação permanente, em conjunto com a Secretaria, CRS e STS;
- Contribuir para o estabelecimento de parcerias necessárias para integrar e complementar as ações, em conjunto com a gerência da Unidade de Saúde e de outras instâncias da SMS;
- Providenciar transporte para deslocamento da equipe (carro e bilhete único);
- Ter um profissional de referência para a Estratégia APD com conhecimento/experiência em deficiência intelectual para:
 - Realizar supervisão técnica sistemática das equipes APD;
 - Participar de reuniões no CER na STS, CRS e na SMS;

- Acompanhar tecnicamente o desenvolvimento das ações dentro das diretrizes propostas neste documento, oferecendo suporte à construção dos processos de trabalho e constituição da equipe enquanto estratégia;
- Suscitar reflexões relativas ao trabalho desenvolvido, contribuindo para a identificação de novas formas de intervenção e condução dos trabalhos;
- Desenvolver habilidades entre os profissionais, acompanhar as estratégias de manejo e intervenção utilizadas com as famílias e usuários;
- Dar suporte e contribuir tecnicamente com as equipes no enfrentamento de situações complexas, cuja intervenção e articulação necessária extrapolam a capacidade resolutive das equipes;
- Desenvolver ações de educação permanente junto à gerência da unidade, STS, CRS e SMS/AT PcD;
- Acompanhar os processos seletivos das equipes, de forma a colaborar na identificação de perfil técnico;
- Realizar e contribuir para a articulação com as diversas instâncias envolvidas no desenvolvimento do trabalho, de forma a garantir o desenvolvimento das ações dentro do previsto;
- Analisar tecnicamente as ações planejadas e sua relação com os indicadores e metas estabelecidos, com vistas ao aprimoramento contínuo do trabalho;
- Contribuir com a SMS, CRS e STS na construção de instrumentos que avaliem o processo de trabalho, qualidade técnica e resultados;
- Compilar informações das equipes e elaborar relatórios técnicos;
- Disponibilizar EPIs.

Gerência do CER

- Conhecer e seguir as diretrizes deste documento norteador da Estratégia
- Prover estrutura adequada para o trabalho da equipe;
- Monitorar as atividades desenvolvidas pela equipe e participar de reuniões, visando ao cumprimento das diretrizes;
- Avaliar as metas de produção;
- Promover integração dos profissionais nas diversas ações oferecidas/realizadas na unidade;

- Estimular a comunicação entre os profissionais do CER e APD para otimização do cuidado;
- Contribuir para as estratégias de comunicação e articulação com a rede.

Família

- Preencher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a adesão à APD (ANEXO I); autorização de saída da pessoa com deficiência intelectual (ANEXO II);
- Se a família autorizar o uso da imagem preencher o ANEXO VII;
- Ser partícipe e coautor do Projeto Terapêutico, assumindo as atribuições e funções inerentes à família;
- Receber a equipe nos dias e horários pactuados, justificando e comunicando previamente necessidades de mudança;
- Implicar-se e comprometer-se nas mudanças necessárias para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência;
- Assumir sua responsabilidade enquanto cuidador da pessoa com deficiência e acompanhar o trabalho realizado;
- Manter comunicação direta com os profissionais da APD, a fim de potencializar a execução das atividades pensadas no PTS.

Monitoramento da Estratégia APD:

Caracterizar o diagnóstico de uma dada realidade social é tarefa complexa e repleta de desafios, principalmente quando se pretende representá-la por um conjunto de medidas quantitativas ou indicadores (JANUZZI, 2009).

O processo de análise dos indicadores, contudo, é essencial para avaliação, acompanhamento e planejamento de ações.

Parâmetros:

Os seguintes parâmetros foram utilizados para balizar o planejamento das ações propostas no documento e construção de indicadores para a Estratégia APD.

Carga horária:

CATEGORIA	EQUIPE MÍNIMA	CARGA HORÁRIA SEMANAL
Enfermeiro (Coordenação e atendimento compartilhado compondo a equipe multiprofissional)	1	40
Terapeuta Ocupacional	1	30
Psicólogo	1	40

Fonoaudiólogo	1	40
Acompanhante	6 a 10	40 por acompanhante
Assistente Administrativo	1	40

Porcentagem da carga horária em ações relacionadas ao processo de trabalho interno das equipes e direcionadas ao cuidado do usuário:

	NÚCLEO TÉCNICO	COORDENADOR EQUIPE	ACOMPANHANTE
Ações relacionadas ao processo de trabalho interno das equipes (gestão de PTS, reunião interna da equipe e educação permanente)	30%	50%	15%
Ações direcionadas ao cuidado do usuário	70%	50%	85%

Número de atendimentos realizados por mês:

CATEGORIA	Procedimentos/mês	Número de usuários
Enfermeiro (Coordenação e atendimento compartilhado compondo a equipe multiprofissional)	205 (número de procedimentos do núcleo técnico)	80 A 120 (80 para equipe com 6 acompanhantes e 120 para equipe com 10 acompanhantes)
Terapeuta Ocupacional		
Psicólogo		
Fonoaudiólogo		
Acompanhante	54 (número de procedimentos por acompanhante da estratégia APD)	

Para o número de atendimentos do núcleo técnico foi pensado em 60 a 65 atendimentos/mês para o psicólogo e o fonoaudiólogo e 45 a 50 atendimentos/mês para o terapeuta ocupacional, sendo previstos ainda cerca de 30 a 40 atendimentos mês para o coordenador da equipe/enfermeiro.

Entende-se por atendimento do núcleo técnico para fins deste cálculo a:

- intervenção direta ao usuário por meio de atendimento domiciliar, na unidade ou em espaços da comunidade (compartilhado ou não)
- as ações de matriciamento, discussão de casos e articulação com outros serviços para o cuidado compartilhado do usuário na Rede

Número de pessoas com deficiências atendidas por equipe e por acompanhante da pessoa com deficiência:

Categoria	Número de pessoas atendidas*
Cada Acompanhante	10 a 12 pessoas
Equipe de 6 acompanhantes	80 pessoas
Equipe de 8 acompanhantes	100 pessoas
Equipe de 10 acompanhantes	120 pessoas

* O número de pessoas acompanhadas pela equipe é superior a estimativa de acompanhados pelos acompanhantes em função da estratégia também prever os usuários em momento de avaliação, monitoramento, ações estas em que o acompanhante pode ou não estar presente.

Cabe ressaltar que estes devem ser acompanhados considerando características locais e de forma articulada a um monitoramento da qualidade da assistência prestada pelas equipes em cada STS, com vistas ao aprimoramento contínuo da estratégia.

Indicadores

De forma a identificar informações que permitem acompanhar o acesso e atendimentos realizados, foram criados indicadores e relatórios para seu monitoramento pelas CRS, STS e Área Técnica, com vistas ao aprimoramento das ações. Embora numéricos, eles fornecem um panorama geral da estratégia na cidade.

NÚMERO DE USUÁRIOS ACOMPANHADOS PELA APD	
CONCEITO	Corresponde ao número de usuários acompanhados pela Estratégia APD
PARÂMETRO	Equipe de 6 acompanhantes - 80 pessoas Equipe de 8 acompanhantes - 100 pessoas Equipe de 10 acompanhantes 120 pessoas Seguindo as diretrizes do DOCUMENTO NORTEADOR DA ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - APD disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314

MÉTODO DE CÁLCULO	Número de usuários com procedimento APD* dividido pelo previsto x 100 * 0301049084 - INTERVENÇÕES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA APD * 0301049092 - AÇÕES DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD
PERIODICIDADE	Mensal
PERÍODO DA MEDIÇÃO	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
METODOLOGIA DA APURAÇÃO	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório AT-39 com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
FONTE DE DADOS	SIGA/ Business Intelligence (BI) - BI_SIGA (ver com CEINFO relatório) AT-39
INTERPRETAÇÃO	Permite analisar se as pessoas com deficiência que estão sendo acompanhadas pelas equipes APD (equipe multiprofissional e acompanhantes).

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA APD

CONCEITO	Corresponde ao número de procedimentos realizados pela equipe multiprofissional da Estratégia APD
PARÂMETRO	205 procedimentos/mês, seguindo as diretrizes do DOCUMENTO NORTEADOR DA ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - APD disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de procedimentos " intervenções das equipes multiprofissionais da Estratégia APD" dividido pelo previsto (205) x 100
PERIODICIDADE	Mensal
PERÍODO DA MEDIÇÃO	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
METODOLOGIA DA APURAÇÃO	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório AT 02 com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
FONTE DE DADOS	SIGA/ Business Intelligence (BI) - BI_SIGA AT-02 Procedimento: 0301049084 - INTERVENÇÕES DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA APD
INTERPRETAÇÃO	Permite analisar a produção da equipe multiprofissional

NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD

CONCEITO	Corresponde ao número de procedimentos realizados pelos acompanhantes da Estratégia APD
-----------------	---

PARÂMETRO	54 procedimentos/mês por acompanhante (equipe de 6 A 10 acompanhantes), seguindo as diretrizes do DOCUMENTO NORTEADOR DA ESTRATÉGIA ACOMPANHANTE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - APD disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pe_ssoa_com_deficiencia/index.php?p=16314
MÉTODO DE CÁLCULO	Número de procedimentos "ações dos acompanhantes da Estratégia APD" dividido por (54 x nº de acompanhantes) x 100
PERIODICIDADE	Mensal
PERÍODO DA MEDIÇÃO	Período de três meses que não inclui os dois meses imediatamente anteriores ao mês da entrega do relatório para pontuação.
METODOLOGIA DA APURAÇÃO	STS realiza a apuração de dados do Relatório do SIGA/BI e envia o Relatório AT 02 com todas as ciências formalizadas (assinaturas) para a CPCSS, até o dia 15 do mês subsequente ao mês da pontuação.
FONTE DE DADOS	SIGA/ Business Intelligence (BI) - BI_SIGA AT-02 Procedimento: 0301049092 - AÇÕES DOS ACOMPANHANTES DA ESTRATÉGIA APD
INTERPRETAÇÃO	Permite analisar a produção dos acompanhantes

Outras ações a serem monitoradas

Além dos indicadores, outras ações precisam ser monitoradas de forma a acompanhar o perfil dos usuários, atendimentos realizados e impacto da estratégia para a qualidade de vida das pessoas atendidas por todas as equipes da estratégia no município. Para este monitoramento, foram criadas:

- **Planilha “gestão de atendidos”:**

A ser preenchida e monitorada pela equipe, de forma a levantar os dados a serem enviados a SMS na planilha de monitoramento dos atendimentos. Esta contém dados individualizados:

- Data avaliação inicial (avaliação multiprofissional no CER ou outra forma de acesso a estratégia APD);
- Nome usuário;
- CNS;
- Data de nascimento;
- Faixa etária no momento do cadastro (fechada com as seguintes faixas etárias: menor de 5 anos, 6 a 10, 11 a 15, 16 a 20, 21 a 30, 31 a 59, 60 e mais;
- Sexo;
- Raça/cor;
- Endereço;

- UBS de referência;
- Origem da demanda: UBS; CAPS, judicial, outra modalidade de reabilitação do CER; outro serviço de saúde, serviços do território; transferência entre equipes APD;
- Deficiência intelectual: leve, moderada, severa; não especificada, suspeita;
- Comorbidades: transtorno mental, crises convulsivas, deficiência auditiva, deficiência física, deficiência visual, TEA, síndromes, dentre outras;
- Recebe BPC;
- Recebe IT;
- Data de início do atendimento;
- Tempo para inserção no APD. Este tempo refere-se a data de início do atendimento do usuário na estratégia - a data de avaliação inicial;
- Data da alta ou desligamento;
- Tempo de atendimento do usuário na estratégia APD: este tempo refere-se à data atual ou de alta ou de desligamento - data de início do atendimento;
- Status de atendimento mês a mês.

A Área Técnica elaborou um modelo de planilha a fim de facilitar o acompanhamento das equipes, esta já foi enviada e poderá ser solicitada a qualquer momento.

- **Aba “altas e desligamentos”:**

Na planilha de gestão de atendidos, há uma aba para inclusão de informações de altas e desligamentos. A mesma deverá ser preenchida e monitorada pela equipe, de forma a levantar os dados a serem enviados a SMS na planilha de monitoramento dos atendimentos. Após a alta, os dados dos usuários deverão ser copiados e colados nesta aba “altas e desligamentos”, e as seguintes informações deverão ser acrescentadas:

- Data da alta ou desligamento;
- Cuidado pessoal: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Tarefas de vida doméstica: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Comunicação: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Mobilidade: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Acesso a saúde: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Acesso a lazer, cultura e esportes: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Acesso à educação: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Acesso ao mercado de trabalho: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Fortalecimento da dinâmica familiar e interação social: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento;
- Acesso a benefícios: Informar se era objetivo a ser trabalhado. Se sim, se houve impacto após o acompanhamento.

• **Planilha Monitoramento dos atendimentos:**

A ser compartilhada anualmente com SMS, de forma a se caracterizar a atuação da Estratégia na cidade. Esta contém dados compilados do:

- o **perfil dos atendidos:** sexo, raça, faixa etária, deficiência intelectual (suspeita ou diagnosticada, grau da deficiência), comorbidades associadas e benefícios recebidos, e

Total de pacientes atendidos					
Sexo (soma precisa ser igual ao numero de atendidos)	Masculino				
	Feminino				
	Outro				
Raça (soma precisa ser igual ao numero de atendidos)	Branca				
	Negra				
	Parda				
	Amarela				
	Indígena				
	Não informado				
Faixa etária (soma precisa ser igual ao numero de atendidos)	Menor de 5 anos				
	Entre 6 e 10 anos				
	Entre 11 e 15 anos				
	Entre 16 e 20 anos				
	Entre 21 e 30 anos				
	Entre 31 e 59 anos				
	Acima de 60 anos				
Deficiência intelectual	Suspeita				
	Diagnosticadas				
	Leve				
	Moderada				
	Severa				
Outras Comorbidades (soma pode ser maior que o numero de atendidos)	Não especificada				
	TRANSTORNO MENTAL				
	PC				
	Crises Convulsivas				
	Deficiência Auditiva				
	Deficiência Visual				
	Deficiência Física				
	TEA				
	Síndromes				
Recebe benefício	Outras				
	BPC				
Origem encaminhamento s	Isenção Tarifária				
	UBS				
	CAPS				
	Demanda Judicial/Defensoria/MP				
	Outras modalidades de reab CER				
	Transferência entre equipes APD				
	Outros serviços de Saúde				
	Outros serviços do territorio				

- o **análise dos atendimentos realizados:** origem dos encaminhamentos, número de pessoas avaliadas por mês e número de pessoas em PTS por mês por tipo de PTS.

		AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO
Em avaliação complementar pela APD PTS1, 2/3, 4/5+ Monitoramento + n° de atendidos no mÊs)	n° de atendidos			
	Em avaliação			
	1x semana			
	2 a 3 x semana			
	4 a 5 x semana			
	monitoramento			
Local prioritário de intervenção (= total de atendimentos)	ação prioritária em domicílio			
	ação prioritária na comunidade			
	ação prioritária na unidade			

o Altas

- Número de altas no ano;
- Mudança na qualidade de vida: dos usuários que receberam alta no ano, quantos tiveram como objetivo do PTS ações relacionadas aos aspectos abaixo e quantos ampliaram sua autonomia:
 - cuidado pessoal,
 - vida doméstica,
 - comunicação,
 - mobilidade,
 - acesso à saúde,
 - inclusão em atividades de lazer/cultura e esportes,
 - acesso à escola,
 - inserção no mercado de trabalho;
 - fortalecimento da dinâmica familiar e interação social,
 - acesso a benefícios.
 - Tempo médio de atendimento na estratégia *

o Fila de espera

- Número de pessoas aguardando início do PTS
- Tempo médio para início da intervenção na estratégia**

o Número de desligamentos no ano

FILA DE ESPERA DEZEMBRO					
TEMPO MÉDIO PARA INSERÇÃO NA ESTRATÉGIA					
TEMPO MÉDIO DE ATENDIMENTO NA ESTRATÉGIA					
Alta	Número total de altas em 2023				
	cuidado pessoal	Objetivo no PTS	para o autocuidado		
		Intervenção	Nº de pessoas que adquiriram maior autonomia para o autocuidado		
	tarefas de vida doméstica	Objetivo no PTS	para tarefas de vida doméstica		
		Intervenção	de vida doméstica		
	Comunicação	Objetivo no PTS	voltadas a comunicação		
		Intervenção	comunicação		
	Mobilidade	Objetivo no PTS	voltadas a mobilidade		
		Intervenção	mobilidade		
	Acesso a Saúde	Objetivo no PTS	voltadas a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde		
		Intervenção	saúde que necessitavam		
	Acesso a lazer, cultura e recreação	Objetivo no PTS	esportes		
		Intervenção	esportes		
	Acesso a Educação	Objetivo no PTS	trabalho		
		Intervenção	preparatórios para o trabalho		
	Acesso ao mercado de trabalho	Objetivo no PTS	voltadas a inclusão no mercado de trabalho		
		Intervenção	Nº de pessoas incluídas no mercado de trabalho		
	dinâmica familiar e interacional	Objetivo no PTS	familiar e interação social		
		Intervenção	fortalecidos e ampliação da interação social		
	benefícios	Objetivo no PTS	voltadas a aquisição de benefícios sociais		
		Intervenção	das equipes		
Desligamentos	Número de desligamentos no ano (óbito, mudança de território, recusa da família/cuidador)				

***Tempo médio de atendimento na estratégia:**

Será calculado para os usuários que tiveram alta no período, que estão em avaliação ou PTS.

Fórmula de cálculo:

- 1- Na planilha de gestão de atendidos: Para cada usuário calcular os dias de atendimento pela APD: Data de alta ou data atual (das pessoas que ainda estão em acompanhamento) - data de início de atendimento. Isto indicará há quanto tempo cada usuário está em acompanhamento;
- 2- Tendo como base os números anteriores, para o cálculo da média considerar a soma dos dias de atendimento de todos os usuários acompanhados no ano e dividir este total pelo número de usuários acompanhados.

****Tempo médio para início da intervenção na estratégia:**

Será calculado para os usuários que tiveram alta no período, que estão em avaliação ou PTS.

Fórmula de cálculo:

- 3- Na planilha gestão de atendidos: Para cada usuário calcular os dias de espera para início na estratégia: Data de início de atendimento - data de avaliação inicial;
- 4- Tendo como base os números anteriores, para o cálculo da média considerar a soma dos dias de espera de todos os usuários no ano e dividir este total pelo número de usuários que aguardam o início do PTS.

A Área Técnica enviou um link para preenchimento pelas equipes e o mesmo poderá ser solicitado a qualquer momento.



Considerações Finais

A Estratégia Apoiador de Saúde da Pessoa com Deficiência tem possibilitado a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual atendidas e suas famílias, por meio da intervenção singular realizada em domicílios, na comunidade e em unidades de saúde.

A intervenção terapêutica sistemática e presencial no domicílio viabiliza a manutenção da construção com a família de novas possibilidades de existir no mundo e contribui para que o potencial de desenvolvimento do usuário continue ao longo da vida.

Uma vez nos domicílios, a equipe acompanha o cotidiano das famílias, alcança conflitos da dinâmica familiar, os quais muitas vezes impedem a eficácia de ações desenvolvidas em outros espaços de atendimento à pessoa com deficiência. Desta forma, sua atuação oferece o suporte para a incorporação de mudanças trabalhadas nos processos de reabilitação.

O Projeto Terapêutico Singular, por sua vez, promove a construção de um lugar digno para a pessoa dentro da família, fazendo emergir o potencial antes negligenciado.

Sua ação contribui para o alinhamento da rede de atenção à pessoa com deficiência, compartilhando a responsabilidade no território entre todos os serviços e equipamentos, por meio de articulação, sensibilização e quebra de estigmas relacionados ao olhar da incapacidade.

O trabalho desenvolvido tem se configurado como uma clínica de “pequenas transformações cotidianas”. As diversas ações realizadas, pautadas na participação em vários espaços, na constituição de laços, no protagonismo, autonomia e inclusão social da pessoa com deficiência, têm contribuído de forma significativa para o aquecimento das relações interpessoais e articulação da rede.

As pessoas atendidas pela APD apresentam-se, na grande maioria das vezes, com sua identidade “fragmentada”, e o resgate ou construção desta identidade é elemento fundamental para que possa ser reconhecida enquanto pessoa, seja incluída no contexto familiar, seja aceita e participe de diversos espaços.

A atuação das equipes tem possibilitado o reconhecimento de valores e identificação de potencialidades; o olhar para a diversidade, entendendo-a como caracterização da singularidade existente em cada um de nós.

Situações de invisibilidade vêm gradativamente ganhando cor e forma, suscitando incômodos, resistências, sofrimentos e, também, acolhimentos, mobilizações e intervenções. Vislumbra-se, assim, a pessoa para além da deficiência e, paulatinamente, a identificação de singularidades e potenciais.

Esta trajetória é repleta de desafios e barreiras nos diversos espaços por onde a pessoa com deficiência circula ou pretende circular. Percebe-se, contudo, em famílias, comunidades, profissionais e serviços, que a cultura da diversidade vem se fortalecendo nas relações humanas.



Bibliografia

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Definition, Diagnosis, Classification, and Systems of Supports**. 11th ed. Washington (DC); 2010.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION [AAMR]. **Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artemed, 2014.

ARANHA, M. S. F. **Paradigmas da Relação entre a Sociedade e as Pessoas com Deficiência**, Revista do Ministério Público do Trabalho, Editora LTr Ano XI, março 2001.

ARAÚJO, L. A. D. **A Proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1997. - 122p

ANSELMO, M. E. de O. **Acolhimento na atenção básica**: possibilidades de reorganização do processo de trabalho no período pós pandemia da covid-19. Porto Alegre, 2022 Dissertação de Mestrado, p. 28.

AYRES, J.R. **Cuidado**: tecnologia ou sabedoria prática? Interface: Comunic, Saúde, Educ. 2000;4(6):117-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>

BARROS, A. **Alunos com deficiência nas escolas regulares**: limites de um discurso. Saúde e Sociedade, 14 (3). 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.10, n.3, p.561-71. 2005.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. DF: Imprensa Oficial, 1888.

_____. **Decreto Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**. Disponível em: < <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=3956&ano=2001&ato=2ddc3aU90MNPWT27d> >.

_____. **HumanizaSUS GESTÃO PARTICIPATIVA Co-Gestão**. Brasília, 2004. Disponível em: < https://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/gestao_participativa_e_co-gestao.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Acolhimento**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html> >.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2011. 28 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS)**. 2009. Disponível em: < https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2009/setembro/2-f-apresentacao-da-pngts_cit-23set2009.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Seminário 10 Anos da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2014.124 p. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_10_anos_politica_nacional_humanizacao.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009c. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf >.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/pnh/acolhimento_com_avaliacao_e_classificacao_de_risco.pdf >.

_____. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa Com Deficiência - Estatuto da Pessoa com Deficiência**.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis: Rev Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77 - 93, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> >.

CABRAL, L. S. A. **Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IF-BrM)**, Diferenciação e Acessibilidade Curricular. Cadernos CEDES, Campinas, v. 41, n. 114, p. 153-163, ago. 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/c5RwSRJ5F9VKpBLgYtgh7Df/?lang=pt> >.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. Em: CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

_____; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência**: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saude Publica. 2007;23(2):399-408. DOI:10.1590/S0102-311X2007000200016

CARDENAL, F. Rehabilitación en el seno de la comunidad. Resúmenes de documentos que marcan la evolución de las ideas. Em: **Alternativas institucionales en rehabilitación**. Real patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalía, Espanha, 1990.

CARNEIRO, M.S.C. **Deficiência mental como produção social**: uma discussão a partir de histórias de vida de adultos com síndrome de Down. 2007. 193f. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CARVALHO, F. **Gestão do Conhecimento**. São Paulo: Editora Pearson. 2012

CRUZ, T. **Gerência do Conhecimento**. São Paulo: Editora Cobra, 2002

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). Em: MERHY, E. E. (Org.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 37-54.

FREITA, A. de F.; SOARES, F. A.; PEREIRA, E. T. **Aspecto gerais da Deficiência Intelectual**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 15, N 151, Diciembre de 2010.

GONCALVES, B. D.; SAADALLAH, M. M.; QUEIROZ, I. S. de. **Articulando redes, fortalecendo comunidades**: intervenção psicossocial e articulação entre universidade, comunidades e políticas públicas. Pesqui. prá. psicossociais, São João del-Rei, v. 10, n. 1, p. 88-100, jun. 2015. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082015000100008 >.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO. 1994.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Territorialização em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: < <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html> >.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. Em: OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Ensp/EAD, 2009. p. 159-200. Disponível em: <<http://biblioteca.univap.br/dados/00002d/00002dfd.pdf>>.

GUGEL, M.A.G. **A pessoa com deficiência e sua relação com a história da humanidade**. Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência. Disponível em: < https://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php >.

_____. **Pessoas com Deficiência e o Direito ao Trabalho**. 2007. Florianópolis: Obra Jurídica.

GUSMAO, E. C. R.; MATOS, G. S.; ALCHIERI, J. C.; CHIANCA, T. C. M. **Habilidades adaptativas sociais e conceituais de indivíduos com deficiência intelectual**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 53, e03481, 2019.

HONORA, M.; FRIZANCO, M. L. **Esclarecendo as deficiências**: aspectos teóricos e práticos para contribuir com uma sociedade inclusiva. São Paulo: Ciranda Cultural Editora e Distribuidora Ltda., 2008.

INSTITUTO JÔ CLEMENTE. **Violência contra Pessoa com Deficiência**: Você sabe como evitar, identificar e denunciar? São Paulo, 2020. Disponível em: < <https://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/Cartilha-violencia-2020-Online.pdf> >.

KIANE, R. **Conhecimento científico, Você sabe o que é?**, 2017. Disponível em: < <https://via.ufsc.br/voce-sabe-conhecimento-cientifico/> >.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 5. ed. ver. ampl. São Paulo: Atlas, 2008.

MACIEL, M. R. C. **Portadores de deficiência**: a questão da inclusão social. São Paulo em perspectiva 14.2 (2000): 51-56.

MAIOR, I.L. **Reabilitação Baseada na Comunidade**. Uma Proposta Viável para o Brasil, Acta Fisiátrica, 1996 Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/101997> >.

MENESES, M. A. R. de; ALMEIDA, S. J.; RIBEIRO, W. R. (Orgs.) **Inclusão social das pessoas com deficiência**: entre a garantia e a efetivação dos direitos sociais [livro eletrônico]. João Pessoa: A União, 2018.

MERHY, E. E. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção da Saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Em: REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; CAMPOS, C.R.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. (Orgs.) **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. pp.103-120.

MOMM, W.; KONIG, A. **La Rehabilitación en America Latina**. Bol. Of. Sanit. Panam. 104(2), 1988.

MORITA, E.; WEIGL, M.; SCHUH, A.; STUCKI, G. **Identification of relevant ICF categories for indication**. Intervention planning and evaluation of health resort programs: A Delphi exercise. International Journal of Biometeorol, 50, 183-191, 2006

OLIVEIRA, F. A.; APPOLINÁRIO, F. Territorialidade e desenvolvimento: uma leitura para Além do Desenvolvimento. Em: APPOLINÁRIO, F.; OLIVEIRA, F.A. (Orgs.). **Territorialidades**, Desenvolvimento e Conflitos Socioambientais (pp. 39-52). 2016. São Paulo: Editora UNESP.

OLIVEIRA, G. N. de. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n.], 2007:176p. Disponível em: < <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/projeto-terapeutico-singular.pdf> >.

OLIVEIRA, O. V. M. de. **Política Nacional de Humanização**: o que é como implementar (uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas). Brasília: 2010. Disponível em: < https://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/diretrizes_e_dispositivos_da_pnh1.pdf >.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA. **Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**. Guatemala, maio de 1999. NP

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Montreal sobre a deficiência intelectual**. Montreal, Canadá: OPS/OMS, 06 de outubro de 2004. Tradução de ANDRADE, J. M. P. de. Disponível em: < https://midia.atp.usp.br/plc/plc0604/impressos/plc0604_aula03_ativPres_Decl_Montreal.pdf >.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003. 325p. ISBN 9788531407840 (broch.)

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. **Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde - aposta da política de Humanização da Saúde**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde - Saúde em Debate. Rio de Janeiro. V. 34, n. 86, pp. 423-432, jul./set, 2010.

QUEIROGA, E. dos S. **Reabilitação em Comunidade: Uma Política Pública de Inclusão e Desenvolvimento Social**. Trabalho 142. Em: II Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade - **Seguridade Social é Possível**. 29 de outubro a 2 de novembro de 2001. PUC/RS;

REIS, C. M. de M. **Acolhimento Humanizado a saúde do homem em uma unidade de estratégia saúde da família no município de Oliveira dos Brejinhos-BA**. Florianópolis, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/169191/Claudia%20Machado%20de%20Menezes%20Reis%20-%20DCNT%20-%20TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >.

SANTOS, M. A. M.; LIMA, F. M. **A territorialização e a integração ensino-serviço na enfermagem: um relato de experiência sob a ótica dos egressos**. Temas em saúde, v. 20, n.3; João Pessoa, 2020. Disponível em: < <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/06/20311.pdf> >.

SÃO PAULO [cidade]. Secretaria Municipal de Saúde, **Diretrizes para a organização das ações de reabilitação na rede de cuidados à pessoa com deficiência**. São Paulo, 2022.

SASSAKI, R.K. **Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual? Doença mental ou transtorno mental?** Rev Nac Reabil. 2005; 9(43):9-10.

SCHWARTZMAN, J. S. **Deficiência intelectual**. Temas sobre Desenvolvimento 19(107):250-60, 2013.

SENADO FEDERAL. Gabinete do Senador Flávio Arns. **Direitos da pessoa com deficiência: conhecer para exigir**. Brasília. 2008.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; TORRES, A. R.; FRANCO, T. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. **Intersetorialidade em saúde: uma revisão narrativa da produção científica brasileira**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 21(63), 405-420. 2017.

SILVA, N.L.P.; DESSEN, M.A. **Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, 17 (2), 133-141. 2001.

SILVEIRA, M. B., **A reabilitação profissional e a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho**, UFSC, 2000.

SOUZA, C. **Políticas públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, 14(30), 20-45. 2012.

STARUB, R. **Psicologia da Saúde: uma abordagem psicossocial**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

TEIXEIRA, S. M. F. **Epidemiologia e políticas públicas: alguns nexos, conflitos, um tempo, muitos atores**. Cadernos de Saúde Pública, 17(5), 1167-1175. 2001.

UNESCO. **Declaração de Salamanca**. Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais, Salamanca-Espanha, 1994. Disponível em: < <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139394> >.

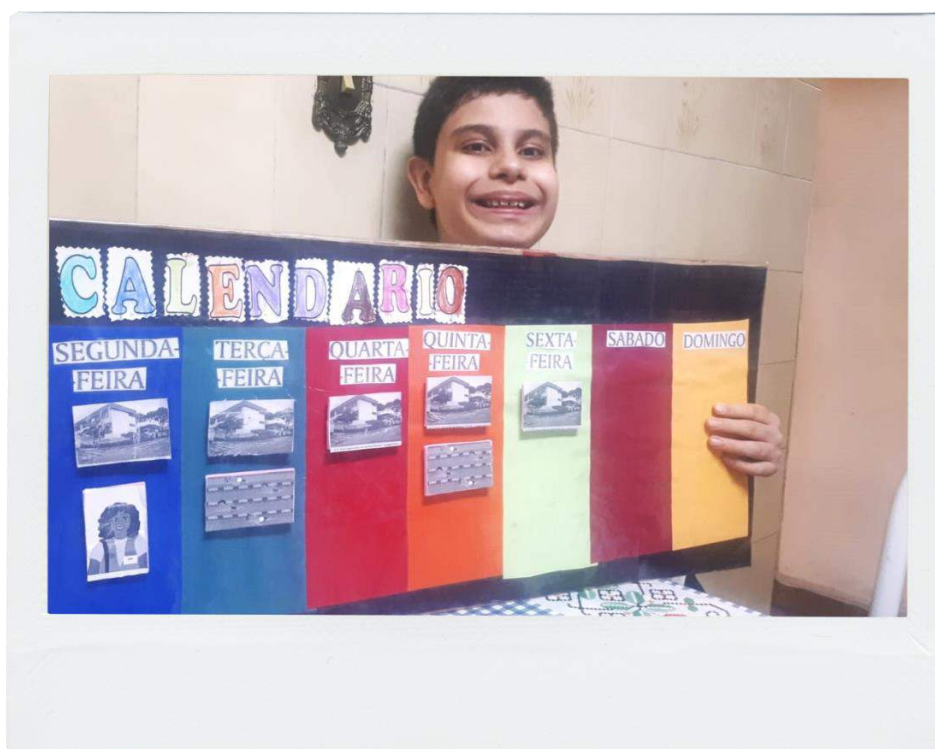
_____, **Declaração Universal dos Direitos Humanos-ONU**. 1948. Disponível em: < <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423> >.

UNGLERT, C. V. S. **Territorialização em Saúde**: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. Parte de tese livre-docência. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1995.

VILELLA, R. **Territorialidades e territorialidade**: aspectos conceituais e metodológicos. Cadernos de Ciências Sociais Aplicadas, 1(1), 37-52. 2003.

ZAVAREZE, T. E. **A construção histórico-cultural da deficiência e as dificuldades atuais na promoção da inclusão**. Psicologia. PT: o portal dos psicólogos, Portugal 1.1. 2009.

ANEXOS



Anexo I - Adesão à Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência - APD é uma ação diferenciada de cuidado oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo com objetivo de implementar a atenção à saúde das pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, contribuindo para o cuidado em saúde, protagonismo, autonomia, independência.

Uma equipe multiprofissional irá elaborar um Projeto Terapêutico Singular, juntamente com o usuário e responsável/cuidador, voltado as necessidades de saúde identificadas para a pessoa com deficiência. Essa equipe desenvolverá ações nos Centros Especializados de Reabilitação, no domicílio, em serviços e recursos do território.

O Projeto Terapêutico Singular será desenvolvido por um período de tempo determinado, com possibilidade de reavaliações e modificações.

Da equipe será destacado um profissional, denominado "Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência" para ser referência da pessoa atendida e sua família, que executará as ações previstas no Projeto Terapêutico Singular. O acompanhante não tem a função de cuidador e, portanto, é importante a presença de membro da família (maior de idade) nas visitas.

Não será permitido que a equipe da Estratégia ministre ou altere medicações que as pessoas atendidas façam uso. Qualquer dúvida sobre medicações, exames e dietas orientamos procurar o serviço de saúde, UBS de referência.

Não cabe a Estratégia assumir qualquer responsabilidade financeira sobre as atividades externas que impliquem custo.

Em situação de emergência, o serviço adequado a ser acionado imediatamente é o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), pelo telefone: 192.

A assinatura desse documento implica concordância com todos os itens nele descritos.

Ressaltamos que o (a) Sr. (a) tem total liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar da Estratégia a qualquer momento; formalizando este desligamento por uma carta.

As atividades propostas e aceitas pelo (a) sr. (a) serão detalhadas no Projeto Terapêutico Singular que será apresentado pela equipe, após período de avaliação.

Os	dias	e	horários	das	visitas	inicialmente
serão: _____						

Eu, _____,
responsável por: _____, após a
leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, declaro estar ciente e de acordo em aderir e
participar da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência do Centro Especializado em Reabilitação
_____, autorizando e recebendo regularmente em minha residência a equipe APD pelo prazo
determinado no Projeto Terapêutico Singular.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável (familiar/cuidador)

Assinatura do Usuário

profissional da equipe APD

profissional da equipe APD

Anexo II - Autorização de Saída APD

Eu, _____, residente e domiciliado em endereço: _____, na cidade de São Paulo, inscrito (a) no Registro Geral sobre o número da carteira de identidade _____, responsável por _____, permito ao acompanhante _____, funcionário do APD _____, realizar saídas externas sem minha presença.
São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do responsável (familiar/cuidador)

Assinatura do Usuário

Nome e Assinatura do profissional da equipe APD

Anexo III - Ficha de cadastro APD

CER: _____ Data: ____/____/____ Cadastro nº _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Sexo: () M () F Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena Idade: _____
 Data nasc.: ____/____/____
 Nome/responsável: _____ Cartão SUS: _____
 Endereço completo: _____
 CEP: _____ - _____ Telefones: _____
 UBS de Origem/Referência: _____

ORIGEM DA DEMANDA

() UBS: _____
 () CER: _____ () CAPS _____
 () Outros serv. de saúde _____
 () Outros serviços do território: _____ () Justiça/MP
 () Transferência entre equipes APD: _____
 () Outra _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

INFORMAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

CID	
Grau da deficiência	() Leve () Moderado () Severo () Não especificado () Suspeita
Causa	() Genética: () Síndrome de Down () Outras síndromes : _____ () Infecção congênita () Desconhecida () Hipóxia/anóxia () Outra: _____
Associado a / Comorbidades	() Transtorno mental () TEA () Crises convulsivas () Deficiência física () Deficiência auditiva () Deficiência visual () Síndromes () Outras: _____

FAMÍLIA/ CUIDADORES

Cuidador principal: () Não () Sim Quem? _____

Atividades realizadas: _____

Descrição rede de apoio existente: () Não () Sim Quantas pessoas: _____

DADOS PESSOAIS

Autocuidado	Higiene pessoal () Autonomia () independência () Precisa de apoio : () Pouco () Moderado () Muito Vestir-se () Autonomia () independência () Precisa de apoio: () Pouco () Moderado () Muito Alimentação () Autonomia () independência () Precisa de apoio () Pouco () Moderado () Muito <i>Obs:</i> _____ _____ _____
Vida doméstica	Realiza tarefas domésticas? () Não () Sim Quais: _____ Cuidar objetos próprios()Autonomia()independência ()Precisa de apoio() Pouco () Moderado () Muito Arrumação/limpeza ()Autonomia() independência() Precisa de apoio: () Pouco () Moderado () Muito Preparo refeições ()Autonomia () independência () Precisa de apoio: () Pouco () Moderado () Muito Realizar compras () Autonomia() independência() Precisa de apoio () Pouco () Moderado () Muito <i>Obs:</i> _____ _____ _____
Mobilidade	Sair de casa: () Autonomia () independência () Precisa de apoio: () Pouco () Moderado () Muito Transporte () Autonomia() independência () Precisa de apoio() Pouco () Moderado () Muito <i>Obs:</i> _____ _____ _____
Comunicação e relacionamento interpessoal	Como se comunica: () Gestos () Palavras isoladas/Poucas frases () Conversa () Escreve () Lê Compreensão: () Pouca () Moderada () Boa

	() Possui distúrbio de fala: _____
	Interação/comunicação com:
	Família: () Ausente () Pouco () Moderado () Bom
	Vizinhos/conhecidos/amigos: () Ausente () Pouco () Moderado () Bom
	Obs: _____ _____
	Vínculo afetivo:
	Família: () Ausente () Pouco () Moderado () Bom
	Vizinhos/conhecidos/amigos: () Ausente () Pouco () Moderado () Bom
	Obs: _____ _____
	Reconhece e respeita o limite do outro:
	() Sim () Pequena dificuldade () Dificuldade moderada () Grande dificuldade
	Obs: _____ _____
	Sexualidade: () Inexplorada () Demonstra interesse () Tem relacionamentos íntimos
	Obs: _____ _____

INSERÇÃO EM SERVIÇOS E COMUNIDADE

Acompanhado em saúde por:	Clínico/pediatra/generalista: () Não () Sim: _____
	GO: () Não () Sim Periodicidade: _____ () Não se aplica
	() Neurologista: _____ Periodicidade: _____
	() Psiquiatra: _____ Periodicidade: _____
	() Outros: _____
	() CAPS;S.Mental: _____ Periodicidade: _____
	() CECCO: _____ Periodicidade: _____
	Reabilitação: () Sim () CER _____ () _____
Periodicidade: _____ () Não, mas necessita () Não necessita	
Obs: _____	

Faz uso de	() Medicação: _____ () Fralda: _____ () Outros: _____
Escolaridade	Frequente escola: Menor 16 anos () Não () Sim _____ Maior 16 anos () Não () Sim _____ Frequente Atendimento Educacional Especializado: () Não () Sim _____ Obs: _____
Trabalho	Curso preparatório () Não () Sim: _____ () Sim () Não () Não se aplica - menores 16 anos Obs: _____
Lazer /convivência	Convivência familiar: () Pequena () Média () Grande Convivência social/amigos: () Pequena () Média () Grande Participação de atividades de lazer ou convívio em: ONGs/associações: () Não () Sim: _____ Recursos esportivos/culturais () Não () Sim _____ Obs: _____
Benefícios	Isenção Tarifária: () Sim () Não BPC: () Sim () Não

Domínios	Objetivos iniciais	Objetivos alcançados após alta
Cuidado pessoal	() sim () não	() sim () não
Tarefa de vida doméstica	() sim () não	() sim () não
Comunicação	() sim () não	() sim () não
Mobilidade	() sim () não	() sim () não
Acesso à saúde	() sim () não	() sim () não
Acesso a lazer, cultura e esportes	() sim () não	() sim () não
Acesso à educação	() sim () não	() sim () não
Acesso ao mercado de trabalho	() sim () não	() sim () não
Fortalecimento da dinâmica familiar e interação social	() sim () não	() sim () não
Benefícios	() sim () não	() sim () não

Responsável pelo preenchimento: _____

Data: ____/____/____

Anexo IV - Avaliação Complementar APD

Nome _____ Idade: _____ Data da avaliação: ____/____/____

COMUNICAÇÃO E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

Tem iniciativa para comunicar/ expressar desejos, pedidos, comentários e/ou conflitos? () Sim () Não
Comunica-se de forma:(Assinale o meio de comunicação predominante)

- () Gestual
() Vocal
() Emite sons sem significado aparente
() Comunica-se somente por sons/ vocalizações mas os diferencia conforme a intenção comunicativa
() Verbal (assinale o que é mais evidente na expressão verbal)
() Conversa de forma fluente (expressa desejos, faz comentários, estabelece diálogos)
() Emite frases curtas
() Emite somente palavras isoladas
() Responde somente quando solicitado (a)

- 1) Sabe o próprio nome? () Sim () Não
2) Quando chamado pelo nome, atende?
() Sempre () Às vezes () Nunca
3) Sabe o nome dos acompanhantes?
() Sim () Não
4) Cumprimenta os acompanhantes?
() Sempre () Às vezes () Nunca
5) Reconhece e sabe o nome dos demais moradores? () Sim () Não
6) Percebe a ausência de alguém que reside ou trabalha na casa?
() Sempre () Às vezes () Nunca
7) Atende ordens simples
() Sempre () Às vezes () Necessita de apoio
8) Consegue executar ordens complexas/ sequenciais (ex: preparação de um leite com chocolate)
() Sempre () Às vezes () Necessita de apoio
9) Atende a campainha? () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio
10) Abre o portão?
() Sempre () Às vezes () Necessita de apoio
11) Recebe/ faz ligações telefônicas? () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio
12) Tem aparelho celular próprio? () Sim () Não
13) Faz uso autônomo e independente do celular?

14) Conhece e usa aplicativos de mensagem no celular? () Nenhum () Alguns () Muitos

15) Está nas/ou usa redes sociais? () Sim () Não

16) Compreende os hábitos e rotinas da casa?
() Sim () Não

17) Assiste televisão e / ouve música () Sim () Não

18) Expressa (físico e/ ou verbalmente) afetos
() Sim () Não

19) Tem amigos dentro ou fora de casa? () Sim () Não

20) Reconhece e respeita o limite do outro?
() Sim () pequena dificuldade () moderada dificuldade () grande dificuldade

21) Sabe contar sua própria história? () Sim () Não

22) Sabe o dia do próprio aniversário? () Sim () Não

23) Comemora datas especiais? () Sim () Não
Qual (is): _____

Sexualidade

- () inexplorada
() demonstra interesse
() masturba-se
() em ambiente privado () em público () tem

() Sempre () Às vezes () Necessita de apoio	relacionamentos íntimos
--	-------------------------

AUTOCUIDADO	
1 Higiene e cuidado pessoal () fraldante <u>Utilização do vaso sanitário</u> Identificação da necessidade: () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal Higiene após o uso: () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela <u>Uso e troca do absorvente:</u> Identificação da necessidade: () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal Na realização da ação: () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ela <u>Utilização da descarga</u> () realiza sozinho (a) () precisa de orientação verbal <u>Lavagem das mãos</u> Identificação da necessidade: () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal Na realização da ação: () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela	<u>Pentear os cabelos</u> Identificação da necessidade: () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal Na realização da ação : () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela <u>Fazer a barba/ depilação:</u> Identificação da necessidade: () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal Na realização da ação : () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela <u>Higiene Bucal</u> Identificação da necessidade: () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal Na realização da ação: () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela 2 Vestuário <u>Vestir-se:</u> () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela <u>Despir-se:</u> () faz sozinho (a) () precisa de orientação

<u>Banho</u> Na identificação da necessidade: Reconhece as partes do corpo? () Sim () Não Abre e fecha o chuveiro? () Sim () Não Utiliza o sabonete corretamente? () Sim () Não Utiliza shampoo/ condicionador() Sim () Não Na realização da ação: () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela <u>Cortar as unhas</u> Identificação da necessidade: () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal Na realização da ação: () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela	verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal <u>Complementos (botão, cadarço, zíper, sutiã):</u> () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela
---	--

ALIMENTAÇÃO	
<u>Manifestação de fome/ sede/ desejo:</u> () percebe sozinho (a) () precisa de orientação verbal <u>Servir-se:</u> () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto	() precisa que faça por ele/ ela <u>Tomar água</u> () faz sozinho (a) () precisa de orientação verbal () precisa que faça junto () precisa que faça por ele/ ela

MOBILIDADE	
<u>Subir/ descer escadas:</u> () realiza sozinho (a) () precisa de auxílio/ apoio <u>Caminhar em ambientes externos:</u> () realiza sozinho (a) () precisa de auxílio/ apoio <u>Atravessar a rua:</u> () realiza sozinho (a) () precisa de auxílio/ apoio	Na utilização do transporte público <u>Subir/ descer do transporte:</u> () realiza sozinho (a) () precisa de auxílio/ apoio <u>Segurar-se nas barras de apoio:</u> () realiza sozinho (a) () precisa de auxílio/ apoio <u>Passar pela catraca:</u> () realiza sozinho (a) () precisa de auxílio/ apoio

<u>Utilização de escadas rolantes:</u> ☐ realiza sozinho (a) ☐ precisa de auxílio/ apoio	
<u>VIDA DOMÉSTICA</u>	
<u>Acende/apaga a luz ao entrar/ sair dos ambientes</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Tira o pó</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Retira seu prato/ copo da mesa</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Varre a casa/ quintal</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Lava a louça</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Limpa a casa</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Seca a louça</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Joga lixo na lixeira</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Guarda a louça</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Tira o lixo</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Guarda os mantimentos nos armários</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Lava roupa</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Limpa a mesa</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Estende roupas</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Auxilia no preparo das refeições</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Dobra roupas</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Prepara as refeições sozinho (a)</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Guarda as roupas nos armários</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Coloca a mesa</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Reconhece seus pertences</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não
<u>Forra a cama</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não	<u>Consegue localizar seus pertences na casa</u> ☐ Sempre ☐ Às vezes ☐ Necessita de apoio ☐ Não

VIDA PRÁTICA	
<u>É alfabetizado (a)?</u> () Sim () Não <u>Sabe escrever o próprio nome?</u> () Sim () Não <u>Sabe ler as horas?</u> () Sim: () Relógio Digital () Analógico () Não <u>Reconhece o território em que reside?</u> () Sim () Não <u>Conhece o trajeto até os locais habituais?</u> (UBS, CAPS, CER, escola, comércio, etc) () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio <u>Vai sozinho a esses locais?</u> () Sim () Não <u>No trajeto, reconhece e segue as normas de segurança?</u> Semáforo: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Sinal de pedestre: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Atravessar na faixa: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Atenção aos desníveis no trajeto: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Cuidado com os itens pessoais no trajeto: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio <u>Utiliza o transporte público sozinho?</u> () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio <u>Manuseio do dinheiro</u> Reconhece as notas: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Sabe calcular o troco: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Faz compras sozinho: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Faz lista de compras pessoais: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Faz lista de compras coletivas?: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio	<u>Tem dinheiro próprio?</u> () Sim () Não <u>Durante as consultas de saúde:</u> Relata as próprias queixas: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Compreende as orientações: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio Segue as orientações: () Sempre () Às vezes () Necessita de apoio <u>Frequenta outros espaços de cuidado (barbearia, salão de beleza, etc)?</u> () Sim () Não <u>Frequenta espaços de esporte, lazer e/ou cultura?</u> () Sim () Não () Demonstra interesse Qual (is): _____ <u>Já realizou algum curso livre?</u> () Sim () Não () Demonstra interesse Qual (is): _____ <u>Já realizou algum curso profissionalizante?</u> () Sim () Não () Demonstra interesse Qual (is): _____ <u>Trabalha?</u> () Sim () Não Função: _____ Onde: _____ <u>Já trabalhou?</u> () Sim () Não Função: _____ Onde: _____ <u>Faz planos para o futuro?</u> () Sim () Não Qual (is): _____ <u>Apresenta habilidades manuais?</u> () Sim () Não Qual (is): _____

Considerações gerais sobre comportamentos, particularidades e preferências do usuário (a).

Anexo V - Projeto Terapêutico Singular - PTS APD

NOME: _____ DN: _____

INICIO: _____ HD: _____

IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES DE APOIO

CUIDADOS/ACESSOS EM SAÚDE ☐ SAÚDE CLÍNICA ☐ SAÚDE BUCAL ☐ SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA ☐ TERAPIAS E GRUPOS ☐ ATENÇÃO SECUNDÁRIA/ESPECIALIZADA ☐ OUTROS _____	INCLUSÕES ☐ EMPREGABILIDADE ☐ CULTURA ☐ LAZER ☐ ESPORTE ☐ EDUCAÇÃO ☐ ASSISTÊNCIA SOCIAL ☐ OUTROS _____
GARANTIA DE DIREITOS ☐ CIDADANIA/DOCUMENTOS CIVIS ☐ BOLSA FAMÍLIA ☐ BPC (BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA) ☐ ATENDE ☐ BILHETE ÚNICO ESPECIAL ☐ OUTROS _____	AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA ☐ _____ ☐ _____ ATIVIDADE DE VIDA PRÁTICA ☐ _____ ☐ _____

PRINCIPAL DEMANDA DO USUÁRIO/FAMÍLIA/COLETIVIDADE

AÇÕES E CONTRATUALIDADE

ATIVIDADES/METAS	PRAZO	USUÁRIO/FAMILIAR
ESTABELECE E CRIA VÍNCULO TERAPÊUTICO		
INTERFACE SAÚDE		
AVALIAÇÃO IFBrM - INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO - ETAPA 1 (ACS)		
AVALIAÇÃO IFBrM - INSTRUMENTO DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO MODIFICADO - ETAPA 2 (TÉC)		

AVALIAÇÃO SITUACIONAL DE ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS

FATORES AMBIENTAIS:

BARREIRAS	FACILITADORES
☐ PRODUTOS/TECNOLOGIA	☐ PRODUTOS/TECNOLOGIA

() ARQUITETÔNICOS/AMBIENTAIS	() ARQUITETÔNICOS/AMBIENTAIS
() APOIO/RELACIONAMENTOS	() APOIO/RELACIONAMENTOS
() ATITUDINAIS	() ATITUDINAIS
() SERVIÇOS/SISTEMAS/POLÍTICAS	() SERVIÇOS/SISTEMAS/POLÍTICAS

OBJETIVOS A ALCANÇAR.:

GENOGRAMA

ASPECTOS QUALITATIVOS:

ECOMAPA / ANÁLISE DA REDE SUPORTE

ASPECTOS QUALITATIVOS:

Anexo VI - Gestão do PTS

NOME: _____ DATA: _____

PROFISSIONAIS DE REFERÊNCIA: _____

CUIDADOS/ACESSOS EM SAÚDE ☐ SAÚDE CLÍNICA ☐ SAÚDE BUCAL ☐ SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA ☐ TERAPIAS E GRUPOS ☐ ATENÇÃO SECUNDÁRIA/ESPECIALIZADA	INCLUSÕES ☐ EMPREGABILIDADE ☐ CULTURA ☐ LAZER ☐ ESPORTE ☐ EDUCAÇÃO ☐ ASSISTÊNCIA SOCIAL ☐ OUTROS _____
BENEFÍCIOS SOCIAIS ☐ BOLSA FAMÍLIA ☐ BPC ☐ ATENDE ☐ BILHETE ÚNICO ESPECIAL ☐ CIDADANIA ☐ OUTROS _____	AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA ☐ _____ ☐ _____ ATIVIDADE DE VIDA PRÁTICA ☐ _____ ☐ _____

ATIVIDADE	OBJETIVO	PRAZO	RESPONSÁVEL	RESULTADO
				☐ SIM ☐ NÃO ☐ PRORROGAR
				☐ SIM ☐ NÃO ☐ PRORROGAR
				☐ SIM ☐ NÃO ☐ PRORROGAR
				☐ SIM ☐ NÃO ☐ PRORROGAR

Responsável pelo preenchimento: _____

Data: ____/____/____

Anexo VII - Resumo de alta

NOME: _____

ENDEREÇO:

SUS: _____ DN.: / /

UBS DE REFERÊNCIA: _____

MUDANÇA NA QUALIDADE DE VIDA:

() AUTOCUIDADO	() VIDA DOMÉSTICA	() MOBILIDADE	() COMUNICAÇÃO
() ADEQUAÇÃO DE MEDICAÇÃO	() ACESSO UBS	() ACESSO REABILITAÇÃO	() ACESSO TRABALHO
() ACESSO EDUCAÇÃO	() ACESSO LAZER	() ACESSO ESPORTE	() ACESSO CULTURAL
() ACESSO BENEFÍCIOS SOCIAIS	() ACESSO TRANSPORTE	() CONVÍVIO FAMILIAR E SOCIAL	() CIDADANIA

DESCRITIVO:

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Responsável pelo preenchimento: _____

Data: / /

Anexo VIII - Permissão para uso de imagem

Eu, _____, residente e domiciliado no endereço: _____, na cidade de São Paulo, inscrito (a) no Registro Geral sobre o número da carteira de identidade: _____, responsável por _____, permito aos funcionários da Estratégia Apoiador da Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal da Saúde, devidamente apresentados e identificados, o uso da minha imagem para:

1. Anexo de prontuário Eletrônico e/ou impresso da Secretaria Municipal de Saúde;
2. Artigos científicos;
3. Campanhas Governamentais de Saúde e de Educação em Saúde;
4. Eventos de Promoção da Estratégia Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE ESTOU AUTORIZANDO O USO DA MINHA IMAGEM PARA OS FINS SUPRACITADOS.

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura do usuário: _____

